

Franz Petermann · Dennis Nitkowski



Selbstverletzendes Verhalten

3., überarbeitete Auflage

HOGREFE



Selbstverletzendes Verhalten

Klinische Kinderpsychologie

Band 9

Selbstverletzendes Verhalten

von Prof. Dr. Franz Petermann und Dr. Dennis Nitkowski

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Franz Petermann

Selbstverletzendes Verhalten

Erscheinungsformen, Ursachen
und Interventionsmöglichkeiten

von

Franz Petermann
und Dennis Nitkowski

unter Mitarbeit von

Sandra Achtergrade, Paul L. Plener
und Jörg M. Fegert

3., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI · SÃO PAULO

Prof. Dr. Franz Petermann, geb. 1953. Studium der Mathematik und Psychologie in Heidelberg. Seit 1991 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Bremen. Seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation.

Dr. Dennis Nitkowski, geb. 1977. Studium der Psychologie in Heidelberg. Seit 2010 Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Von 2007–2010 und seit 2013 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Kinderpsychologie der Universität Bremen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die 1. und 2. Auflage sind unter der Autorenschaft Franz Petermann und Sandra Winkel erschienen.

© 2005, 2009 und 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston ·
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: Christina Teutoburg
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn
Format: PDF
Print: ISBN 978-3-8017-2681-2
E-Book-Formate: ISBN 978-3-8409-2681-5 (PDF), ISBN 978-3-8444-2681-6 (EPUB)
<http://doi.org/10.1026/02681-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Vorwort

Selbstverletzendes Verhalten weist viele Erscheinungsformen auf und tritt im Rahmen verschiedener psychischer Störungen auf. Bei einer aktuellen Übersicht müssen deshalb Schwerpunkte gesetzt werden. Wir vertiefen insbesondere Formen und Ursachen des selbstverletzenden Verhaltens im Kontext von Impulskontrollstörungen, bei Persönlichkeitsstörungen und bei geistiger Behinderung. Bei der Darstellung der Erscheinungsformen beschränken wir uns vorwiegend auf das Jugendalter.

Sowohl Angehörige als auch professionelle Helfer sind von der Komplexität und den häufig erschreckenden Erscheinungsformen des selbstverletzenden Verhaltens massiv betroffen und suchen – vielfach vergebens – nach Erklärungen. Selbstverletzendes Verhalten kann man aufgrund verschiedener kinderpsychologischer und kinderpsychiatrischer Konzepte beschreiben und einordnen. Generell gilt zur Erklärung des selbstverletzenden Verhaltens: Wir müssen auf komplexe biopsychosoziale Konzepte zurückgreifen, wobei vermutlich der Neurobiologie eine besonders bedeutsame Rolle zukommt.

Um ein Phänomen präzise beschreiben und erklären zu können, sind die Grundlagen im Bereich der Klassifikation und Diagnostik entscheidend, um Fortschritte im Verständnis und in der Behandlung einer Auffälligkeit oder Störung zu erzielen. Beim selbstverletzenden Verhalten sind in diesem Kontext noch viele Fragen offen. Die provisorische Einordnung durch die amerikanische Psychiatrie-Gesellschaft als Diagnose, die weiterer Forschung bedarf, belegt, dass noch keine Einigkeit darüber besteht, ob selbstverletzendes Verhalten als eigenes Störungsbild anzusehen ist oder ob es sich lediglich um ein allgemeines Stresssymptom handelt, das im Rahmen verschiedener, definierter psychischer Störungen beobachtet werden kann.

Zwei Behandlungsansätze spielen gegenwärtig eine besondere Rolle: Einerseits die Dialektisch-Behaviorale Therapie vor allem zur Behandlung von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen und andererseits die Psychopharmakotherapie – in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen – bei Kindern mit geistiger Behinderung und selbstverletzendem Verhalten.

Eine Arbeitsgruppe an der Ulmer Klinik beschäftigte sich ebenfalls mit den Grundlagen, der Diagnostik und Pharmakotherapie des selbstverletzenden Verhaltens, wodurch ein produktiver Austausch in den letzten Jahren möglich war. Dieser führte dazu, dass die Ulmer Gruppe zu diesem Buch einen Beitrag zur „Psychopharmakologischen Behandlung“ (vgl. Kapitel 8.6 des Buches) beisteuerte. Bei Rückfragen zu dieser Thematik bitten wir darum, direkt mit unseren Kol-

legen in Ulm Kontakt aufzunehmen (PD. Dr. med. Paul L. Plener: paul.plener@uniklinik-ulm.de; Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de; Universität Ulm, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm). Der Ulmer Gruppe danken wir auch für den Austausch zu Themen der Psychodiagnostik. Zu diesem Thema übersetzte und adaptierte die Ulmer Gruppe folgende Verfahren (vgl. Kapitel 7.2 und 7.3): Das Self-Harm Inventory von Sansone, Wiederman und Sansone (1998a) und das Ottawa Self-Injury Inventory for Adolescents von Nixon, Cloutier und Aggarwal (2002).

Wir danken dem Hogrefe Verlag, insbesondere Frau Sarah Haase, für die Betreuung des Buches und Hendrik Schomaker für die Unterstützung bei der Gestaltung der dritten Auflage des vorliegenden Buches. Frau Dr. Sandra Achtergarde (geb. Winkel) danken wir für die Mitautorenschaft und die Gestaltung der ersten beiden Auflagen. Wir hoffen mit der Aufbereitung des Themas etwas Licht in das „Rätselhafte“ des selbstverletzenden Verhaltens gebracht zu haben.

