

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3696>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Rauber, Rachel; Weizenegger, Benedict; Schmeck, Klaus;
Schmid, Marc

Titel: Was denken Jugendliche über Selbstverletzung? Unterschiede
zwischen betroffenen und nicht betroffenen Jugendlichen in
einer Baseler Schulstichprobe

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61
(7), 477-496

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ORIGINALARBEITEN

Was denken Jugendliche über Selbstverletzung? Unterschiede zwischen betroffenen und nicht betroffenen Jugendlichen in einer Basler Schulstichprobe¹

Rachel Rauber, Benedict Weizenegger, Klaus Schmeck und Marc Schmid

Summary

*How do Adolescents View Non-suicidal Self-injury?
Differences Between Affected and Non-affected Adolescents in a School Sample*

Despite the growing number of epidemiologic studies about the prevalence of non-suicidal self-injury (NSSI), little knowledge exists regarding the way adolescents view NSSI, whether differences in the attitudes towards NSSI between affected and non-affected adolescents exist and whether the acquaintance with adolescents engaging in NSSI influence one's attitudes towards self-injury? In an epidemiological study of non-suicidal self-injury, we assessed the attitudes of 447 ninth grade students (age 15 years SD = 0.7, 52 % ♂) NSSI using a self-constructed questionnaire with three factors. Sixty one (13,6 %) pupils reported that they had intentionally injured themselves once in their life time. 43 % (n = 179) indicated that they discuss the topic with others, though over half of these pupils 54 % (n = 98) stated feeling burdened by discussions with friends affected by NSSI. Comparisons between affected and non-affected adolescents revealed that adolescents who had never exhibited NSSI tend to believe that NSSI is mostly interpersonally motivated. Moreover, the adolescents affected by NSSI assessed the emotional reaction as more appropriate than non-affected adolescents. This should be considered in the design and refinement of inpatient treatment concepts. Our results suggest focusing on intrapersonal motives in psychotherapeutic sessions and reducing interpersonal motives for self-injurious behaviour through the establishment of clear and transparent milieu therapeutic structural conditions.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 477-496

¹ Der Dank der Autoren gebührt dem Ressort Schulen im Erziehungsdepartement Basel Stadt und dem Schulärztlichen Dienst Basel Stadt für ihre Unterstützung dieser Studie. Unser ganz besonderer Dank gilt allen an der Untersuchung beteiligten Schulen, den Lehrern sowie natürlich den 447 Schülern und Schülerinnen ohne deren Engagement diese Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Keywords

non-suicidal self-injury – attitudes – inpatient treatment – peer influence – prevalence in community sample

Zusammenfassung

Trotz der wachsenden Zahl an epidemiologischen Untersuchungen zum selbstverletzenden Verhalten bei Jugendlichen (SVV) ist der empirische Wissenstand darüber, wie Jugendliche über SVV denken, noch sehr begrenzt. Eine interessante Fragestellung ist, ob sich Einstellungen von betroffenen und nichtbetroffenen Jugendlichen unterscheiden. Innerhalb einer epidemiologischen Studie wurde die Einstellung von 447 Schülern (Alter -15 J., SD = 0,7, 52 % ♂) mittels eines selbstentwickelten Fragebogens erfasst. 61 Jugendliche (13,6 %) haben sich bereits mindestens einmal selbst verletzt. 179 (43 %) Jugendliche geben an, dass andere Jugendliche mit ihnen über selbstverletzendes Verhalten sprechen. Über die Hälfte (98, 54 %) der ins Vertrauen Gezogenen gab an, sich durch die Gespräche belastet zu fühlen. Nichtbetroffene und Jugendliche, die nicht mit Betroffenen sprechen, vermuten signifikant häufiger interpersonelle Gründe für das selbstverletzende Verhalten und geben eine stärkere emotionale Beteiligung an als die Betroffenen oder Personen, die ins Vertrauen gezogen werden. Die wesentlich geringere Angabe von interpersonellen Motiven durch die Selbstverletzer sollte, selbst wenn die Ergebnisse durch sozial erwünschte Antworttendenzen beeinflusst sein können, bei der Ausgestaltung von milieuthérapeutischen Behandlungsangeboten beachtet werden. Durch die strukturellen Rahmenbedingungen der Milieuthérapie sollten soziale Verstärkerbedingungen im Alltag weitgehend minimiert werden. Zudem sollte in der Psychotherapie zur Bearbeitung des selbstverletzenden Verhaltens eher auf intrapsychische Motive fokussiert werden.

Schlagwörter

selbstverletzendes Verhalten – Einstellungen – Milieuthérapie – Einfluss der Peergruppe – Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung

1 Hintergrund

Selbstverletzendes Verhalten, d. h. die willkürliche, sozial nicht akzeptierte Selbstverletzung der Haut ohne suizidale Absicht, ist ein relativ häufiges Phänomen mit einem Gipfel im Jugendalter und der Adoleszenz (Plener, Brunner, Resch, Fegert, Libal, 2010; Yates, 2004), wobei die Prävalenzangaben in Abhängigkeit davon, wie selbstverletzendes Verhalten definiert und auf welche Weise danach gefragt wurde, variieren (Überblick bei Heath, Schaub, Holly, Nixon, 2009; Plener, Libal, Keller, Fegert, Muehlenkamp, 2009; Plener et al., 2010; Resch, Parzer, Brunner, 2008; Resch, Parzer, Haffner et al., 2008; Brunner et al., 2007). Deutsche Studien an Schü-

lerstichproben berichten von ähnlich hohen Häufigkeiten für Selbstverletzung wie internationale Studien (Resch, Parzer, Brunner, 2008, Resch, Parzer, Haffner et al., 2008; Brunner et al., 2007; Plener et al., 2009), wobei ca. 3-7 % der Schüler aktuell repetitives selbstverletzendes Verhalten zeigen und sich über 15 % (teilweise über 20 %) schon einmal selbst verletzt haben. Die höchsten Prävalenzraten finden sich bei einem völlig anonymen Selbsturteil (Resch, Parzer, Brunner, 2008, Resch, Parzer, Haffner et al., 2008; Plener et al., 2010; Heath et al., 2009).

In klinischen Stichproben, insbesondere in stationären Settings, sind die Prävalenzraten wesentlich höher; hier zeigen teilweise über 30 % der Patienten repetitives selbstverletzendes Verhalten (Nixon, Cloutier, Aggarwal, 2002; Tuisku et al., 2006; Heath et al., 2009; Plener et al., 2010). In klinischen Stichproben finden sich wesentlich mehr weibliche Selbstverletzer, in Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung nähert sich das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Selbstverletzern tendenziell an. In den meisten Studien zeigen weibliche Jugendliche in der Allgemeinbevölkerung aber auch deutlich häufiger Selbstverletzendes insbesondere repetitives Selbstverletzendes Verhalten (Nixon et al., 2002; Heath et al., 2009; Moran et al., 2012). Für die Schweiz existieren bisher keine Prävalenzangaben, wobei diese Studie diesem Umstand entgegenwirken soll.

