



Kaess • Edinger

2. Auflage

# Selbstverletzendes Verhalten

Entwicklungsrisiken erkennen  
und behandeln



E-BOOK INSIDE

**BELTZ**

## **Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter**

Herausgegeben von  
Michael Schulte-Markwort und Franz Resch

Die Reihe »Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter« geht einen neuen Weg: Die jungen Patienten werden nicht von der Diagnose her betrachtet, sondern Ausgangspunkt sind die Symptome, mit denen die Kinder und Jugendlichen in eine Beratung oder Behandlung kommen, und die sich als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen erwiesen haben.

Um dem individuellen Erscheinungsbild und der oft nicht eindeutigen Symptomatik der jungen Patienten zu begegnen, wird zunächst störungsunabhängig gefragt: Wie ordne ich das Phänomen ein? Welche Diagnosen können in Betracht kommen? Wie können die Risikofaktoren die weitere Entwicklung beeinflussen? Welche Intervention hilft am besten?

So bieten sich neue Perspektiven für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Michael Kaess • Alexandra Edinger

# Selbstverletzendes Verhalten

Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln

2., überarbeitete Auflage

Mit E-Book inside

**BELTZ**

Prof. Dr. med. Michael Kaess  
Ordinarius und Direktor der Kinder- und  
Jugendpsychiatrie  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Bolligenstrasse 111, Stöckli, CH-3000 Bern 60  
E-Mail: michael.kaess@upd.ch

Universitätsklinikum Heidelberg  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Blumenstraße 8, D-69115 Heidelberg  
E-Mail: michael.kaess@med.uni-heidelberg.de

M. Sc. Psych. Alexandra Edinger  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Blumenstraße 8, D-69115 Heidelberg  
E-Mail: alexandra.edinger@med.uni-heidelberg.de

Reihenherausgeber:

Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsy-  
chosomatik  
Martinistr. 52  
D-20246 Hamburg  
E-Mail: schulte.markwort@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Franz Resch  
Klinikum der Universität Heidelberg  
Zentrum für psychosoziale Medizin  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Blumenstr. 8  
D-69115 Heidelberg  
E-Mail: franz\_resch@med.uni-heidelberg.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28665-7 Print  
ISBN 978-3-621-28666-4 E-Book (PDF)

2. Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms, Dr. Svenja Wahl  
Bildnachweis Einband: tommaso79/Getty Images  
Herstellung und Satz: Victoria Larson  
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Einleitung der Herausgeber	9
Vorwort	15
<b>1</b> Einführung	17
<b>2</b> Empirische Grundlagen	29
<b>3</b> Diagnostik	85
<b>4</b> Therapie	97
<b>5</b> Klinische und kulturtheoretische Einordnung	149
<b>Anhang</b>	
Diagnosekriterien DSM-5	156
Glossar	159
Hilfreiche Internetadressen	162
Danksagung	163
Literatur	164
Sachwortverzeichnis	187



# Inhalt

<b>Einleitung der Herausgeber</b>	9
<b>Vorwort</b>	15
<b>1 Einführung</b>	17
1.1 Terminologie und Definition	17
1.2 Klassifikationsmodelle	19
1.3 Abgrenzung von suizidalem Verhalten	24
<b>2 Empirische Grundlagen</b>	29
2.1 Phänomenologie	29
2.1.1 Methoden zur Selbstverletzung	29
2.1.2 Ablauf der Selbstverletzung	32
2.2 Prävalenz	35
2.3 Soziodemographische Variablen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten	39
2.4 Komorbidität	43
2.4.1 Borderline-Störung	43
2.4.2 Depression	47
2.4.3 Störung des Sozialverhaltens	47
2.4.4 Substanzkonsum	50
2.4.5 Essstörungen	52
2.4.6 Belastungs- sowie Anpassungsstörungen	55
2.5 Ätiologie	57
2.5.1 Neurobiologie	57
2.5.2 Negative Kindheitserlebnisse und Traumatisierung	63
2.5.3 Aktuelle Ereignisse	68
2.6 Funktionen und Erklärungsmodelle	75
2.6.1 Die sieben Funktionen selbstverletzenden Verhaltens nach Klonsky	76
2.6.2 Das 4-Funktionen-Modell der nichtsuizidalen Selbstverletzung nach Nock	84