Bremen, im Januar 2015

*Franz Petermann
Dennis Nitkowski*

Inhaltsverzeichnis

Einführung	11
Kapitel 1: Begriffsbestimmung	15
1.1 Interkultureller Aspekt: Rituale der Selbstverletzung	15
1.2 Terminologie	18
1.3 Definition	20
Kapitel 2: Selbstverletzendes Verhalten als klinisches Störungsbild	23
2.1 Klinische Erscheinungsformen	23
2.2 Möglichkeiten der Klassifikation	29
2.2.1 Ansätze und Dimensionen der Klassifikation	29
2.2.2 Die Klassifikation nach Simeon und Favazza	30
2.2.3 Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	31
Kapitel 3: Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen	35
3.1 Störungsbild	36
3.1.1 Symptome	36
3.1.2 Selbstverletzendes Verhalten: Eine Störung der Impulskontrolle?	37
3.1.3 Selbstverletzendes Verhalten: Eine Abhängigkeitsstörung?	40
3.2 Abgrenzung der Störung von anderen Störungsbildern	43
3.2.1 Abgrenzung von Suizidalität	44
3.2.2 Abgrenzung von artifiziellen Störungen	48
3.3 Epidemiologie und Verlauf	51
3.3.1 Epidemiologie	51
3.3.2 Verlauf	58
Kapitel 4: Psychische Funktionen selbstverletzenden Verhaltens	63
4.1 Selbstregulation	66
4.1.1 Eigene Gefühle sichtbar machen	66

4.1.2	Regulation von Gefühlen	67
4.1.3	Selbstbestrafung und Selbstfürsorge	72
4.1.4	Selbstverletzung und Identität	74
4.2	Bewältigung von belastenden Lebensereignissen	75
4.2.1	Ereignisse aus der Vergangenheit	75
4.2.2	Bewältigung aktueller Ereignisse	76
4.2.3	Bewältigung von Dissoziation	76
4.3	Soziale Funktionen	77
4.3.1	Kommunikation über Gefühle	77
4.3.2	Erhalt von Aufmerksamkeit und Zuwendung	77
4.3.3	Regelung von Nähe und Distanz	78
4.3.4	Soziale Beeinflussung und Kontrolle	79
4.3.5	Ausdruck von Gruppenzugehörigkeit	79
4.4	Schlussfolgerungen	81
 Kapitel 5: Die Ursachen selbstverletzenden Verhaltens		83
5.1	Erklärungsansätze	83
5.1.1	Entwicklungspsychopathologischer Ansatz	83
5.1.2	Neurowissenschaftlicher Ansatz	85
5.1.3	Psychoanalytische, psychodynamische und tiefenpsychologische Ansätze	86
5.1.4	Lerntheoretischer Ansatz	86
5.2	Risikofaktoren	95
5.2.1	Biologische Risikofaktoren	96
5.2.2	Kognitive Faktoren	97
5.2.3	Emotionale Aspekte	99
5.2.4	Soziale Faktoren	105
5.2.5	Trauma und Missbrauch	111
5.3	Psychische Störungen als Risikofaktor	114
5.3.1	Persönlichkeitsstörungen	116
5.3.2	Störungen der Impulskontrolle	118
5.3.3	Substanzmissbrauch	119
5.3.4	Essstörungen	120
5.3.5	Affektive Störungen	122
5.3.6	Dissoziative Störungen	124
5.4	Zusammenwirken der Faktoren	126
5.4.1	Das Abhängigkeitsmodell	126
5.4.2	Das Trauma-Dissoziations-Modell	127
5.4.3	Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ein integratives Modell	128

Kapitel 6: Geistige Behinderung und Entwicklungsstörungen . .	133
6.1 Stereotypes selbstverletzendes Verhalten	134
6.2 Selbstverletzendes Verhalten mit instrumentellem Charakter	136
6.3 Epidemiologie und Verlauf	137
6.3.1 Epidemiologie	137
6.3.2 Verlauf	139
6.4 Psychische Funktionen der Störung	140
6.4.1 Funktionen von stereotypem selbstverletzenden Verhalten	140
6.4.2 Funktionen von instrumentell eingesetztem selbstverletzenden Verhalten	141
6.5 Ätiologie	142
6.5.1 Genetische Ursachen	143
6.5.2 Neurochemische Faktoren	145
6.5.3 Lernprozesse als Ursache	147
6.5.4 Weitere Risikofaktoren	149
6.6 Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung	151
6.6.1 Das Modell von Lauth und Weiß	151
6.6.2 Das Modell von Guess und Carr	152
6.6.3 Selbstverletzendes Verhalten bei geistiger Behinderung: Ein integratives Modell	155
 Kapitel 7: Diagnostik	 159
7.1 Klassifikation	159
7.1.1 Einordnung als Impulskontrollstörung	160
7.1.2 Einordnung als Abhängigkeitsstörung	164
7.2 Screening und Identifikation selbstverletzenden Verhaltens	165
7.2.1 Klinische Warnzeichen	165
7.2.2 Screening mithilfe von Fragebögen und Interviews	166
7.2.3 Screening mithilfe objektiver Tests	172
7.3 Spezifische Status- und Verlaufsdiagnostik	174
7.3.1 Klinisches Interview	174
7.3.2 Standardisierte Fragebögen: Ottawa Self-Injury Inventory	177
7.3.3 Selbstverletzungstagebücher	180
7.4 Differenzialdiagnostik	181
7.5 Verhaltensdiagnostik	184
7.5.1 Verhaltensdiagnostisches Bedingungsmodell	184
7.5.2 Verhaltensdiagnostische Checkliste	186
7.6 Geschlechtseffekte, Komorbidität und Prognosen	189
7.7 Diagnostik bei geistiger Behinderung	190
7.7.1 Befragung von Angehörigen	190

7.7.2	Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalyse	191
7.7.3	Differenzialdiagnostik bei geistiger Behinderung	193
Kapitel 8: Prävention und Behandlung		195
8.1	Prävention	195
8.1.1	Prävention selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen	195
8.1.2	Prävention bei Kindern mit geistiger Behinderung	198
8.2	Vorbemerkungen zur Behandlung	199
8.2.1	Die Bedeutung frühzeitiger Interventionen	200
8.2.2	Anforderungen an professionelle Helfer	201
8.2.3	Das therapeutische Setting	202
8.3	Psychoanalytische, psychodynamische und tiefenpsychologische Therapie	204
8.4	Verhaltenstherapeutische Interventionen	206
8.4.1	Verhaltenstherapie von selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen	206
8.4.2	Verhaltenstherapie bei geistiger Behinderung	209
8.5	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	215
8.5.1	Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie	215
8.5.2	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten	219
8.5.3	Befunde zum Therapieerfolg	222
8.5.4	Modifikation und Weiterentwicklung der Therapie	225
8.6	Psychopharmakologische Behandlung	228
8.6.1	Grundlegendes	228
8.6.2	Interventionen	229
8.6.3	Empfehlungen	232
8.7	Ergänzende Maßnahmen	233
8.7.1	Information, Beratung und Selbsthilfe	233
8.7.2	Alternative Behandlungsverfahren	235
8.8	Wirksamkeit der Behandlungsverfahren	235
8.9	Angehörige im Rahmen der Behandlung selbstverletzenden Verhaltens	237
8.9.1	Reaktionen von Angehörigen	238
8.9.2	Empfehlungen für Angehörige	239
Literatur		242