Trotz der weiten Verbreitung ist selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter ein gravierendes Symptom und kann häufig, muss aber nicht zwangsläufig, auf eine schwerwiegende psychische Störung hindeuten. Ein früher Beginn und eine starke Ausprägung des selbstverletzenden Verhaltens in der frühen Adoleszenz scheint Suizidversuche zu begünstigen (Nock, 2010) und mit einer schlechteren Sozial- und Behandlungsprognose einherzugehen (Zanarini et al., 2006). Eine repräsentative australische Langzeitstudie in der Allgemeinbevölkerung beschreibt über einen Zeitraum von 16 Jahren die Abnahme der Prävalenz für selbstverletzendes Verhalten. Während Angststörungen und Depression im Jugendalter als unabhängige Komorbiditäten des selbstverletzenden Verhaltens vorkamen, zeigten sich im jungen Erwachsenenalter schließlich direkte Korrelationen dieser psychischen Störungen. Die Autoren schlussfolgern, dass die frühzeitige Behandlung psychischer Störungen im Jugendalter ein enorm wichtiger Faktor in der Suizidprävention darstellt (Moran et al., 2012).

Nur wenige Untersuchungen haben sich bisher mit der Einstellung und den Vorstellungen von Jugendlichen zum selbstverletzenden Verhalten beschäftigt, obwohl man allgemein davon ausgeht, dass gerade Unterschiede in den Motiven, im Modelllernen und die Darstellung von selbstverletzendem Verhalten in den Medien eine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten begünstigen (Whitlock, Lader, Conterio, 2007; Nock, 2008), zumal eine immens gesteigerte Präsenz des Themas in den Medien, z. B. in Filmen (Trewavas, Hasking, McAllister, 2010) und insbesondere im Internet zu verzeichnen ist, die nicht selten die notwendige kritische Distanz vermissen lassen (Whitlock, Powers, Eckerode, 2006; Whitlock et al., 2007; Fischer et al., 2012).

Erste Untersuchungen zeigen auch, dass sich Jugendliche, die andere Selbstverletzer kennen, häufiger selbst Schmerzen zufügen und dort vermutlich sehr komplexe,

bewusste und unbewusste Verstärkungsmechanismen ihre Wirkung entfalten (Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier, Muehlenkamp, 2010; Prinstein et al., 2010).

Selbstverletzendes Verhalten oder dessen Androhung aktiviert die Gleichaltrigen in besonderer Art und Weise. Einerseits kann es eine Aufforderung sein, dem Selbstverletzer seine Sorge und Zuwendung zu zeigen, andererseits kann die Symptomatik eine Aufforderung dafür sein, dem Selbstverletzer bestimmte Belastungen nicht zuzumuten. Selbstverletzendes Verhalten wird somit sozial positiv und negativ verstärkt (Nock u. Prinstein, 2004; Nock, 2008, 2010).

In klinischen Stichproben werden eher persönliche bzw. intrapsychische Gründe für selbstverletzendes Verhalten genannt (Anspannungsreduktion, Umgang mit depressiven Gefühlen), wohingegen in Schulstichproben häufiger interpersonelle Gründe für selbstschädigendes Verhalten aufgeführt wurden (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, Kelley, 2007). Klonsky (2007) beschrieb auf der Grundlage einer empirischen Analyse von Originalarbeiten sieben Motivcluster für selbstverletzendes Verhalten, wobei der Emotionsregulation und Spannungsreduktion die größte Bedeutung zukommt.

Auch andere Untersuchungen an Borderlinepatienten (Kleindienst et al., 2008) und jugendlichen Selbstverletzern (Nixon et al., 2002), die sich mit den Motiven, Funktionen und Begründungen für selbstverletzendes Verhalten beschäftigten, berichten, dass Emotionsregulation und Reduktion von aversiven Anspannungszuständen als häufigste Gründe für die Selbstschädigung angegeben wurden.

Gerade in stationären Settings haben die milieutherapeutischen Teams häufig den Eindruck, dass es sehr schnell zu wechselseitigen Beeinflussungsprozessen kommen kann, sodass das selbstverletzende Verhalten bei bestimmten Gruppenkonstellationen zunimmt. Deshalb erscheint es wichtig, die Verstärkermechanismen in stationären Settings zu beachten und positiv zu beeinflussen (Schmid, 2007; Bohus et al., 2004; Bohus u. Höschel, 2006).

Manche Autoren sehen im selbstverletzenden Verhalten auf geschlossenen jugendpsychiatrischen Stationen den Ausdruck eines Kleingruppenrituals, welches dazu dienen kann, ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu erzeugen (Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen, Kelenius, 1998). Obwohl solche Beeinflussungen durch Dritte und die Medien vielfach beschrieben wurden und selbstverletzendes Verhalten inzwischen intensiv erforscht wird, gibt es wenige Untersuchungen, die sich mit den Meinungen und Einstellungen der betroffenen Jugendlichen, ihren Mitschülern und Kollegen beschäftigt haben.

Die Einstellung gegenüber Betroffenen wurde bisher vor allem bei professionellen Helfern erhoben (Sozialpädagogen, Pflegepersonal). In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich eine negative Einstellung der milieutherapeutischen Fachkräfte gegenüber dem selbstverletzenden Verhalten der Patienten negativ auf den Verlauf auswirkt (Vivekananda, 2000; Commons Treloar u. Lewis, 2008). Commons Treloar und Lewis (2008) schlussfolgern aufgrund ihrer Studie, dass die gezielte Aufklärung und Ausbildung zur Problematik der Borderlinestörung und den Selbstverletzungen, die Einstellung gegenüber dem selbstverletzenden Verhalten von Patienten

verbessern und zu einem besseren Verständnis der individuellen Situation des Patienten führen kann. Auch wenn die Möglichkeit der Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Jugendalter nun auf breitere Akzeptanz stößt (Schmid, Schmeck, Petermann, 2008), ist es wichtig zu betonen, dass bei Weitem nicht alle selbstverletzenden Jugendlichen eine Borderlinestörung entwickeln. Im Jugendalter findet man in Schulstichproben viele gelegentliche Selbstverletzer, die zumindest im Selbsturteil keine schwere Psychopathologie und Persönlichkeitspathologie aufweisen (Muehlenkamp, Walsh, McDade, 2010; Rauber, Hefti, In-Albon, Schmid, 2012).