<b>3</b>	<b>Diagnostik</b>	85
3.1	Erkennung selbstverletzenden Verhaltens durch Eltern, Peer-Gruppe oder Gatekeeper	85
3.2	Klinische Diagnostik	89
3.3	Standardisierte Instrumente	92
<b>4</b>	<b>Therapie</b>	97
4.1	Akutbehandlung der Selbstverletzung	98
4.2	Psychotherapie	102
4.2.1	Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)	106
4.2.2	Das Cutting-Down-Programm – eine spezifische kognitiv-behaviorale Kurzzeittherapie für sich selbstverletzende Jugendliche	120
4.2.3	Weitere Psychotherapieverfahren zur Behandlung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten	122
4.2.4	AtR!Sk – Heidelberger Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung	124
4.3	Pharmakotherapie	126
4.3.1	Theoretische Überlegungen zur Wirksamkeit von Psychopharmaka bei selbstverletzendem Verhalten	127
4.3.2	Anwendungsmöglichkeiten und Wirksamkeit von Pharmakotherapie bei selbstverletzendem Verhalten	128
4.3.3	Empfehlungen für die pharmakologische Behandlung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten	133
4.4	Multimodale und interdisziplinäre Therapie	135
4.4.1	Elternarbeit	135
4.4.2	Jugendhilfe und Sozialarbeit	139
4.5	Präventionsmöglichkeiten selbstverletzenden Verhaltens	145
<b>5</b>	<b>Klinische und kulturtheoretische Einordnung</b>	149
	<b>Anhang</b>	155
	Diagnosekriterien DSM-5	156
	Glossar	159
	Hilfreiche Internetadressen	162
	Danksagung	163
	Literatur	164
	Sachwortverzeichnis	187

# Einleitung der Herausgeber

Die Instrumentalisierung des Körpers zur Spannungsabfuhr und Identitätssicherung stellt eine bedeutsame kulturanthropologische Konstante dar. Schädigungen des Körpers werden in Kauf genommen, um psychische Leidenszustände zu verbessern, emotionale Spannungen zu reduzieren und personale Verunsicherungen aufzuheben. Neben diesen individuellen Bestimmungen gibt es auch soziale Rituale, die eine Verletzung des Körpers in Kauf nehmen – so dienen bestimmte Verletzungsakte und rituelle Beschneidungen bei Pubertierenden, die eine Aufnahme in die Gruppe der Erwachsenen suchen, zur Symbolisierung und Kennzeichnung einer bestimmten Gruppenzugehörigkeit oder zum Eintritt in die Erwachsenenphase. Bei manchen Völkern wurde die rituelle Beschneidung von Frauen auch zur Demütigung und Dokumentation eines Herrschaftsanspruches durch das männliche Geschlecht durchgeführt. Selbstverletzungen können ebenso im Rahmen von ritualisierten Trauerprozessen durchgeführt werden. Im Mittelalter zeigte die sogenannte Flagellantenbewegung, dass religiöse Verzückung, Sexualität und Gewalttätigkeit gegenüber dem Körper sich zu einer grausamen Mischung verdichten können.

Die Fetischisierung des Körpers und die Benutzung desselben als Bildfläche und Ausdrucksmedium stellt heute bei Jugendlichen eine gängige soziale Praxis dar. Analogien zu kulturanthropologischen Schemata drängen sich auf. Kleidungsstile und Haartrachten, Schmink- und Schmuckformen, Piercing und Tattooing dienen nicht nur einem Schönheitsideal, sondern kennzeichnen auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Jugendkultur. Damit soll die Abgrenzung von der Erwachsenenwelt dokumentiert werden und eine Kritik gegenüber antiquierten Lebensformen zum Ausdruck kommen. Gruppenspezifische Rituale als Modeerscheinungen sollen also in der Überwindung von Schmerz und in der Überschreitung von Körpergrenzen ein jugendliches Gefühl, eine Gegen-Haltung, einen jugendlichen Zeitgeist zum Ausdruck bringen. Ob darin mehr Überschwang und Fülle oder eher Verzweigung und die Demonstration von Verletztheit zum Ausdruck kommen sollen, ist hier nicht Gegenstand der Erörterung.

Solche selbstschädigenden Verhaltensweisen sind in den Kanon des riskanten Jugendverhaltens einzureihen. Sie finden sich wie Identitätsunsicherheiten, emotionale Turbulenzen und Störungen der Impulskontrolle besonders häufig in der Adoleszenz. Sind sie daher typische Phänomene der Adoleszenzphase? Immerhin stellen sie den Ausdruck einer krisenhaften Anpassungsproblematik dar.

Obwohl Selbstverletzungsakte einen genuine Bestandteil von Borderline-Persönlichkeitsstörungen darstellen, dürfen nicht alle Selbstverletzungsakte bei Jugendlichen nur unter dieser Kategorie einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung aufgefasst werden. Ob jede Form der Selbstverletzung tatsächlich ein psychiatrisches Problem darstellt, muss intensiv diskutiert werden. Ein Kriterium scheint zu sein, ob Selbstverletzungen im Rahmen von Riten schließlich doch eine sozial akzeptierte Form in

einer bestimmten Gemeinschaft darstellen oder ob Selbstverletzungen tatsächlich eine individuelle Ausdrucksform für Spannungszustände bildet. Während sozial induzierte Selbstverletzungsrituale eher den Charakter einer jugendkulturellen Äußerungsform annehmen können, stellen hoch individuelle Selbstbeschädigungsformen einen pathologischen Ausdruckskontext dar.