Einführung

Das Verhalten von Menschen, die sich absichtlich selbst verletzen, erscheint aus der Perspektive Außenstehender unverständlich. Wie kann es in einer Gesellschaft, in der körperliche Gesundheit und Wohlbefinden zu den höchsten Werten zählen, überhaupt dazu kommen, dass manche Menschen freiwillig ihren eigenen Körper beschädigen und sich dabei Schmerzen zufügen? Das scheinbar unbegreifliche Verhalten löst bei anderen viele unterschiedliche und häufig negative Reaktionen aus: Mitleid, Befremden oder auch Gefühle von Ohnmacht zählen wohl noch zu den harmloseren Reaktionen, Diskriminierung, Wut und offene Ablehnung zu den heftigeren möglichen Antworten der Umwelt. Dieses Buch soll dazu beitragen, selbstverletzendes Verhalten in seinem Kontext und mit seinen verschiedenen Funktionen besser zu verstehen, und es sollen präventive und therapeutische Möglichkeiten aufgezeigt werden.

Selbstverletzendes Verhalten stellt kein einheitliches Phänomen dar, sondern es lässt sich anhand seiner Erscheinungsformen und auf der Grundlage seiner jeweiligen Ätiologie in verschiedene Kategorien ordnen, die gesondert betrachtet werden müssen. Die ersten beiden Kapitel des Buches befassen sich daher insbesondere mit Fragen der Begriffsbestimmung und Klassifikation. Für die psychologische Forschung stellen Selbstverletzungen ein komplexes und noch unzureichend erklärtes Phänomen dar. So ist das Konzept „selbstverletzendes Verhalten“ keineswegs eindeutig von anderen Störungsbildern abgegrenzt, und es wird mit einer Vielzahl unterschiedlicher Begriffe belegt. Insbesondere im englischsprachigen Raum herrscht eine verwirrende Vielfalt an Namen und Begriffen für dieses Störungsbild vor, die teilweise synonym gebraucht werden, teilweise jedoch auch unterschiedliche Bedeutungen implizieren. So finden sich Begriffe wie „*deliberate self-harm*“, „*self-injury*“, „*self-mutilation*“, „*wrist-cutting*“ oder „*delicate wrist-cutting*“; im Deutschen existieren neben dem häufig verwendeten Begriff „Selbstverletzung“ die ebenfalls gebräuchlichen Ausdrücke „Automutilation“, „Autoaggression“ und „Autodestruktion“. Erst in den letzten sechs Jahren hat sich international zunehmend die Bezeichnung „nonsuicidal self-injury“ (NSSI; deutsch: nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten) für das Phänomen etabliert. Da dieser Begriff bislang nicht einheitlich für selbstverletzendes Verhalten gebraucht wird, findet auch weiterhin eine Reihe von Begrifflichkeiten Verwendung.

Zum Inhalt des Buches: In Kapitel 1 werden häufig verwendete Bezeichnungen für selbstverletzendes Verhalten näher betrachtet und geordnet, und es wird versucht, eine Definition für das Phänomen „selbstverletzendes Verhalten“ herzuleiten.

Nicht nur die Arten der Benennung unterscheiden sich deutlich, auch in seinen Erscheinungsformen zeigt sich das Phänomen „selbstverletzendes Verhalten“ sehr

heterogen. Die verschiedenen Formen werden in Kapitel 2 genauer beschrieben, und unterschiedliche Möglichkeiten der Kategorisierung werden vorgestellt. Wegweisend für die Strukturierung dieses Buches sind die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), die ebenfalls in diesem Kapitel genauer dargestellt werden. Anhand dieser Leitlinien kann man die folgenden Formen unterscheiden:

- selbstverletzendes Verhalten als Manifestation einer Impulskontrollstörung,
- selbstverletzendes Verhalten bei geistiger Behinderung/Entwicklungsstörungen,
- stereotypes selbstverletzendes Verhalten sowie
- selbstverletzendes Verhalten bei endogenen Psychosen und substanzinduzierten Psychosen.

Diese Formen – abgesehen vom selbstverletzenden Verhalten bei Psychosen – werden in den folgenden Kapiteln des Buches ausführlich behandelt. Schweres selbstverletzendes Verhalten im Rahmen psychotischer Erkrankungen soll ausgeklammert werden, da es sich hierbei um sehr seltene Ereignisse handelt, die für das Kindes- und Jugendalter praktisch keine Bedeutung besitzen.

Die Kapitel 3, 4 und 5 befassen sich mit dem selbstverletzenden Verhalten als Manifestation einer Impulskontrollstörung bzw. im Rahmen psychischer Störungen. Diese Störungsform wird in Kapitel 3 mit Angaben zur Epidemiologie und zum Verlauf beschrieben. Inner- und interpsychische Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens werden in Kapitel 4 aufgezeigt. Die Kenntnis dieser Funktionen erleichtert wesentlich das Verständnis für die psychische Situation und die Motive der betroffenen Personen und ermöglicht es, Ansätze für Interventionen abzuleiten.

Kapitel 5 widmet sich dem komplexen Bereich der Ätiologie von selbstverletzendem Verhalten. Entwicklungspsychologische, hirnanatomische, psychoanalytische und lerntheoretische Erklärungsansätze werden vorgestellt. Darüber hinaus werden Risiko- und Schutzfaktoren betrachtet, welche die Entstehung dieses Verhaltens beeinflussen können. In diesem Kapitel wird versucht, auf der Grundlage bisheriger Erklärungsansätze, des Wissens über Risiko- und Schutzfaktoren sowie der dem selbstverletzenden Verhalten zugrunde liegenden Funktionen ein Bedingungsmodell zu konstruieren, das über die Entstehung und Aufrechterhaltung des Störungsbildes Aufschluss geben soll. Das Modell soll dazu dienen, die Entwicklung des problematischen Verhaltens besser zu verstehen und auf dieser Basis Ansätze der Prävention und Intervention zu begründen.