Um die Verstärkerbedingungen unter Jugendlichen besser zu verstehen, ist es notwendig, die Einstellungen, denen Jugendliche in der Gruppe der Gleichaltrigen ausgesetzt sind, genauer zu untersuchen. Diese Studie zielte auf folgende Fragestellung ab:

1. Wie viele Jugendliche in Basel verletzen sich selbst? Wie ist deren Behandlungsstatus?
2. Kommunizieren Jugendliche untereinander über ihr selbstverletzendes Verhalten? Belasten diese Gespräche die Jugendlichen?
3. Was wissen oder vermuten betroffene und nicht betroffene Jugendliche über die Ursachen von selbstverletzendem Verhalten?
4. Bestehen Unterschiede bezüglich der Einstellung zu selbstverletzendem Verhalten zwischen selbst betroffenen und nicht betroffenen Schülerinnen und Schülern?
5. Bestehen Unterschiede bezüglich der Einstellung zwischen Schülerinnen und Schülern sowie Probanden mit und ohne Selbstverletzern im Bekanntenkreis?

2 Methodenteil

2.1 Instrumente

Als wichtigstes Untersuchungsinstrument zur Beurteilung der Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten dient ein selbst entwickelter Fragebogen. In 30 vorgegebenen Aussagen zur Frage „Was denkst Du über Personen, die sich selbst verletzen?“ sollten die Probandinnen und Probanden ihre Meinung auf einer 5-Punkte Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis zu „stimmt völlig“ angeben. Zusätzlich lieferte dieser Fragebogen Angaben zur Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens, die wichtigsten biografischen Daten wie Geschlecht, Alter und Schulklasse sowie Angaben zur Versorgungssituation der Probanden und zur Zahl der bekannten Freunde/Schulkameraden, die unter selbstverletzendem Verhalten leiden.

Die interne Konsistenz des selbstentwickelten Fragebogens, berechnet über Cronbachs α , beträgt $\alpha = .86$. Der Fragebogen weist somit eine ausreichend gute Reliabilität auf. Die Daten wurden einer Faktorenanalyse unterzogen. Die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse waren erfüllt ($MSA = .86$; Signifikanz nach Bartlett $< .001$). Mittels einer Hauptachsenfaktorisierung mit Varimaxrotation und einem anschließenden Scree-Test konnten insgesamt drei gut zu interpretierende Faktoren extrahiert werden, welche immerhin 36.5 % der Varianz erklären konnten.

Tabelle 1: Ladungen der Items auf den Faktoren

	Faktor		
	Psychische und Psychosoziale Belastung	Interaktionelle Funktion	Emotionale Reaktion
Sind sehr verzweifelt	.754		
Fühlen sich hilflos und traurig	.721		
Haben viele Probleme	.716		
Fühlen sich einsam	.691		
Haben Schwierigkeiten mit Gefühlen umzugehen	.657		
Brauchen Unterstützung	.631		
Benötigen professionelle Hilfe	.630		
Sind psychisch krank	.587		
Stehen unter großer Anspannung	.587		
Sind suizidgefährdet	.580		
Hassen sich selbst	.566		
Haben Stress mit ihren Eltern	.551		
Haben Mühe mit jemandem darüber zu sprechen/sich jemandem anzuvertrauen	.512		
Haben schlimme Dinge erlebt	.434		
Sind oft ohne Grund hässig/wütend	.418	.320	
Wollen sich nicht helfen lassen	.404		
Versuchen, andere zu überreden, sich auch selbst zu verletzen		.643	
Machen es, um einer Gruppe anzugehören		.638	
Wollen andere Menschen dadurch unter Druck setzen		.621	
Ich meide den Kontakt mit diesen Personen		.552	
Wollen auffallen/sich in den Mittelpunkt stellen		.533	
Machen es als Mutprobe		.530	
Wollen andere Personen durch selbstverletzendes Verhalten bestrafen		.428	
Ich würde gerne versuchen, ihnen irgendwie zu helfen		.383	.309
Wollen dadurch auf ihre Probleme aufmerksam machen	.324	.366	
Ich weiß nicht recht, was ich über diese Personen denken soll			
Empfinden keinen Schmerz bei den Selbstverletzungen			.502
Empfinden überhaupt keinen Schmerz			.466
Lösen in mir selbst starke Gefühle aus			.428
Machen mich selbst hilflos und traurig	.333		.356
Eigenwert	6.41	3.28	1.25
Erklärte Varianz	21.4 %	10.9 %	4.2 %

Ladungen über .3 sind abgebildet. Ladungen über .4 sind kursiv gedruckt.

Das Kaiser-Kriterium (Eigenwert höher als 1) würde eine 7 Faktorenlösung ergeben, bei welcher die Varianzaufklärung noch etwas besser ist, die Faktoren aber schwer zu interpretieren sind. Die drei mittels des Scree-Tests gefundenen Faktoren können hingegen gut interpretiert werden und decken sich weitgehend mit anderen in der Forschungsliteratur vorhandenen Versuchen (Fortune, Sinclair, Hawton, 2008; Nock u. Prinstein, 2004; Nock, 2010), Motive und Aussagen über selbstverletzendes Verhalten zu gruppieren, weshalb vieles für die Verwendung dieser Drei-Faktorenlösung sprach. Die gefundenen Faktoren wurden „Psychische und Psychosoziale Belastung“, „Interaktionelle Funktion“ und „Emotionale Reaktion (Intensität der eigenen Gefühle und Belastungen)“ benannt. Der Faktor „Psychische und Psychosoziale Belastung“ kann 21 % der Varianz erklären und beinhaltet unter anderem folgende Fragen: Von selbstverletzendem Verhalten betroffene Menschen „... haben viele Probleme“ und „... sind sehr verzweifelt“. Die „Interaktionelle Funktion“ kann 11 % der Varianz erklären und wird unter anderem durch nachstehende Fragen zusammengefasst: Menschen die sich selbst verletzen „... machen es, um einer Gruppe anzugehören“ und „wollen andere Menschen beeinflussen“. Der Faktor „Emotionale Reaktion“ kann nur 4,6 % der Varianz aufklären und wird z. B. durch folgende Aussagen erfasst: Von selbstverletzendem Verhalten betroffene Menschen, „... lösen in mir selbst starke Gefühle aus“ und „... machen mich selbst hilflos und traurig“.

2.2 Statistische Analyse

Sämtliche in diesem Artikel beschriebenen Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (19.0) berechnet. Neben den oben beschriebenen Faktorenanalysen wurden Mittelwertdifferenzen zwischen den einzelnen Gruppen mit einfachen Varianzanalysen oder T-Tests bestimmt. Des Weiteren wurden non-parametrische Verfahren zur Berechnung von Häufigkeitsunterschieden eingesetzt.

2.3 Rekrutierung der Stichprobe

Nach Erhalt des positiven Ethikvotums durch die Ethikkommission beider Basel (EKBB) sowie mit Erlaubnis und Unterstützung des Ressorts Schulen im Erziehungsdepartement des Kanton Basel-Stadt wurden sämtliche 9. Klassen aller Schulstufen von Basel Stadt aus den Gymnasien, den Kleinklassen, den Weiterbildungsschulen – dies sind Gesamtschulen mit unterschiedlichen Leistungsniveaus – und den Privatschulen bezüglich einer Teilnahme angefragt. Von insgesamt 101 möglichen Schulklassen in Basel Stadt nahmen 45 Klassen teil. Von den 1.755 möglichen Schülern aller 9. Klassen in Basel Stadt hätte eine potenzielle Stichprobe von 818 Schülern (46.61 %) in den miteinbezogenen Klassen rekrutiert werden können. Die Schüler wurden in ihren Klassenräumen ausführlich über die Studie informiert und es wurde ein Einwilligungsschreiben für die Erziehungsberechtigten ausgehändigt.