Wichtig ist die Diskussion um den Zusammenhang zwischen Selbstverletzungsakten und suizidaler Intention. Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten scheint es unverzichtbar, zwischen selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen gezielt zu unterscheiden. Obwohl Jugendliche mit selbstverletzenden Verhaltensweisen den Akt der Selbstverletzung nicht im Sinne eines missglückten Suizidversuches durchführen, scheint es eine deutliche Überschneidung zwischen Suizidideen, suizidalen Intentionen und Selbstverletzungstendenzen zu geben. Unter therapeutischen Gesichtspunkten können wir den selbstverletzenden Akt jedoch eher als Suizid verhindernde Spannungsabfuhr deuten, die nicht primär dem Tod, sondern eher dem Überleben dienen soll. Gleichwohl kann selbstverletzendes Verhalten als ein Prädiktor für spätere Suizidversuche unter klinischen Gesichtspunkten angesehen werden.

Die gegenwärtige Diskussion um die neue diagnostische Kategorie im Rahmen des DSM-5 zeigt auf, dass wir innerhalb der Gruppe von selbstverletzenden Jugendlichen unterschiedliche Schweregrade und Risikobelastungen finden können. So erfragt das Diagnosekriterium der nichtsuizidalen Selbstverletzung, explizit nach der selbstverletzenden Handlung, die nicht von einer primären suizidalen Intention getragen ist. Dabei erscheint eine Beachtung von Schweregradkriterien von besonderer Bedeutung. In einer Heidelberger Studie konnten klare Unterscheidungen zwischen repetitiven selbstverletzenden Verhaltensweisen und einer Art von induziertem Probierkonsum getroffen werden. Es zeigte sich, dass Jugendliche mit repetitiven selbstverletzenden Verhaltensweisen sich hinsichtlich der Schwere ihrer psychischen Beeinträchtigung von Jugendlichen mit seltenen selbstverletzenden Handlungen abgrenzen ließen. Es scheint auch sinnvoll, Selbstverletzungen mit hervorstechender psychischer Dysfunktion von mehr spielerisch anmutenden Gruppenphänomenen abzugrenzen. Tatsache ist, dass selbstverletzende Handlungen im Einzelfall mit gravierendem Leidensdruck einhergehen können und einen deutlichen Zusammenhang mit chronischen Posttraumatischen Belastungsstörungen aufweisen.

In der Heidelberger Schulstudie konnte – die genauen Zahlen und Zusammenhänge sind im Buch nachzulesen – an etwa 6.000 Schülerinnen und Schülern im Alter von rund 15 Jahren festgestellt werden, dass gelegentliche Selbstverletzungen innerhalb des vergangenen Jahres von immerhin fast 11 Prozent der Schüler zu berichten waren, während repetitive Formen selbstverletzenden Verhaltens von immerhin 4 Prozent der Schüler angegeben wurden. Die Tatsache, dass das weibliche Geschlecht in den epidemiologischen Daten überwiegt, darf uns nicht die Augen vor gravierenden selbstverletzenden Handlungen bei männlichen Adoleszenten verschließen.

Unter klinischen Gesichtspunkten werden Selbstverletzungen ja in der Regel in offener Weise durchgeführt, Schnitte und Narben werden den Freunden oder auch therapeutischen Personen sichtbar gemacht. Zwei Aspekte der subjektiven Intention

können hervorgehoben werden: Der eine kommt in der Bemerkung »Wenn ich mich selbst nicht mehr spüre, dann schneide ich mich und merke, dass ich noch lebe« zum Ausdruck. Es handelt sich dabei um den selbstregulatorischen Teil des selbstverletzenden Aktes. Die zweite Bemerkung einer Jugendlichen »Wenn etwas mir im Inneren schrecklich weh tut, dann verletze ich mich, damit ihr seht, wie weh es mir tut« deutet auf den kommunikativen Aspekt der Selbstverletzung hin. Es soll das innere Leid oder das psychische Trauma, das an dem Kind einmal gesetzt worden war, öffentlich gemacht und damit einer Verarbeitung und Bewältigung zugänglich werden.