In Kapitel 6 wird selbstverletzendes Verhalten bei geistiger Behinderung und bei Entwicklungsstörungen behandelt. Selbstverletzende Verhaltensweisen mit instrumentellem Charakter und stereotypes selbstverletzendes Verhalten werden als unterscheidbare, wenn auch häufig gemeinsam auftretende Störungsbilder bei

dieser Patientengruppe dargestellt, die jeweils eigene Ursachen und psychische Funktionen aufweisen.

Kapitel 7 befasst sich mit Diagnosestrategien und Instrumenten für die Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten. Die unterschiedlichen Möglichkeiten, dem Problembereich „selbstverletzendes Verhalten“ durch präventive und therapeutische Maßnahmen zu begegnen, werden in Kapitel 8 thematisiert. Ein Schwerpunkt wird in diesem Kapitel auf die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan gelegt, die sich als wirksame Behandlungsmethode bei selbstverletzendem Verhalten bewährt hat. Die Möglichkeiten, selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen pharmakologisch zu behandeln, werden im Rahmen eines Beitrags von Paul L. Plener und Jörg M. Fegert (Universität Ulm) diskutiert. Weiterhin wird die bedeutende Rolle der Angehörigen betroffener Personen im Kontext der Therapie hervorgehoben. Schließlich werden in diesem Kapitel Hinweise zu den Möglichkeiten der Prävention in diesem Problembereich gegeben.

Es ist das grundlegende Ziel dieses Buches, deutlich zu machen, dass es sich bei den verschiedenen Formen von selbstverletzendem Verhalten um ausgesprochen komplexe und vielschichtige Phänomene handelt. In ganz besonderem Maße trifft dies wohl für selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen zu, das im Rahmen von psychischen Störungen oder als Ausdruck einer Impulskontrollstörung auftritt. Diese Tatsache begründet die Notwendigkeit eines empirisch fundierten und systematischen Vorgehens bei der Diagnostik und Therapie. Zu diesem Problembereich kann wohl am besten dann Zugang gefunden werden, wenn dem Therapeuten die zahlreichen möglichen Ursachenfaktoren bekannt sind und er zugleich die individuelle Bedingungskonstellation des betroffenen Jugendlichen im Blick behalten kann. Dieses Buch soll dazu beitragen, im Sinne der Patienten beide Aspekte zu vereinbaren.

Kapitel 1

Begriffsbestimmung

Selbstschädigendes Verhalten kann viele Formen annehmen und in direkter sowie indirekter Form gezeigt werden. Indirekte Formen bestehen zum Beispiel in der Verweigerung von Nahrung und Wasser, chronischem Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch oder der Verweigerung wichtiger Medikamente oder medizinischer Behandlungen. Aber auch ungesunde Ernährung, riskantes Verhalten beim Sport oder im Straßenverkehr sowie ungeschützter sexueller Verkehr können als indirekte Formen von selbstschädigendem Verhalten aufgefasst werden. Dabei sind jedoch die Grenzen zum Normalbereich nur sehr schwer zu ziehen. Dieses Buch beschäftigt sich mit direkten und eindeutigen Formen selbstschädigenden Verhaltens, die im Folgenden als selbstverletzendes Verhalten bezeichnet werden.

Das Konzept des selbstverletzenden Verhaltens soll im Weiteren näher bestimmt werden. Als Einstieg in dieses Thema soll in einem kurzen Abriss dargestellt werden, wie sich das Phänomen der Selbstverletzung in verschiedenen Kulturen auf unterschiedlichste Weise manifestiert. Es wird dabei deutlich werden, dass gezielte Veränderungen und Beschädigungen des eigenen Körpers nicht unbedingt Ausdruck einer psychischen Störung sein müssen, sondern je nach dem kulturellen Hintergrund ein alltäglicher, allgemein akzeptierter oder sogar verpflichtender Teil des sozialen Lebens sein können.

1.1 Interkultureller Aspekt: Rituale der Selbstverletzung

Unter Ritualen versteht man formalisierte Handlungen, die über mehrere Generationen hinweg regelmäßig wiederholt werden und welche die Traditionen, Symbole und Überzeugungen einer kulturellen oder Glaubensgemeinschaft widerspiegeln (Favazza, 1998). Ritualisierte Formen der Veränderung oder gezielten Beschädigung des eigenen Körpers findet man in fast allen menschlichen Kulturen. Die frühesten Berichte über selbstverletzendes Verhalten entstammen antiken Schriftzeugnissen (Favazza, 1998). Diese Tatsachen belegen, dass es sich bei selbstschädigendem Verhalten nicht um ein spezielles Problem unserer modernen Gesellschaft handelt, sondern um eine Variante menschlichen Handelns, die in praktisch jeder Gesellschaftsform zu finden ist. Die starke Verbreitung des Phänomens weist darauf hin, dass es sich bei diesen ritualisierten Formen von Selbst-

verletzung um kulturelle Traditionen handelt und nicht um pathologische Erscheinungen. Die überlieferten und heute noch vorkommenden Praktiken können fünf Bereichen zugeordnet werden:

- Körperschmuck,
- Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft,
- Übergangsrituale der Adoleszenz,
- religiöse Riten bzw. spirituelle Handlungen sowie
- Gesundheit und Heilung.