Das schriftliche Einverständnis ihrer Erziehungsberechtigten war Voraussetzung für die Teilnahme. Daneben wurden den Schülern sowohl zum Zeitpunkt des Informationsanlasses als auch zum Erhebungszeitpunkt Hilfskarten mit der Kontaktadresse zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik ausgeteilt, so dass belastete Jugendliche, welche durch die Befragung eventuell für ihre psychische Belastung sensibilisiert wurden, niederschwellige Hilfe in Anspruch nehmen konnten. Vier (1 %) der Befragten nahmen dieses Kontaktangebot in Anspruch. Die Befragungen und Auswertungen erfolgten völlig anonym.

Schließlich haben sich 447 (54 %) von 818 Schülerinnen und Schülern aller Schulniveaus an der Untersuchung beteiligt. Das sind 26 % aller Neuntklässler von Basel Stadt. Es nahmen 48 % (N = 214) Mädchen und 52 % (N = 233) Jungen an der Untersuchung teil. Das Durchschnittsalter betrug 14.95 Jahre (SD = 0.74). Der Drop-Out von 45 % (N = 371) erklärt sich einerseits vor allem aus dem Fehlen der unterschriebenen Einverständniserklärung am Erhebungstag und andererseits aus dem entschuldigten und unentschuldigten Fehlen im Unterricht (Krankheit, inkl. stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, Praktika). Selektionseffekte sind somit nicht völlig auszuschließen, da es sich um eine freiwillige, anonymisierte Teilnahme handelte. Die Rekrutierungsrate in den Weiterbildungsschulen war wesentlich geringer als auf den Gymnasien. Dies lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass alle Anschreiben nur auf Deutsch verfasst waren und so Eltern mit Migrationshintergrund nicht in gleicher Art und Weise erreicht werden konnten. Womöglich trug auch eine höhere elterliche Präsenz dazu bei, dass die Jugendlichen auf gymnasialem Niveau die Einverständniserklärungen zuverlässiger von ihren Eltern unterzeichnen ließen. Die geringere Rekrutierungsrate wurde aber durch den Einschluss einer größeren Anzahl von Weiterbildungsschulen kompensiert, sodass das Verhältnis von Schülern aus den verschiedenen akademischen Niveaus die Schulstatistik in Basel Stadt gut repräsentiert.

3 Ergebnisse

3.1 Häufigkeit und Geschlechterverteilung von selbstverletzendem Verhalten

In unserer Gesamtstichprobe (s. Tab. 2) gaben 13.55 % (n = 60) der Neuntklässler an, sich jemals in ihrem Leben zuvor selbstverletzt zu haben. Eine Probandin machte detaillierte Angaben zu ihrer Selbstverletzung, füllte aber das Item mit der Häufigkeitsangabe nicht aus. Im letzten Jahr haben sich 11.2 % (n = 50) der Schüler selbst verletzt. Davon haben sich 6.4 % (n = 29) der Schüler im letzten Monat selbst verletzt und vier Jugendliche (0.9 %) berichten von mehr als vier Episoden im letzten Monat. Die Geschlechterverteilung zeigt deutlich, dass sich Schülerinnen häufiger selbst verletzen (vgl. Tab. 2). 20 (71 %) der 28 repetitiven Selbstverletzer (viermal oder häufiger) des letzten Jahres sind weiblich.

Tabelle 2: Prävalenzangaben zum selbstverletzenden Verhalten (n = 447)*

Selbstver- letzung	Lebenszeitprävalenz n (%)			Jahresprävalenz n (%)			Monatsprävalenz n (%)		
	w	m	G	w	m	G	w	m	G
Kein SVV (kein Mal)	158 (74.5)	214 (91.8)	373 (83.4)	166 (78.3)	215 (92.3)	383 (85.7)	180 (84.9)	220 (94.4)	402 (89.9)
Gelegent- liches SVV (1-3 Mal)	22 (10.4)	6 (2.6)	28 (6.3)	18 (8.5)	4 (1.7)	22 (4.9)	21 (9.9)	4 (1.7)	25 (5.5)
Repetitives SVV (4 Mal und mehr)	24 (11.3)	7 (3.0)	32 (7.3)	20 (9.4)	8 (3.4)	28 (6.3)	3 (1.4)	1 (0.4)	4 (0.9)

Anmerkungen: *Fehlende Angaben: bei Lebenszeitprävalenz n = 14, bei Jahresprävalenz n = 14, bei Monatsprävalenz n = 16. w = weibliche Jugendliche, m = männliche Jugendliche, G = Gesamt. Eine Probandin machte Angaben zur Selbstverletzung, konnte aber nicht eindeutig gruppiert werden.

3.2 Kommunikation über selbstverletzendes Verhalten

179 Jugendliche (43 %) geben an (vgl. Abb. 1), dass sich betroffene Selbstverletzer mit ihnen über ihre Probleme und Selbstverletzungen unterhalten. Die Jugendlichen wurden auch über eine Likert-Skala gefragt, ob sie sich durch diese Gespräche belastet fühlen. 88 dieser Jugendlichen (23 % der Gesamtstichprobe) gaben an, sich durch diesen verbalen Austausch belastet zu fühlen. 18 (4 %) der Jugendlichen, die solche Gespräche führen, berichteten gar, sich durch diese sehr belastet zu fühlen.

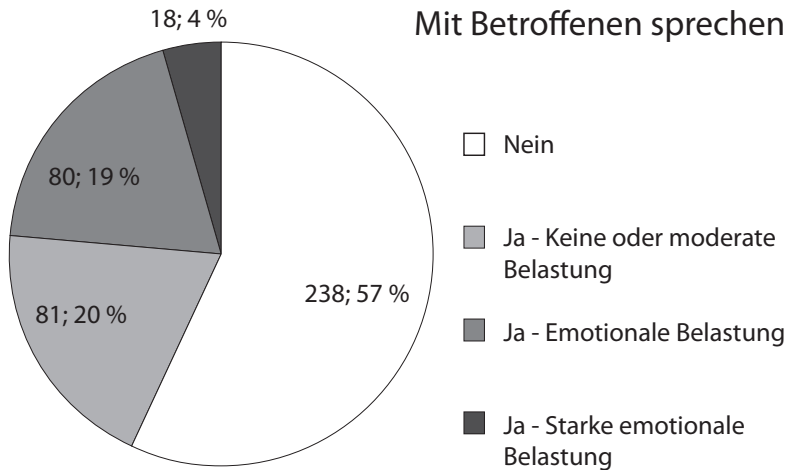


Abbildung 1: Kommunikation mit Betroffenen über Selbstverletzungen

3.3 Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten

Im Folgenden wird auf die Frage eingegangen, welche Mittelwertunterschiede sich bezüglich der Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten beschreiben lassen. Dabei werden neben Geschlechtsunterschieden, Unterschiede zwischen Betroffenen und nicht Betroffenen sowie Unterschiede von Schülern mit und ohne verbalem Austausch mit Selbstverletzern betrachtet.