Selbstverletzende Akte stellen also eine Art von Handlungssprache dar. Wenn es auch heimliche Selbstverletzungen gibt, die im Sinne von artifiziellen Störungen vorgetäuschte Selbstbeschädigungen oder manipulierte Krankheitszeichen mit sich bringen, liegt die Problemlage noch komplexer. Dort kommt eine zusätzliche sozial-manipulative Komponente ins Spiel, die den Patientenstatus gegenüber ärztlichem Personal aufrechterhalten und ein therapeutisches Team auf Trab halten sollen. So können körperliche oder psychische Symptome künstlich erzeugt, aggraviert oder auch nur vorgetäuscht werden, um im medizinischen System die besondere Rolle des Kranken einnehmen zu können. Es sind uns Patienten bekannt, die nach Zahnextraktionen die verbleibenden Wunden immer wieder so lange geöffnet hatten, dass sie z. T. erhebliche Blutverluste in den Magen-Darmtrakt erlitten. Auch Operationswunden nach kleinen chirurgischen Eingriffen können immer wieder neu eröffnet und der Heilungsprozess durch solche manipulativen Handlungen beeinträchtigt werden. Die darin erkennbare pathologische Arzt-Patienten-Beziehung führt zu wechselseitigen Handlungszwängen und Verstrickungen und bedarf des besonderen therapeutischen Augenmerks.

Charakteristisch für den selbstverletzenden Akt ist der besondere Spannungszustand, der auch im Buch selbst als Spannungsbogen bezeichnet wird. Auf dem Höhepunkt der maximalen Anspannung wird die Gewebeschädigung gesetzt. Die Beschreibung des Zyklus bei der Bewältigung widersprüchlicher und negativ getönter Affekte ist von besonderer klinischer Bedeutung. So müssen die eskalierenden Zyklen von Selbstvorwürfen, Selbsthass, Scham und Wut rechtzeitig unterbrochen werden. Der unbändige Wunsch, sich selbst zu verletzen, kann sich mit Selbstentfremdungserlebnissen und tranceartigen Zuständen im Sinne eines dissoziativen Zustandes verbinden. Auch Selbstentfremdungszeichen können am Spannungshöhepunkt auftreten, wodurch das Subjekt in einen wahrnehmenden und einen handelnden Teil aufgespalten werden kann. Die dabei ebenfalls häufig zu beobachtenden Amnesien und Körpergefühlsstörungen können durch eine momentane Analgesie den Zeitpunkt der Gewebeschädigung begünstigen. Im entscheidenden Moment der Selbstverletzung wird das Spannungsgefühl abrupt unterbrochen und während das Blut rinnt, kommt in den Patienten ein Gefühl der Erleichterung und des Wohlbefindens auf. Aber schon tauchen neuerlich negative Gefühle wie Ekel, Scham und Schuld am Horizont auf und aus der Angst vor entstellenden Narben und vor dem negativen Echo der Umgebung und aus der Scham, es wieder nicht geschafft zu haben, dem Drang der Selbstverletzung zu widerstehen, baut sich der Spannungsbogen von Neuem auf.

Wir wissen ja, dass unter klinischen Gesichtspunkten die Biografie selbstverletzender Patienten durch kumulative Traumatisierungen gekennzeichnet ist. Es ist ein besonderer Verdienst von Herrn Kaess und Frau Edinger, im vorliegenden Buch nicht nur auf diese bekannten Tatsachen, sondern auch auf körperliche Vulnerabilitäten im Sinne eines biopsychosozialen Modells eingehen zu können. Bei aller Fokussierung auf individuelle Vulnerabilitäten sollte aber der Blick für die tragischen Lebensereignisse, denen viele Jugendliche, die sich selbst verletzen, ausgesetzt waren, nicht getrübt sein. So finden wir einzelne Problemstellungen wie den Verlust eines Elternteils, Scheidung, Fremdunterbringung, chronische Krankheiten, mehrfache operative Eingriffe, sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlungen im Vorfeld bei diesen jugendlichen Patienten gehäuft. Viele dieser schlimmen Erfahrungen finden auf dem Boden einer emotionalen Vernachlässigung durch die eigenen Angehörigen statt. So gehen wir davon aus, dass genetische, perinatale und frühe psychosoziale Einflussfaktoren die kindliche Persönlichkeit in ihrer Entwicklung prägen. Wobei es durch wiederholte Traumata und die Abwesenheit von protektiven Faktoren in der sozialen Umgebung zu einer schweren Entwicklungsbeeinträchtigung kommen kann. In manchen Fällen finden wir schon bei Kindern Symptome einer posttraumatischen Stressverarbeitung. Wenn solche Traumatisierungen jedoch anhalten, die Ressourcen von Seiten der Umgebung weiterhin ausbleiben, dann ist die Entwicklung eines dissoziativen Erlebnis- und Verhaltensmusters deutlich wahrscheinlicher und die Neigung zur Selbstverletzung wird gebahnt.