Körperschmuck. Bei vielen Völkern ist Körperschmuck in Form von Tätowierungen, Narben und Piercings verbreitet. Die Maori (Ureinwohner Neuseelands) tragen großflächige Tätowierungen am Körper und im Gesicht. Verschiedene afrikanische Stämme zeichnen sich durch Schmucknarben an Gesicht und Körper, durch das Anbringen von Piercings oder die gezielte Veränderung von Körperteilen aus. Ästhetisch begründete Manipulationen des Körpers können jedoch auch tiefgreifender sein als bloße Veränderungen der Haut: In Thailand leben Volksgruppen, bei denen die Hälse der Frauen durch das Anlegen schwerer Messingringe von Kindheit an künstlich verlängert werden („Langhalsfrauen“). Das in China bis ins vergangene Jahrhundert verbreitete Einbinden der Füße der Frauen, um diese zierlich zu halten, stellt ein weiteres Beispiel dar. Auch im westlichen Kulturkreis existieren ähnliche Praktiken, die in erster Linie der subjektiven Verschönerung des Körpers dienen. Tätowierungen und Piercings sind längst nicht mehr nur bei Subgruppen beliebt, und ästhetisch motivierte medizinische Prozeduren, wie das Tragen von Zahnsparren oder plastisch-chirurgische Korrekturen von Gesicht und Körper, sind prinzipiell bei allen Bevölkerungsgruppen verbreitet.

Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Manche Völker Afrikas und anderer Regionen tragen Narben oder Tätowierungen nicht nur zu Dekorationszwecken, sondern auch als Erkennungsmerkmal, das die Zugehörigkeit zum eigenen Stamm verdeutlicht. Die Körperzeichen stellen für die Stammesmitglieder ein wesentliches Merkmal ihrer sozialen Identität dar. Auch die Zugehörigkeit zu kulturellen Subgruppen innerhalb einer Gesellschaft kann auf diese Weise ausgedrückt werden (z. B. Tradition der Tätowierung bei Seeleuten).

Übergangsrituale der Adoleszenz. In vielen Kulturen müssen sich Jugendliche bestimmten Ritualen unterziehen, um in die Gemeinschaft der Erwachsenen aufgenommen zu werden, neue soziale Rollen und Status zu erwerben. Dazu können schmerzhafteste Praktiken gehören, die den Körper verändern (z. B. Ausschlagen von Zähnen, Versehen großer Hautbereiche mit Narben; Favazza, 1998). Durch diese Praktiken wird die Bedeutung der Rituale erhöht und es bietet sich den Jugendlichen eine Möglichkeit, ihre Tapferkeit und Stärke unter Beweis zu stellen. Die körperliche Veränderung symbolisiert zugleich die Akzeptanz der Regeln der sozialen Gemeinschaft.

Religiöse Rituale und spirituelle Handlungen. Im Rahmen religiöser Zeremonien finden sich bei verschiedenen Völkern und Kulturen Formen von Selbstverletzung, wie das Geißeln oder Peitschen des eigenen Körpers. Diese Handlungen beweisen die Willenskraft und moralische Stärke des Gläubigen. Rituelle selbstverletzende Handlungen haben häufig auch das Ziel, einen besonderen Bewusstseinszustand der Ganzheit oder Ekstase zu erreichen. Sie können aber auch Ausdruck von Demut und Opferbereitschaft sein. Entsprechende Phänomene sind auch aus der christlichen Religion bekannt: Zahlreiche Personen, die sich zu Lebzeiten selbst verletzten oder geißelten, wurden später heiliggesprochen. Ein noch drastischeres Beispiel dafür ist die jedes Jahr an Ostern inszenierte „Kreuzigung“ meist junger Männer der Stadt Cutud auf den Philippinen, bei der die freiwilligen Teilnehmer sich selbst geißeln und sich anschließend für einige Zeit mit Nägeln an Holzkreuze schlagen lassen, um so die Leiden Christi nachzuempfinden.

Favazza (1998) nennt weitere Beispiele aus dem Hinduismus sowie aus den Kulturkreisen der Maya und Azteken. Spezifische Funktionen, die durch die ritualisierte Verletzung von Körperteilen erfüllt werden sollen, bestehen zum Beispiel in der Besänftigung von Göttern, Geistern oder Ahnen, in der Lösung von Konflikten zwischen Gruppenmitgliedern oder verschiedenen Völkern, in der Buße für Fehlverhalten oder in der Abwendung drohenden Unheils. Es scheint so, dass Selbstverletzungen in fast allen religiösen Gemeinschaften eine wichtige Rolle bei Ritualen und Feierlichkeiten einnehmen können. Ein weiterer wichtiger Aspekt kultureller Traditionen betrifft schließlich den Bereich Gesundheit und Heilung: Um das Recht zu erlangen, andere Menschen heilen zu dürfen, müssen sich beispielsweise Schamanen sehr belastenden Ritualen unterziehen, die körperliche Selbstverletzungen beinhalten (Favazza, 1998).

Ritual oder Störung? Es stellt sich nun die Frage, ob die selbstschädigenden Praktiken, die in den verschiedenen Kulturen zu finden sind, als Zeichen einer Störung zu verstehen oder als normale Ausdrucksformen in einem spezifischen kulturellen Kontext aufzufassen sind. Nach Levenkron (1998) sollten die hier aufgeführten Praktiken nicht als selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne verstanden werden, da sie

- sozial akzeptiert,
- in ihrer Ausführung kontrolliert und
- in einen kulturellen Kontext eingebettet sind.

Diese Kriterien können zur Abgrenzung von pathologischem Verhalten herangezogen werden. Selbstverletzende Verhaltensweisen, die in einer Kultur nicht akzeptiert werden, können daher als Hinweise auf eine abweichende Entwicklung angesehen werden. Im Weiteren wird sich die Darstellung auf pathologische Formen des selbstschädigenden Verhaltens beschränken.

1.2 Terminologie

Zum Thema „selbstverletzendes Verhalten“ existiert insgesamt eine breite Basis an psychologischer Literatur. Das Störungsbild wird isoliert, im Zusammenhang definierter klinischer Syndrome und als ein Symptom unter anderen erforscht. Diese Situation steht in Zusammenhang mit einer allgemeinen konzeptuellen Unklarheit über das Wesen des Störungsbildes (vgl. Petermann & Achtergarde, 2009; 2013).

In der Literatur wird eine Vielzahl von Begriffen genannt, die wiederum uneinheitlich verwendet werden. So schließen einige Autoren in den Begriff „Selbstverletzung“ auch suizidales Verhalten oder artifizielle Störungen mit ein, während andere diese Bereiche per Definition ausschließen. Hänslı (1996; vgl. Abb. 1) gibt einen sehr detaillierten Überblick über die Bezeichnungen, die in der deutsch- und englischsprachigen Literatur verbreitet sind.