3.4 Gruppenvergleiche bezüglich des Geschlechts in der Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten

Bei der Gegenüberstellung der Einstellungen der beiden Geschlechter zum selbstverletzenden Verhalten zeigen sich signifikante Unterschiede in zwei Komponenten. Auf der Skala „Psychische und Psychosoziale Belastung“ unterscheiden sich die Geschlechter signifikant ($t(435) = 2.62, p = .009$). Die weiblichen Jugendlichen ($M = 3.82, SD = .54$) gehen dabei von einer größeren psychischen Belastung von Selbstverletzern aus als die männlichen Jugendlichen ($M = 3.65, SD = .76$). Bezüglich der „Interaktionellen Funktion“ konnten keine signifikanten Mittelwertunterschiede gefunden werden ($t(435) = -1.515, p = .130$). Bei der Komponente der „Emotionalen Reaktion“ zeigen sich signifikante Unterschiede im Geschlecht ($t(432) = 3.31, p = .001$), wobei die Jungen ($M = 2.55, SD = .84$) weniger emotionale Reaktionen angeben als die Mädchen ($M = 2.82, SD = .88$).

Tabelle 3: Zusammenstellung der Ergebnisse mittels t-Test für die einzelnen Komponenten

Unabhängige Variable		Psychische u. psychosoziale Belastung N (%) M (SD)	p-Wert	Interaktionelle Funktion N (%) M (SD)	p-Wert	Emotionale Reaktion N (%) M (SD)	p-Wert
Geschlecht		210 (48.95)		210 (48.95)		209 (48.16)	
	weiblich	3.82 (.54)	.009*	2.56 (.60)	.130	2.82 (.88)	.001**
		227 (51.96)		227 (51.96)		225 (51.84)	
	männlich	3.65 (.76)		2.65 (.67)		2.55 (.84)	
reden mit Betroffenen über SVV	rede mit Betroffenen	179 (42.93)	.639	179 (42.93)	.010*	179 (43.24)	.002*
		3.72 (.60)		2.51 (.63)		2.82 (.91)	
	rede nicht mit Betroffenen	238 (57.07)		238 (57.07)		235 (56.76)	
		3.75 (.69)		2.67 (.63)		2.56 (.82)	
eigene Selbstverletzung	selbstverletzendes Verhalten	61 (14.19)	.611	61 (14.19)	<.001**	61 (14.19)	.042*
		3.78 (.57)		2.24 (.53)		2.89 (.91)	
	kein selbstverletzendes Verhalten	369 (85.81)		369 (85.81)		367 (85.75)	
		3.73 (.68)		2.67 (.63)		2.64 (.86)	

Anmerkung. N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, * $p < .05$, ** $p < .01$

3.5 Gruppenvergleiche zwischen von selbstverletzendem Verhalten Betroffenen und nicht Betroffenen bezüglich der Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten

Im Vergleich der 61 selbst betroffenen und den nicht betroffenen ($n = 369$) Jugendlichen zeigen sich hinsichtlich der Komponenten „Interaktionelle Funktion“ ($t(428) = 5.00$, $p < .001$) und „Emotionale Reaktion“ ($t(426) = -2.04$, $p = .042$) signifikante Unterschiede. Die „Interaktionelle Funktion“ des selbstverletzenden Verhaltens beurteilen die sich selbstverletzenden Jugendlichen eher ablehnender ($M = 2.24$, $SD = .53$) als die sich nicht selbstverletzenden ($M = 2.67$, $SD = .63$). Nicht betroffene Jugendliche beschreiben geringere emotionale Reaktionen ($M = 2.64$, $SD = .86$) als die von selbstverletzendem Verhalten betroffenen Jugendlichen ($M = 2.89$, $SD = .91$). Die „Psychische und Psychosoziale Belastung“ von Selbstverletzern ($t(428) = -0.51$, $p = .661$) beurteilen die beiden Gruppen der Jugendlichen, die sich selbst verletzt haben, und die Gruppe der Jugendlichen, die sich noch nie selbst verletzt haben, ähnlich (ohne selbstverletzendes Verhalten: $M = 3.73$, $SD = .68$; selbstverletzendes Verhalten: $M = 3.78$, $SD = .91$), was darauf hindeutet, dass der Großteil der Jugendlichen eine Vorstellung davon hat, welche psychosozialen Belastungsfaktoren auf Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten einwirken.

3.6 Gruppenvergleiche der Schüler mit und ohne verbalen Austausch mit Selbstverletzern

Vergleicht man die Gruppen der 179 Jugendlichen, die sich über das selbstverletzende Verhalten von anderen Jugendlichen austauschen, mit denjenigen, welche das nicht tun, fällt auf, dass signifikante Unterschiede in den Komponenten „Interaktionelle Funktion“ und „Emotionale Reaktion“ bestehen. Die Jugendlichen, welche sich nicht mit anderen Jugendlichen über deren selbstverletzendes Verhalten austauschen, schätzen die „Interaktionelle Funktion“ als eher zutreffend ein ($M = 2.76$, $SD = .63$) als die Jugendlichen, welche sich mit Betroffenen über deren Verhalten austauschen ($M = 2.51$, $SD = .63$; $z = 2.781$, $p = .005$). Dies deutet darauf hin, dass ein besseres Kennen der Motive des selbstverletzenden Verhaltens und ein persönlicher Kontakt zu den Betroffenen das Verständnis der innerpsychischen Motive fördert, und dass sich wenig Jugendliche, die sich mit ihren Klassenkameraden im Austausch über Selbstverletzungen befinden, durch diese manipuliert fühlen. Bezüglich der Komponente „Emotionale Reaktion“ zeigt sich insofern ein signifikanter Unterschied ($z = 2.71$, $p = .002$), als dass sich die Jugendlichen, welche sich mit Anderen über deren selbstverletzendes Verhalten austauschen, durch Selbstverletzungen etwas belasteter fühlen ($M = 2.82$, $SD = .91$) als die Jugendlichen, welche sich nicht über das selbstverletzende Verhalten von Anderen austauschen ($M = 2.56$, $SD = .82$). Die stärkere emotionale Beteiligung überrascht in Anbetracht der engeren Beziehung zu Selbstverletzern nicht. In der Komponente „Psychische und Psychosoziale Belastung“ zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($z = 1.38$, $p = 0.639$). Sie gehen von einer ähnlich hohen psychischen Belastung aus, was

bedeutet, dass auch Personen, die selbst keinen Austausch mit Selbstverletzern haben, eine hohe psychische Belastung vermuten ($M = 3.75$, $SD = .69$ vs. $M = 3.72$, $SD = .60$).