Wir können davon ausgehen, dass alle Therapieverfahren, die sich in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung bewährt haben, auch eine Wirkung auf die selbstverletzenden Verhaltensweisen zeigen. Die besondere Herausforderung bei der Behandlung liegt in der Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Therapeuten. Herrn Kaess und Frau Edinger kommt hier der Verdienst zu, eine breite Übersicht über die unterschiedlichen Therapieverfahren, ihre Wirkungsweisen und Anwendungsmöglichkeiten zu bieten. Wir wissen, dass selbstverletzende Jugendliche für uns alle eine besondere therapeutische Herausforderung darstellen. Selbstverletzende Patienten bringen uns immer wieder an unsere eigenen professionellen Grenzen. Sie versuchen, aufgrund ihrer besonderen Biografie diese Grenzen auszutesten. In der Regel überschreiten sie sie auch. Nicht vergessen werden darf, dass jugendliche Patienten nicht selten ein Stück Selbstfürsorge durch selbstverletzende Akte betreiben. Sie halten ihre persönliche Würde auf Kosten ihres Körpers aufrecht. Bei vielen dieser Patienten war der Körper als Teil ihrer Person bereits schicksalhaft von anderen instrumentalisiert worden und Grenzen der persönlichen Sicherheit, der Scham und der sexuellen Integrität überschritten worden. Wir dürfen nicht vergessen, dass solche fundamentalen Grenzüberschreitungen durch fremde oder bekannte oder gar wichtige Bezugspersonen nur schwer kompensierbar sind und eine spezielle emotional getragene und professionell verankerte Fürsorglichkeit notwendig machen.

Es ist uns ein besonderes Anliegen in der Serie dieser Bücher zu Risikofaktoren der psychischen Entwicklung eine Integration unterschiedlicher Sichtweisen im Sinne einer Beleuchtung des biopsychosozialen Modells vorzunehmen. Es geht uns dabei um

größtmögliche Differenzierung des Wissens und der Standpunkte. Als Therapeuten bei Kindern und Jugendlichen sind wir besonders verpflichtet, uns nicht nur mit dem (neuro-)biologischen Wissensstand und psychologischen Tiefendimensionen auseinanderzusetzen, es gilt auch, den aktuellen Zeitgeist zu berücksichtigen und eine offene Diskussion der Themen anzuregen.

Die Zusammenarbeit mit Frau Dr. Wahl vom Beltz Verlag und mit der Lektorin Frau Ohms hat sich auch bei der Vorbereitung dieses Buches sehr bewährt. Wir hoffen, dass mit diesem Buch zur Reihe über Risiken der Entwicklung ein Akzent gesetzt ist, der auch bei unseren Leserinnen und Lesern Akzeptanz findet.

*Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort, Hamburg*

*Prof. Dr. Franz Resch, Heidelberg*



## Vorwort

Selbstverletzendes Verhalten – seit der Erstauflage dieses Buches wurde diesem Phänomen mehr und mehr Aufmerksamkeit zuteil, sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung. Einen kleinen Siegeszug unternahm das selbstverletzende Verhalten als es als eigenständige diagnostische Entität mit weiterem Forschungsbedarf unter der Bezeichnung »Nichtsuizidale Selbstverletzungen« Einzug in das DSM-5 hielt. Dies geschah 2013. So begann das selbstverletzende Verhalten, sich von der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu emanzipieren. Zuvor fristete es sein Dasein ausschließlich als Symptom der Störung und versah Betroffene unweigerlich mit dem Etikett »Borderliner« – häufig völlig zu Unrecht.

Zeitgleich öffnete die Heidelberger Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung, kurz »AtR!Sk«, erstmalig ihre Tore. Ein Pionierkonzept, das bis heute von weiteren Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz übernommen wurde. Erstmals gab es eine spezielle, niederschwellige Sprechstunde für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren mit selbstverletzendem Verhalten und anderen riskanten Verhaltensweisen, sowie eine ausführliche diagnostische Abklärung und weiterführende ambulante Therapieangebote. Viele der Patienten erfüllen auch die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

»Haben Sie keine Angst vor dem hohen Risiko, dass von Ihren Patienten ausgeht, Herr Kaess?« – eine in diesem Zusammenhang oft gestellte Frage. Nachdem sich die Eröffnung der Ambulanz nun zum sechsten Mal jährt, kann eine eindeutige Antwort, basierend auf einem riesigen Erfahrungsschatz, gegeben werden: »Nein!«.

Denn neben der 2013 eingeführten Diagnose »Nichtsuizidale Selbstverletzungen«, die die Suizidalität schon im Namen ausschließt, fand auch die »Suizidale Verhaltensstörung«, nur drei Seiten entfernt, ihren eigenen Platz im DSM-5. Theoretisch ist also alles klar, beide Phänomene sind eindeutig voneinander abgegrenzt; praktisch besteht jedoch nach wie vor ein gespaltenes Verhältnis zu selbstverletzendem Verhalten. Die Befundlage zur Therapeutesicht auf das Phänomen ist dünn. Es gibt kaum Studien, die sich mit der Haltung klinischer Therapeuten gegenüber dem selbstverletzenden Verhalten beschäftigen. Lediglich eine US-amerikanische Promotion aus dem Jahre 2016 bringt auf den Punkt, was viele schon lange ahnten: Sich selbst verletzende Jugendliche gelten als schwieriges und herausforderndes Patientenkontingent unter behandelnden Therapeuten. Und obwohl das selbstverletzende Verhalten wirklich alles versucht, sich sogar »nichtsuizidal« nennt, und tatsächlich ja erst einmal nichts mit Suizidalität oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu tun haben muss, schweben diese beiden Begriffe immer noch wie ein Damoklesschwert über ihm. Tja, und was sollen wir Ihnen sagen? Natürlich bestehen Zusammenhänge zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und Fakt ist auch, dass selbstverletzendes Verhalten einen wichtigen Prädiktor für Suizidalität darstellt. Es ist aber eben nicht das Gleiche.