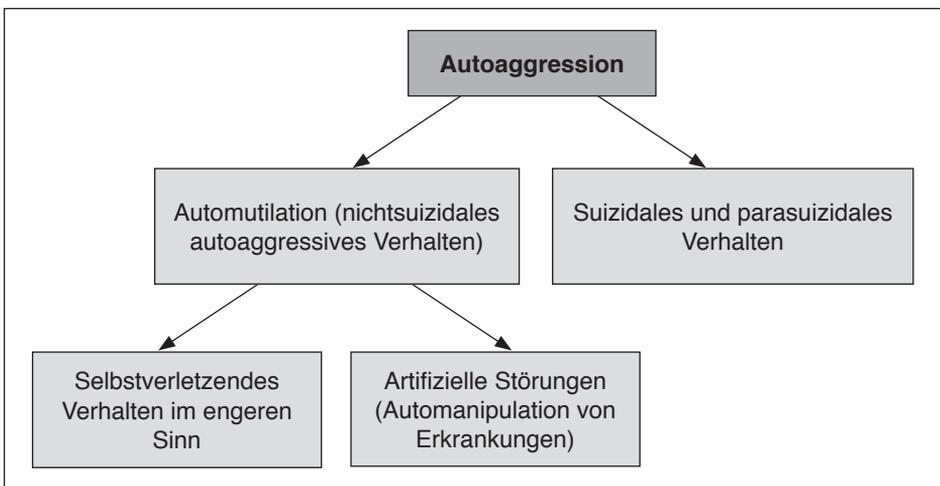


Abbildung 1: Schema der Terminologie selbstschädigenden Verhaltens (nach Hänslı, 1996)

So wird nach Hänslı im deutschsprachigen Raum häufig der Ausdruck „Autoaggression“ als Oberbegriff für alle Formen selbstschädigenden Verhaltens verwendet, wobei der Begriff „Aggression“ eher im deskriptiven Sinne verstanden werden und keine Erklärung etwa im Sinne der bekannten Aggressionstheorien implizieren soll. Autoaggression umfasst auch suizidales und parasuizidales Verhalten. Nichtsuizidales autoaggressives Verhalten wird nach Scharfetter (1991) mit dem Begriff „Automutilation“ bezeichnet. Dieser Begriff wiederum

bezieht sowohl die Automanipulation von Krankheiten (artifizielle Störungen) als auch selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne mit ein (Noeker, 2008). Abbildung 1 verdeutlicht die begrifflichen Zusammenhänge. Eine vergleichbare, anerkannte hierarchische Terminologie findet sich im angloamerikanischen Sprachraum nicht, trotz einiger Versuche, die gebräuchlichen Benennungen zu systematisieren (Hänsli, 1996; MacAniff Zila & Kiselica, 2001). Stattdessen wird eine Reihe von Ausdrücken synonym verwendet, wobei am ehesten zwischen Autoaggression und Automutilation differenziert wird (vgl. Tab. 1). Lediglich für selbstverletzendes Verhalten bei geistig behinderten Menschen und Personen mit autistischen Störungen wird durchgehend der Begriff „self-injury“ gebraucht (Hänsli, 1996; Petermann & Winkel, 2007b; Rojahn, Schroeder & Hoch, 2008).

Tabelle 1: Englischsprachige Ausdrücke für autoaggressives und automutilatives Verhalten (nach Hänsli, 1996)

Sammelbegriffe mit der Bedeutung von Autoaggression	Begriffe mit der spezifischeren Bedeutung von Automutilation
<ul style="list-style-type: none"> – self-injurious behavior – self-destructive behavior – self-damaging behavior – self-harming behavior – self-aggression 	<ul style="list-style-type: none"> – self-mutilation – deliberate self-harm – self-defacement/self-disfigurement – self-inflicted wounds – self-cutting

Aus der Vielfalt der aufgeführten Bezeichnungen lässt sich offenkundig ableiten, dass im Bereich der Forschung zum selbstverletzenden Verhalten keine zureichende Übereinkunft hinsichtlich der Terminologie besteht. Nach Muehlenkamp (2005) wurden bislang über 33 Begriffe verwendet, die selbstverletzendes Verhalten repräsentieren sollten. Diese waren unterschiedlich weit gefasst; einige davon waren sehr komplex definiert, sodass sie neben suizidalem Verhalten auch indirekte Formen der Selbstschädigung mit einschlossen, wie Promiskuität und Risikoverhalten. Nicht nur hinsichtlich dessen, welches Spektrum an Selbstschädigungen ein Begriff einschließt, gibt es Unterschiede, sondern es bestehen auch länderspezifische Unterschiede in der Auffassung, welche Bestimmungsstücke die Selbstschädigung ausmachen. Skegg (2005) weist beispielsweise daraufhin, dass „deliberate self-harm“ in Nordamerika Episoden einer körperlichen Schädigung bezeichnet, die repetitiv und ohne Suizidabsicht ausgeführt werden. In Großbritannien meint man mit diesem Begriff jedoch alle Episoden einer Selbstverletzung, die überlebt wurden, ohne Berücksichtigung, ob die betroffene Person sich mit der Handlung das Leben nehmen oder sich allein verletzen wollte.

Auch in der deutschsprachigen Literatur werden die genannten Begriffe (z. B. Autoaggression, Automutilation, Selbstschädigung) nicht immer einheitlich ver-

wendet. Dies erschwert nicht nur die Kommunikation über das Thema, sondern behindert auch die Entwicklung und Erprobung diagnostischer und therapeutischer Ansätze.