4 Diskussion

Die in dieser Studie gefundene Lebenszeitprävalenz von 13.6 % für mindestens einmalige Selbstverletzung und 7.2 % für mindestens viermalige Selbstverletzung, sowie eine Jahresprävalenz von 11.2 % für selbstverletzendes Verhalten und 6.3 % für repetitives selbstverletzendes Verhalten (> 4 Episoden) der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler einer Bevölkerungsstichprobe entspricht den in den deutschsprachigen und internationalen Literatur angegebenen Zahlen von 11 % bei 14-jährigen Jugendlichen (Plener et al., 2010). Die Geschlechterverteilung (71 % der repetitiven Selbstverletzer, die sich im letzten Jahr selbst verletzt haben, sind weiblich) zeigt deutlich die erwartete Häufung des selbstverletzenden Verhaltens beim weiblichen Geschlecht und stützt somit die bekannten Befunde, dass Mädchen auch in der Allgemeinbevölkerung und vor allem in klinischen Populationen eher von dieser Problematik betroffen sind (Yates, 2004; Heath et al., 2009; Plener et al., 2010), selbstverletzendes Verhalten aber auch unter männlichen Jugendlichen verbreitet ist (Moran et al., 2012). Ein zentrales Ziel dieser Untersuchung ist die Beantwortung der Frage nach der Einstellung von Schülern zum selbstverletzenden Verhalten, wobei vor allem Einstellungsunterschiede zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen und die Bedeutung der persönlichen Gespräche über Selbstverletzungen relevant sind. Die Betroffenen und Nichtbetroffenen schätzen die „Psychische und Psychosoziale Belastung“ ähnlich hoch ein. Daraus kann abgeleitet werden, dass auch Nichtbetroffene eine realistische Einschätzung der emotionalen und psychosozialen Belastung der Betroffenen haben. Dies führt zur Annahme, dass im Jugendalter einerseits eine geringere Stigmatisierung der von selbstverletzendem Verhalten Betroffenen herrscht als vermutet, und dass die Jugendlichen andererseits relativ gut über das selbstverletzende Verhalten und die zugrunde liegenden Motive informiert sind.

In der „Interaktionellen Funktion“ zeigen sich zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen hoch signifikante Unterschiede, indem die sich selbst verletzenden Jugendlichen diesen Motiven weniger stark zustimmen als die Jugendlichen, die noch nie selbstverletzendes Verhalten praktiziert haben. Diese Ergebnisse lassen mindestens drei mögliche Interpretationen zu.

1. Es wäre möglich, dass die Betroffenen interpersonelle Motive nicht angeben wollen, da diese eher schambesetzt und sozial wenig akzeptiert sind. Fragen in Richtung sozialer Erwünschtheit können folglich dazu führen, dass bei einer solchen Form der Befragung diese Motive seltener angegeben werden.
2. Es wäre möglich, dass die Betroffenen die Dimension der interpersonellen Funktion des selbstverletzenden Verhaltens selbst weniger bewusst wahrnehmen, weshalb sie seltener angegeben werden.

3. Eventuell spielen soziale Verstärkungsmechanismen für die Jugendlichen eine weniger bedeutsame Rolle als gemeinhin angenommen wird.

Um den Einfluss der sozialen Erwünschtheit bei der Interpretation berücksichtigen zu können, wäre zu prüfen, inwiefern die Betroffenen diese interpersonellen Motive zwar bewusst wahrnehmen, diese jedoch im verwendeten Fragebogen nicht adäquat angeben können oder wollen und daher die Ergebnisse in Richtung der sozialen Erwünschtheit verzerrt werden könnten. Gerade Betroffene geben diese Motive für selbstverletzendes Verhalten nur ungern an. Fragen wie „wollen andere Menschen dadurch beeinflussen“ oder „wollen dadurch andere auf ihre Probleme aufmerksam machen“ nehmen augenscheinlich eine Bewertung vor, was eine Beantwortung in Richtung der sozialen Erwünschtheit begünstigen kann. Hier wäre eine Kontrolle über eine Offenheitsskala sinnvoll gewesen.

Die Frage der Bedeutung von sozialen Verstärkern könnte aber auch vom Grad der Ausprägung des selbstverletzenden Verhaltens abhängen. Eine Untersuchung von Lloyd-Richardson et al. (2007) zeigte, dass in klinischen Stichproben eher intrapsychische Motive für selbstverletzendes Verhalten angegeben werden, wobei von Selbstverletzern, die aus der Allgemeinbevölkerung rekrutiert werden, häufiger soziale Motive berichtet werden.

Schließlich geben Nichtbetroffene bei den Fragen zur emotionalen Reaktion im Vergleich zu Betroffenen eine geringere emotionale Beteiligung an. Dieser Befund überrascht nicht besonders und könnte einerseits mit der höheren Identifikation der selbst Betroffenen mit anderen Jugendlichen, die dieses Verhalten zeigen, erklärt werden. Andererseits sind selbstverletzende Jugendliche eher sensibler für emotionale Reize und reagieren heftiger auf das selbstverletzende Verhalten von Dritten. Diese stärkere Reaktion von Selbstverletzern auf emotionsauslösende Reize ist sehr naheliegend und in vielen Studien gut belegt (Klonsky, 2007, 2009; Nock, 2010). In einer Studie von Welch und Mitarbeitern (Welch, Linehan, Sylvers, Chittams, Rizvi, 2008) zeigten betroffene Patienten heftigere emotionale Reaktionen auf selbstverletzendes Verhalten Dritter als klinische Kontrollgruppen.

Die Ergebnisse können zudem zeigen, dass signifikante Geschlechtsunterschiede bestehen. Die befragten Mädchen schätzten die psychische Belastung von Selbstverletzern höher ein als die Jungen und gaben selbst stärkere emotionale Reaktionen auf selbstverletzendes Verhalten ihrer Mitschüler an. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Mädchen in gleichgeschlechtlichen Freundschaften schon früh Wünsche, Sorgen und Ängste austauschen. Außerdem ist aufgrund der höheren Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten bei Mädchen zu vermuten, dass sich Mädchen häufiger mit Betroffenen austauschen und sich auch stärker mit den betroffenen Schülern identifizieren (Fortune et al., 2008).

5 Methodische Stärken und Schwächen der Untersuchung

Diese Studie hat einige Stärken: Erstens wurde eine große repräsentative Stichprobe aus allen Schulniveaus untersucht, wobei auch Privatschulen und Kleinklassen einbezogen wurden. Dies ist deshalb interessant, weil andere Studien zeigen, dass selbstverletzendes Verhalten auch in der Ober- und oberen Mittelschicht häufig vorkommt, die Privatschulen aber oft nicht mituntersucht werden (Yates, Tracy, Luthar, 2008). Zudem widmete man sich der Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten, was ein bisher wenig beachteter Aspekt der Selbstverletzungen war. Die Untersuchung ist bezüglich des methodischen Vorgehens und den verwendeten Fragebögen mit anderen Studien vergleichbar, so dass die Ergebnisse gut mit den Ergebnissen von anderen Arbeitsgruppen verglichen werden können.