Und leider müssen wir Sie schon vorab enttäuschen: Auch dieses Buch hält keine einfache Sichtweise bereit. Fest steht jedoch, dass wir Ihnen nichts an jahrelanger Expertise und Forschung vorenthalten und natürlich eines:

Dieses Buch behandelt das selbstverletzende Verhalten als das, was es ist. Nicht mehr und nicht weniger.

Heidelberg, im Februar 2019

*Michael Kaess  
Alexandra Edinger*

# 1

## Einführung

Selbstverletzung ist ein häufig auftretendes Verhalten bei Jugendlichen, welches in den letzten Jahren deutlich an Relevanz gewann. Hierbei handelt es sich meist um das sogenannte »Ritzen«, jedoch gibt es eine Vielzahl an Formen und Arten selbstverletzenden Verhaltens. Auch die Ursachen von Selbstverletzung können sehr unterschiedlich sein. Dieses Buch soll einen Überblick über Häufigkeiten sowie verschiedene Formen, Ursachen und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter geben. Einer der Schwerpunkte wird die Bedeutung der Entwicklungsphase der Adoleszenz im Hinblick auf selbstverletzendes Verhalten sein. Auch soll näher auf spezifische Risikofaktoren und Zusammenhänge mit psychischen Erkrankungen eingegangen werden. Schließlich werden praktische Hinweise zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen vermittelt und Möglichkeiten zur therapeutischen Intervention beschrieben.

### 1.1 Terminologie und Definition

Trotz der Einführung des Begriffs der »Nichtsuizidalen Selbstverletzung« als eigenständige diagnostische Entität im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5; APA, 2013) in der Sektion mit Störungsbildern, welche weiterer Forschung bedürfen, bestehen weiterhin diverse Begrifflichkeiten, die das Phänomen zu beschreiben versuchen. Somit bleibt der Begriff des »selbstverletzenden Verhaltens« uneindeutig.

Um sich in den folgenden Kapiteln eingehender mit der Symptomatik des selbstverletzenden Verhaltens zu befassen, ist daher zunächst eine genaue Definition von »selbstverletzendem Verhalten« notwendig. Bisher umfasst diese Formulierung ein weites Spektrum an Verhaltensweisen und erscheint in abgeändertem Wortlaut in den verschiedensten Kontexten und Definitionen. Es besteht demnach momentan eine relativ uneinheitliche und komplizierte Nomenklatur, die in diesem Kapitel nochmals näher beschrieben, strukturiert und zusammengefasst werden soll.

Den ersten Versuch, selbstverletzendes Verhalten zu definieren, unternahm Menninger in seinem Buch »Men against himself« im Jahre 1938. Er beschrieb mit dem Terminus »Neurotische Selbstverstümmelung« (neurotic self-mutilation) jenes selbstverletzende Verhalten, welches auch heute vor allem bei Jugendlichen auftritt und sich durch Schneiden, Ritzen oder Verbrennen der Haut manifestiert (Plener et al., 2010; In-Albon et al., 2015). Menninger sah diese selbstverletzenden Verhaltensweisen ähnlich wie auch die Suizidalität als Ausdruck eines Todestriebes, der sich auf vielseitige Art und Weise, meist jedoch im Sinne selbstschädigender Handlungen, manifestieren kann.

Die erstmalige Beschreibung des selbstschädigenden Verhaltens (deliberate self-harm, DSH) als eigenständiges Syndrom nahmen Pattison und Kahan (1983) vor. Bis heute ist dieser Ansatz von entscheidender Bedeutung in der anhaltenden Diskussion zu der Frage, ob Selbstverletzung ausschließlich ein Symptom verschiedener Erkrankungen darstellt oder auch eine eigene Krankheitsentität, also ein eigenes psychopathologisches Syndrom sein kann (Kapur et al., 2013; Plener, Kapusta et al., 2012). Auf diese Diskussion wird zum Ende des Buches noch einmal näher eingegangen werden.