Das Ringen um eine einheitliche Definition und eine scharfe Abgrenzung zu suizidalen Handlungen hat dazu geführt, dass der Begriff „nonsuicidal self-injury“ Eingang in die Forschungsliteratur fand. Diese Bezeichnung wurde 2002 erstmals von Brown, Comtois und Linehan verwendet. In ihrer Studie an chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen wollten sie herausstellen, welche Beweggründe hinter suizidalen als auch nichtsuizidalen Selbstverletzungen standen. In Zusammenhang mit der Fragestellung war eine definitorische Klarheit zwingend, weshalb der Begriff „nonsuicidal self-injury“ verwendet wurde. Obwohl dieser Begriff schon seit mehr als zehn Jahren bekannt ist, findet er erst seit wenigen Jahren vermehrt Verwendung. Dem großen Vorteil des Begriffes „nonsuicidal self-injury“, der durch den expliziten Ausschluss einer Suizidabsicht gegeben ist, steht eine Unzulänglichkeit gegenüber: Diese ergibt sich daraus, dass eine Definition, die bezeichnet, was ein Phänomen nicht ausmacht, weder befriedigend noch präzise genug ist, um dem Phänomen selbst inhaltlich gerecht zu werden. Denn das, was „nonsuicidal self-injury“ neben dem Kernmerkmal der Schädigung des Körpergewebes (auf der Basis einer nichtsuizidalen Absicht) auszeichnet, wird je nach Forschergruppe unterschiedlich ausgelegt.

Wir lösen das Begriffsdilemma pragmatisch! Das vorliegende Buch folgt der beschriebenen Terminologie nach Scharfetter (1991) und Hänslı (1996), wobei der Schwerpunkt auf dem „selbstverletzenden Verhalten im engeren Sinne“ liegt. Was darunter genau zu verstehen ist, soll im nächsten Abschnitt näher erläutert werden.

1.3 Definition

Aus der im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Problematik der Terminologie der Selbstschädigung ergibt sich die Aufgabe, eine klare, umfassende und zugleich griffige Definition für das Phänomen der Selbstverletzung zu finden. Viele Autoren stimmen in der Ansicht überein, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten um eine absichtliche Verletzung des eigenen Körpers handelt, ohne dass jedoch eine Suizidabsicht vorliegt (Briere & Gil, 1998; Brown et al., 2002; Brunner & Resch, 2008; Chapman, Gratz & Brown, 2006; Claes & Vandereycken, 2007; Clarke & Whittaker, 1998; Favazza, 2011; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; MacAniff Zila & Kiselica, 2001; Nock, 2010; Plener, Fegert & Freyberger, 2012; Solomon & Farrand, 1996; Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen & Helenius, 1998; Walsh, 2007; Whitlock, 2010; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999).

Diese Definition ist prägnant, erfasst jedoch nicht alle wesentlichen Aspekte selbstverletzenden Verhaltens, die in den vorangegangenen Abschnitten bereits herausgearbeitet wurden. Insbesondere der Aspekt der sozialen Sanktionierung des Verhaltens fehlt in dieser Definition. Nur wenige Autoren (z. B. Claes & Vandereycken, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007) berücksichtigen, dass es sich beim selbstverletzenden Verhalten um eine sozial nicht akzeptierte Handlung handelt. Auch Scharfetter (1991) bezieht diesen Gesichtspunkt mit ein: Automutilation (und damit nach Scharfetters Terminologie auch das untergeordnete Konzept „selbstverletzendes Verhalten“) ist demnach eine „selbstzugefügte und eigenaktive, direkte, unmittelbare und konkrete, funktionell-final motivierte – ob bewusst oder unbewusst – oder eher als Automatismus ablaufende Schädigung und Deformation des eigenen Körpers, welche kulturell nicht sanktioniert und nicht direkt lebensbedrohlich ist“ (Scharfetter, 1991, S. 257). Diese Definition ist umfassend, aber auch sehr komplex und etwas unhandlich. Zudem erscheinen einige der gewählten Kriterien nicht eindeutig genug. Problematisch ist zum Beispiel, dass die Schädigung „nicht lebensbedrohlich“ sein soll. Als Abgrenzung von Suizidalität eignet sich dieses Kriterium nur bedingt, denn auch Suizidversuche sind nicht in jedem Fall lebensbedrohlich. Allerdings kann selbstverletzendes Verhalten extreme, lebensbedrohliche Formen annehmen (z. B. bei der Selbstamputation von Gliedmaßen). Entscheidend ist jedoch, ob hinter dem gezeigten Verhalten die Absicht stand, sich das Leben zu nehmen, und dies sollte auch in der Definition selbstverletzenden Verhaltens zum Ausdruck kommen, wie dies im Begriff „nonsuicidal self-injury“ der Fall ist.

Weiterhin differenziert der so definierte Begriff „Automutilation“ nicht zwischen selbstverletzendem Verhalten und artifiziellen Störungen, bei denen Krankheits-symptome künstlich erzeugt oder aufrechterhalten werden (vgl. Noeker, 2008). Es scheint jedoch sinnvoll, beide Störungsbilder voneinander abzugrenzen, da sie sich hinsichtlich ihrer Entstehung und der therapeutischen Implikationen deutlich unterscheiden (Paggen, 2003; vgl. Abschnitt 3.2.2). In einer umfassenden Definition selbstverletzenden Verhaltens sollte also ein Hinweis darauf enthalten sein, dass die Selbstschädigung in offener Form erfolgt. Darüber hinaus sind direkte Verletzungen zu fordern, um indirekte Selbstschädigungen auszuschließen. Bei diesen zeigen sich die Auswirkungen der Verletzungen erst in mehreren Handlungen über einen ausgedehnten Zeitraum, wobei die Langzeitfolgen nicht bewusst sind, in Kauf genommen oder geleugnet werden (Farberow, 1980). So werden Verhaltensweisen, die mit Substanz- oder Essstörungen verbunden sind, wie Alkoholmissbrauch oder Essanfälle, ausgeklammert, bei denen die resultierende Schädigung gewöhnlich unbeabsichtigt ist (Klonsky, 2007a).

Schließlich könnte der Ausdruck „kulturell nicht sanktioniert“ Missverständnisse auslösen, denn mit Sanktionierungen können sowohl negative wie positive Reaktionen der Umwelt gemeint sein. Wichtig ist also die Präzisierung „sozial nicht akzeptiert“. Die Aufnahme einer sozialen Perspektive in die Definition ist ent-

scheidend, um sicherzustellen, dass Piercings und Tätowierungen nicht als selbstverletzendes Verhalten gezählt werden. Piercings und Tätowierungen liegen im Allgemeinen keine Selbstschädigungsabsicht zugrunde, sondern sie dienen der Selbstdarstellung und erfolgen aus ästhetischen Gründen (Aizenman & Jensen, 2007; Claes & Vandereycken & Vertommen, 2005). Der Versuch, die zentralen Bestimmungsstücke pathologischer Selbstverletzung zu integrieren und möglichst eindeutig zu formulieren, führt demnach zu folgender Definition.