5.1 Verwendeter Fragebogen

In erster Linie beruhen die Aussagen alle auf einem selbst konstruierten Fragebogen, der allerdings sorgfältig entwickelt wurde und eine ausreichende Reliabilität und hohe Augenscheinvalidität aufweist. Problematisch ist aber, dass der Fragebogen vorher nicht eingesetzt wurde und einige Items auf mehreren Faktoren Ladungen aufweisen. Zudem hätte man im Rahmen einer solchen Probevorgabe prüfen können, wie die Items auf selbstverletzende Jugendliche wirken und ob es gegebenenfalls Formulierungen gibt, bei denen sich Abweichungen in Richtung der sozialen Erwünschtheit vermeiden ließen. Um zu überprüfen, inwieweit die Antworten eine Tendenz in Richtung der sozialen Erwünschtheit aufweisen, wäre der Einsatz einer Skala, welche die Offenheit der Antworten erfasst, sinnvoll gewesen. Auf eine solche Skala wurde bewusst verzichtet, da es wenig Erfahrung mit dem Einsatz solcher Skalen bei Selbstverletzern gibt. Zudem hätte bei Verwendung einer aussagekräftigen Lügenskala die Gefahr bestanden, dass die Befragung nicht im Rahmen einer Schulstunde zu beenden gewesen wäre. Bezüglich der Faktorenanalyse kann der selbst entwickelte Fragebogen zur Erfassung der Einstellung zum selbstverletzenden Verhalten weniger als die Hälfte der Varianz erklären. Dies erscheint bei drei Faktoren und 30 Items aber noch ausreichend. Zudem kristallisiert sich eine gut zu interpretierende Drei-Faktorenlösung heraus, anhand derer sich Einstellungen der Neuntklässler zum selbstverletzenden Verhalten gut kategorisieren lassen und sich gut mit Modellen zur Entstehung des selbstverletzenden Verhalten deckt (Nock u. Prinstein, 2004; Nock, 2010; Klonsky, 2009).

5.2 Selektionseffekt bei der Rekrutierung

Selbstverständlich lassen sich bei einer freiwilligen Teilnahme mit schriftlicher Einverständniserklärung durch die Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten Selektionseffekte nicht gänzlich vermeiden. Es ist jedoch anzunehmen, dass Jugendliche, die dieses Thema mit ihren Eltern gänzlich vermeiden, auch nicht um elterliches

Einverständnis zur Studienteilnahme ersuchen, was einen Selektionseffekt zu Ungunsten der Zahl der Betroffenen bedeuten könnte. Es wäre aber auch möglich, dass sich betroffene Familien durch das Thema besonders angesprochen fühlen. Es wäre daher wünschenswert gewesen, mehr Informationen über die abwesenden und nicht teilnehmenden Schüler zu haben. Weiter konnten durch das beschriebene Vorgehen bei der Rekrutierung in Schulen psychiatrisch hospitalisierte oder in Erziehungsheimen mit integrierter Schule betreute Jugendliche nicht berücksichtigt werden, was eher zu einer Unterschätzung der wahren Prävalenz führt. Zudem beschränkt sich die Rekrutierung auf Schüler in einem Stadtkanton. Des Weiteren wäre es eventuell interessant zu vergleichen, ob sich Unterschiede zu ländlicheren Gebieten zeigen, wobei sich diese Unterschiede in der Regel nicht sehr deutlich in Prävalenzraten für selbstverletzendes Verhalten widerspiegeln (Plener et al., 2010; Heath et al., 2009). Gegen einen allzu starken Selektionseffekt spricht, dass die Ergebnisse zur Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens identisch mit anderen deutschsprachigen Untersuchungen mit repräsentativen Stichproben, insbesondere der Heidelberger Schulstichprobe, sind (Brunner et al., 2007; Plener et al., 2010).

6 Schlussfolgerungen

Diese Studie zeigt die hohe Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten unter Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung. In Anbetracht der sozialen Folgen, die diese Symptomatik auslösen kann, machen die Resultate eindrücklich die Notwendigkeit von suffizienten Interventions- und Präventionsprogrammen deutlich. Der vor diesem Hintergrund völlig unbefriedigende Behandlungsstatus zeigt, dass diese Patientengruppe selbst in einer Stadt wie Basel mit einem vergleichsweise sehr guten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgungsangebot nicht adäquat erreicht wird. Dies bedeutet, dass Versorgungsstrukturen geschaffen werden müssen, welche diese Jugendlichen und ihre Familien besser erreichen, diese in eine konstante therapeutische Behandlung überführen und dort auch besser halten können. Lehrer und Schulsozialarbeiter sollten für diese Thematik sensibilisiert und aufgeklärt und die Hilfsangebote und Anlaufstellen effizienter miteinander koordiniert werden. Aktuelle Ansätze zur Prävention von selbstverletzendem Verhalten setzen bei einer frühen Identifikation der Betroffenen und einer Schulung der Beratungslehrer und Schulsozialarbeiter an, um diese Jugendlichen gegebenenfalls in eine Behandlung zu überführen (Muehlenkamp et al., 2010). In einer Studie von Commons Treloar und Lewis (2008) konnte durch Aufklärung und Information zum selbstverletzenden Verhalten von professionellen Mitarbeitern einer Klinik eine Steigerung der Empathie gegenüber Betroffenen erreicht werden. Um die selbstverletzenden Jugendlichen erfolgreich behandeln zu können, müssen Therapieformen eingesetzt werden, die psychosozial schwer belastete Familien erreichen und das soziale Umfeld (Schule, Peergroup) einbeziehen. Eventuell würden Selbstverletzer von ähnlichen Strukturen und Vernetzungsleistungen der Multisystemischen Therapie profitie-

ren. Zumindest ist die Multisystemische Therapie darin erfolgreich, erneute Suizidversuche zu vermeiden (Huey et al., 2004). Der Forschungsstand für die Einzeltherapie im Jugendalter ist noch völlig unbefriedigend, selbst für die als Methode der Wahl geltende DBT-A (Miller, Rathus, Linehan, 2006) liegen noch keine Studien mit randomisiertem Kontrollgruppendesign bei Jugendlichen, sondern „nur“ experimentelle Kontrollgruppenuntersuchungen vor (Fleischhaker et al., 2011). Vermutlich wäre es sinnvoll, Einzeltherapien mit Jugendlichen um Elemente der Angehörigenarbeit und Interventionen zur Förderung der emotional validierenden Kommunikation zu ergänzen (Fruzzetti, Santisteban, Hoffman, 2007; Schmid u. Libal, 2010).