Seit Beginn der 1990er-Jahre rückte das selbstverletzende Verhalten sowohl im Bereich der psychiatrischen Forschung als auch der klinischen Arbeit zunehmend in den Vordergrund. Durch eine Vielzahl von Arbeiten entstand so eine Begriffsvielfalt – es herrschen jedoch Bestrebungen, diese wieder in eine einheitlichere Definition zurückzuführen bzw. die verschiedenen Begrifflichkeiten voneinander abzugrenzen. Daher hielt der Begriff »nonsuicidal self-injury«, also die »nichtsuzidale Selbstverletzung«, Einzug in die Forschungsliteratur (Petermann & Nitkowski, 2016). Erstmals verwendet wurde dieser Begriff 2002 (Brown et al., 2002). Im Rahmen der Studie von Brown et al. (2002) wurden die unterschiedlichen Beweggründe für suizidales und nichtsuzidales selbstverletzendes Verhalten an einer Stichprobe von Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht. Somit führte der Forschungsgegenstand zu der Notwendigkeit, beide Phänomene voneinander abzugrenzen. Und obwohl der Begriff der nichtsuzidalen Selbstverletzung bereits 2002 eingeführt wurde, existieren im englischen Sprachraum 33 verschiedene Bezeichnungen, die alle selbstverletzendes Verhalten beschreiben und hierbei uneinheitlich, gerade auch in Bezug auf den Aspekt der Suizidalität, gebraucht werden (Muehlenkamp, 2005; Plener et al., 2010). Eine Auswahl der am häufigsten verwendeten Begriffe und Definitionen soll daher in den folgenden Absätzen dargestellt werden.

**Absichtliche Selbstschädigung.** Ein oftmals verwendeter Begriff aus dem englischen Sprachraum ist der der sogenannten »absichtlichen Selbstschädigung« (deliberate self-harm; DSH). In Europa wird hierbei meist die Definition der CASE-Gruppe (Child and Adolescent Self-harm in Europe group) verwendet. Von dieser wird »deliberate self-harm« als eine freiwillige Handlung beschrieben, die mit der Absicht, sich selbst zu schädigen, unternommen wird und nicht tödlich endet (Madge et al., 2011; Kapur et al., 2013). Zu dieser »absichtlichen Selbstschädigung« zählt neben der Verletzung der Haut zum Beispiel auch die Einnahme einer Überdosis oder der Konsum illegaler Substanzen sowie das Schlucken von Objekten, um sich selbst zu schaden. Diese Definition umfasst demzufolge auch indirekte körperliche Schädigungen und es wird keine klare Abgrenzung zu suizidalem Verhalten vorgenommen (Hawton et al., 2015). Daher wird der Begriff des »deliberate self-harm« in Studien aus den USA, Großbritannien und auch Deutschland in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten mit oder ohne suizidale Intention unterschiedlich verwendet (Skegg, 2005; Plener et al., 2010).

**Nichtsuzidale Selbstverletzung.** Eine weit verbreitete Definition selbstverletzenden Verhaltens ist der Begriff der »nichtsuzidalen Selbstverletzung« (non-suicidal self-injury; NSSI) (Jacobson & Gould, 2007; Lloyd-Richardson et al., 2007). Lloyd-Richardson und seine Kollegen (2007) definieren nichtsuzidale Selbstverletzung als freiwillig

lige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht. Hierbei ist die Selbstverletzung sozial nicht akzeptiert, direkt und → repetitiv. Sie führt jedoch nur zu kleineren oder moderaten Schädigungen, welche nicht lebensbedrohlich sein dürfen. Die gebräuchlichsten Formen des selbstverletzenden Verhaltens sind dabei das Schneiden, Verbrennen oder Wundkratzen der Haut sowie das Sichselbst-Schlagen. In der Definition der nichtsuizidalen Selbstverletzung spiegelt sich im Gegensatz zum »deliberate self-harm« eine klare Differenzierung zur Suizidalität wider. Die Definition der »Nichtsuizidalen Selbstverletzung« stellt im DSM-5 eine eigenständige diagnostische Entität dar und wurde in die Sektion für Störungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf (Sektion 3) aufgenommen. Die DSM-5-Kriterien befinden sich im Anhang dieses Buches. Auch das International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11 (ICD-11) greift die Diagnose Nichtsuizidale Selbstverletzung (MB23.E) auf und beschreibt diese als eine absichtliche Schädigung des Körpers, wobei das Individuum davon ausgeht, dass kein massiver körperlicher Schaden entsteht.

**Weitere englischsprachige Bezeichnungen.** Weitere gebräuchliche Begriffe im englischsprachigen Raum sind »self-injurious behavior« (SIB; Hooley & St. Germain, 2014; Nakar et al., 2016), »self-inflicted injury« (SII; Gibbons et al., 2015), »self-mutilation« (SM; Yen et al., 2015) sowie »parasuicide« (Kumar & Vincent, 2017; s. a. Abschn. 1.3).

**Selbstverletzendes Verhalten.** Betrachtet man die deutschsprachige Literatur, wird hier hauptsächlich der Begriff »selbstverletzendes Verhalten« (SVV) benutzt, der analog zum englischen Terminus »self-injurious behavior« (SIB) besteht. Selbstverletzendes Verhalten stellt somit per se einen eher weit gefassten Begriff ohne nähere Definitionen und klare Abgrenzungen zur Suizidalität dar. Jedoch griffen Petermann und Nitkowski (2016, S. 23) das Konzept der nichtsuizidalen Selbstverletzung auf und definierten selbstverletzendes Verhalten wie folgt:

#### 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.

In den folgenden Kapiteln dieses Buches soll auf diese Definition verwiesen werden, wenn von selbstverletzendem Verhalten gesprochen wird.

## 1.2 Klassifikationsmodelle

Betrachtet man die große Bandbreite selbstschädigender Verhaltensweisen, die im Gesamtspektrum menschlichen Verhaltens vorkommen können, so wird deutlich, dass diese in den verschiedensten Kontexten auftreten und eine Vielzahl an Ursachen haben

können. Grundsätzlich können selbstschädigende Verhaltensweisen alles beinhalten, was dem Körper einer Person Schaden zufügt. Zusätzlich zu den typischen selbstverletzenden Verhaltensweisen, wie dem Selbstzufügen von Schnitt-, Brand- oder Bisswunden, fallen auch Handlungen wie das Fingernägelkauen, Hautschädigungen im Rahmen eines Waschzwanges, Tattooing und Piercing unter diesen Ausdruck. Fasst man den Begriff Selbstschädigung noch etwas weiter, so zählen dazu auch Promiskuität (vor allem ungeschützt), Drogenmissbrauch, Rauchen und pathologisches Essverhalten. Ebenso wird Hochrisikoverhalten, bei dem körperliche Schäden, um ein gewisses Ziel zu erreichen, in Kauf genommen werden – wie beispielsweise beim Sport –, zu selbstschädigendem Verhalten gerechnet. Letztendlich stellt natürlich auch der Suizid oder der Suizidversuch eine Selbstschädigungshandlung dar.

### **Selbstschädigung vs. Selbstfürsorge**

In einer Übersichtsarbeit zu diesem Thema stellen Claes und Vandereycken (2007) der Selbstschädigung »self-harm« die Selbstfürsorge »self-care« gegenüber. Hierbei beschreiben sie, dass Selbstfürsorge in einer extremen Ausprägung auch pathologischen Charakter annehmen kann. Ein Beispiel ist der Waschzwang, bei dem sich die Körperhygiene durch ihre Exzessivität letztlich schädigend auf den Körper auswirkt. Eine solche abnorme Form der Selbstfürsorge kontrastieren Claes und Vandereycken mit der normalen Selbstfürsorge, welche von der Gesellschaft vorgesehene und akzeptierte Verhaltensweisen beschreibt. Diese dienen dazu, eine gesellschaftliche Norm, wie physische Aktivität oder Gesundheit, zu erreichen bzw. aufrecht zu erhalten. Analog dazu sehen die Autoren »normale Varianten der Selbstschädigung«, deren Funktion trotzdem die Selbstfürsorge ist. Hierzu zählen gesellschaftlich akzeptierte Formen von Selbstschädigung, wie kosmetische Chirurgie, Piercing und Tattooing. Die von Claes und Vandereycken vorgenommene Klassifizierung selbstschädigender Verhaltensweisen legt damit den Fokus auf die gesellschaftliche und die soziale Akzeptanz der Selbstschädigung. Anormale Selbstschädigungen bezeichnen sie daher als Verhaltensweisen, die von der Gesellschaft als inadäquat angesehen werden und als Funktion eher eine Bewältigungsstrategie für andere Probleme darstellen. Aus einem psychodynamischen Blickwinkel heraus betrachtet Resch (2017) auch die sozial nicht akzeptierte Selbstverletzung als Selbstfürsorge, in der Gestalt, dass die zugrunde liegenden Funktionen, nämlich die Spannungsreduktion sowie der Umgang mit Suizidgedanken und anderen negativen Emotionen, als selbstfürsorglicher Akt betrachtet werden kann.

### **Ritualisierte vs. pathologische Selbstverletzung**

Eine ähnliche Einteilung, die sich ebenfalls auf die gesellschaftliche Akzeptanz von selbstschädigenden Handlungen bezieht, stammt von Favazza (1996). Er teilt diese Verhaltensweisen in ritualisierte und pathologische Selbstverletzungen ein. Als ritualisierte Formen der Selbstverletzung werden solche bezeichnet, die die Stabilität einer Gesellschaft und ihre soziale Ordnung in bestimmten Gruppenkontexten gewährleisten. Hierzu zählen religiös motivierte Selbstverletzungen in verschiedenen Kulturen der Welt. Auch Selbstschädigungen wie Piercing, Tattooing oder Branding