Eine hohe therapeutische Relevanz hat der Befund, dass die von selbstverletzendem Verhalten betroffenen Jugendlichen die interaktionelle Funktion der Selbstverletzung nur selten angeben. Selbst wenn man bedenkt, dass die Ergebnisse durch sozial erwünschte Antworten verzerrt sein könnten, bedeutet es doch, dass diese Motive und potenziellen Verstärkerbedingungen von jugendlichen Selbstverletzern entweder nicht wahrgenommen werden oder mit ihrem Selbstbild nur schwer zu vereinen sind. Dies sollte bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zwingend beachtet werden.

Das Ansprechen von vermuteten interpersonellen Motiven durch den Therapeuten muss daher sehr behutsam und sensibel durchgeführt werden. Man sollte genau überprüfen, ob und unter welchen Bedingungen dies überhaupt sinnvoll ist. Für die stationäre Behandlung bedeutet dies, dass klare Konzepte zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten erarbeitet werden müssen, um interpersonelle Verstärkerbedingungen auf Verhaltensebene zu unterbrechen, da eine direkte verbale Reflektion oder gar Konfrontation hierfür vermutlich relativ wenig hilfreich und erfolgversprechend sein wird. Der Umgang mit Selbstverletzungen sollte von Behandlungsbeginn an transparent sein und man sollte besprechen, unter welchen Bedingungen Gespräche über selbstverletzendes Verhalten unter Mitpatienten stattfinden können. Durch eine klare Struktur sollte gewährleistet werden, dass die Jugendlichen unmittelbar nach dem selbstverletzenden Verhalten möglichst wenig Zuwendung erfahren, aber für alternative Handlungen konsequent verstärkt werden und viel Aufmerksamkeit und positive Verstärkung erhalten. Für die schwierige Balance aus ausreichender Beachtung und Nicht-Verstärkung empfiehlt sich das Schreiben von Verhaltensanalysen. Diese Haltung ist für die Ausrichtung von milieutherapeutischen Konzepten in stationären Settings von großer Bedeutung und zeigt wie wichtig es ist, alle Mitarbeiter entsprechend umfassend über die Ätiologie und möglichen Verstärkerbedingungen von selbstverletzendem Verhalten zu schulen, kommt es doch im pädagogischen Alltag immer wieder zu Missverständnissen und Eskalationen. Sicherlich ist vor dem Hintergrund unserer Befunde und vielfacher klinischer Erfahrung (Fabian, Dulz, Martius, 2009) eine therapeutische Haltung, in welcher man die intrapsychischen Motive betont und diese häufig und ausgiebig analysiert, viel erfolgversprechender. Aus einer genauen Analyse der innerpsychischen Nöte heraus können dann im weiteren Therapieprozess die spezifischen Beziehungs- und Autonomiebedürfnisse analysiert werden, um zu erarbeiten, wie diese durch selbstverletzendes Verhalten auf effektive,

aber höchst dysfunktionale Art und Weise befriedigt werden. In der Gestaltung der therapeutischen Beziehung sollte darauf geachtet werden, dass die Patienten neben effektiven Strategien zum Umgang mit „Ritzdruck“ auch Fähigkeiten vermittelt bekommen, um ihre Bindungs- und Autonomiebedürfnisse zu erkennen und adäquat „versorgen“ zu können, ohne ihre Symptomatik zeigen zu müssen. Hierfür benötigen Patienten anfangs viel Unterstützung, welche aber nach dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ gegeben werden sollte. Durch eine weitgehende Kontrolle der Verstärkerbedingungen, einem parallelen Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung des Verlangens nach Selbstverletzung und einer höheren Sensibilität für die Beziehungsbedürfnisse der Betroffenen in der Therapie, kann selbstverletzendes Verhalten besonders in milieutherapeutischen Settings effektiv reduziert werden.

Literatur

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M., Höschel, K. (2006). Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie. In A. Rimmel, O. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 255-271). Stuttgart: Schattauer.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics u. Adolescent Medicine*, 161, 641-649.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 775-778.
- Commons Treloar, A. J., Lewis, A. J. (2008). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 578-584.
- Fabian, E., Dulz, B., Martius, P. (2009). *Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen Therapiespektrum und klinikspezifische Behandlungskonzepte* Stuttgart: Schattauer.
- Fischer, G., Brunner, R., Parzer, P., Durkee, T., Carli, V., Wasserman, C., D., Vonderlin, E., Resch, F., Kaess, M. (2012). Depressivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit riskanter und pathologischer Internetbenutzung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 16-31.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 28, 3.
- Fortune, S., Sinclair, J., Hawton, K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 96-104.
- Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In L. A. Dimeff, K. Koerner (Hrsg.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings* (S. 222-244). New York: Guilford Press.

- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention (S. 9-27). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 183-190.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Chapmann, A. L., Reicherzer, M., Stieglitz, R. D., Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 230-236.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260-268.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379, 236-243.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 306-314.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied & Preventive Psychology*, 12, 159-168.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558.
- Plener, P. L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J. M., Libal, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 77-89.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 669-682.
- Rauber, R., Hefti, S., In-Albon, T., Schmid, M. (2012). Wie psychisch belastet fühlen sich Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 21, 23-39.

- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R. (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl 1), 92-98.
- Resch, F., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R. (2008). Prävalenz und Psychopathologie bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten. In R. Brunner, F. Resch (Hrsg.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 85-94). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext – Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner, F. Resch (Hrsg.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 195-229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Libal, G. (2010). Zur familientherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die unter Borderlinepersönlichkeitsstörung leiden. *Kontext – Zeitschrift für Familientherapie und systemische Therapie*, 41, 12-43.
- Schmid, M., Schmeck, K., Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 190-202.
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., Kelenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 211-217.
- Trewavas, C., Hasking, P., McAllister, M. (2010). Representations of non-suicidal self-injury in motion pictures. *Archives of Suicide Research*, 14, 89-103.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holli, M., Ruuttu, T., Punamäki, R. L., Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 199-206.
- Vivekananda, K. (2000). Integrating Models of Understanding Self-Injury. *Psychotherapy in Australia*, 7, 18-29.
- Welch, S. S., Linehan, M. M., Sylvers, P., Chittams, J., Rizvi, S. L. (2008). Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 45-51.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407-417.
- Whitlock, J., Lader, W., Conterio, K. (2007). The internet and self-injury: What psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1135-1143.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.
- Yates, T. M., Tracy, A. J., Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among „privileged“ youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 52-62.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager Hyman, S., Hennen, J., Gunderson, J. G. (2006). Reported Childhood Onset of Self-Mutilation Among Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders*, 20, 9-15.

Korrespondenzanschrift: Dr. Dipl.-Psych. Marc Schmid, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der UPK Basel, Schanzenstrasse 13, CH-4056 Basel;
E-Mail: Marc.Schmid@upkbs.ch

Rachel Rauber, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen und Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der UPK Basel; *Benedict Weizenegger*, Klinik Sonnenhof Ganterschwil; *Klaus Schmeck* und *Marc Schmid*, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der UPK Basel.