Definition des selbstverletzenden Verhaltens

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.

Diese Definition erscheint zugleich umfassend und präzise genug, um selbstverletzendes Verhalten eindeutig von anderen Formen abweichenden Verhaltens abgrenzen zu können, und breit genug, um die verschiedenen Erscheinungsformen von selbstverletzendem Verhalten integrieren zu können. Die weiteren Ausführungen in diesem Buch beruhen auf dem Verständnis von selbstverletzendem Verhalten, das dieser Definition zugrunde liegt.

Kapitel 2

Selbstverletzendes Verhalten als klinisches Störungsbild

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, welche vielfältigen Erscheinungsformen selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen annehmen kann, und wie sich diese Formen anhand verschiedener Kriterien ordnen und klassifizieren lassen.

2.1 Klinische Erscheinungsformen

Die Vielfalt selbstverletzender Verhaltensweisen. Selbstverletzendes Verhalten findet sich bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, und es kann viele unterschiedliche Formen annehmen. Beispiele aus der klinischen Praxis zeigen, dass selbstverletzendes Verhalten alle Körperteile betrifft und auf viele unterschiedliche Arten und Weisen durchgeführt werden kann. So berichtet Favazza (1992) von Selbstverletzungen an nahezu allen denkbaren Stellen des Kopfes, des Körpers und der Gliedmaßen. Neben den eigenen Händen, Fäusten, Fingernägeln und Zähnen können im Prinzip alle verfügbaren Gegenstände als Instrumente zur Selbstverletzung eingesetzt werden. Nicht nur offensichtlich geeignete Instrumente wie Messer oder Rasierklingen kommen zur Anwendung, sondern auch harmlos erscheinende Objekte wie Schmuck, Stifte oder Nagelclips können gegen den eigenen Körper eingesetzt werden (Ferentz, 2001). Besonders verbreitet sind Verletzungen der Haut, vor allem an den Gliedmaßen. Die Verletzungen können zum Beispiel durch Schnitte mit Messern, Rasierklingen, Glasscherben oder anderen scharfen Gegenständen, durch Beißen, durch Kratzen mit den Fingernägeln, durch Nadelstiche, durch Verbrennungen mit Zigaretten oder durch Verbrühungen mit heißer Flüssigkeit herbeigeführt werden (Bjärehed & Lundh, 2008; Cerutti, Presaghi, Manca & Gratz; 2012; Murray, Warm & Fox, 2005). Aber nicht nur die Haut, auch das Körperinnere wie die Atemwege und Verdauungsorgane können durch die Einnahme, das Einatmen oder die Injektion von Substanzen, Flüssigkeiten oder Gasen geschädigt werden (Bennett, Trickett & Potokar, 2009).

Bedeutung des Fließens von Blut. Für viele Betroffene ist der Anblick von Blut von zentraler Bedeutung, sodass meist bis aufs Blut gekratzt oder geritzt wird (Feldman, 1988; van Moffaert, 1990). Möglicherweise ist das Erscheinen von Blut deshalb so wichtig, weil es ein deutlich sichtbares Zeichen dafür darstellt, dass das eigene Tun eine Wirkung oder eine Veränderung herbeigeführt hat. Sein

Anblick scheint den Betroffenen das Gefühl zu geben, „wirklich“ und „lebendig“ zu sein (Ferentz, 2001).

Da die Aussagen zum Anblick von Blut, das aus einer selbst zugefügten Wunde tritt, fast ausschließlich auf Erzählungen von Betroffenen und Berichten aus der klinischen Praxis beruhen und noch keine wissenschaftliche Einschätzung vorlag, prüften Glenn und Klonsky (2010) dieses Phänomen im Rahmen einer systematischen Erhebung. Hierzu befragten sie 64 Studierende mit selbstverletzendem Verhalten unter anderem danach,

- ob es wichtig für sie sei, Blut zu sehen, nachdem sie sich geschnitten hatten,
- wie lange sie die blutende Schnittverletzung normalerweise beobachteten, und
- was die Handlung bei ihnen bewirkt.

Für mehr als die Hälfte der Studierenden war es wichtig, eine blutende Wunde zu sehen. Für diese Gruppe waren fünf oder weniger Minuten ausreichend, damit die Selbstverletzung ihre Wirkung entfalten konnte. Die Handlung selbst wurde primär als spannungslösend und beruhigend beschrieben. Ferner zeigte sich bei denjenigen, die den Wunsch äußerten, eine blutende Wunde zu sehen, eine stärker ausgeprägte Borderline- und Bulimie-Symptomatik. Dies lässt vermuten, dass der Anblick von Blut vor allem für Personen von Bedeutung ist, die psychisch stärker belastet sind.

Bevorzugte Körperregionen. Obwohl alle Körperregionen von Selbstverletzungen betroffen sein können, werden bestimmte Regionen bevorzugt. In einer Studie von Favazza und Conterio (1989) wurden 240 Frauen mit selbstverletzendem Verhalten zu ihren Methoden und den bevorzugten Körperregionen befragt. Am häufigsten wurde das Schneiden der Haut berichtet (72 %), das Sich-Verbrennen (30 %), Sich-Kratzen (22 %), das Offenhalten von Wunden (22 %), das Ausreißen von Haaren (10 %) und das Brechen eigener Knochen (8 %). Die Frauen verletzten sich vorwiegend an den Armen (74 %), aber auch am Kopf, an Brust und Bauch sowie an den Genitalien.

Briere und Gil (1998) befragten 93 Personen (davon 89 Frauen) mit selbstverletzendem Verhalten, welche Verhaltensweisen sie in welchem Ausmaß durchführen (vgl. Tab. 2). Es wurde eine große Spannweite verschiedener Verhaltensweisen erfasst, und es zeigte sich auch hier, dass das Schneiden der Haut die häufigste Form mit 71 % darstellte; aber auch das Beißen auf die Innenseiten des Mundes (60 %) und Sich-Kratzen (59 %) waren sehr verbreitet.

Genitale Selbstverletzung. Eine besondere Form selbstverletzenden Verhaltens stellen Verletzungen der Geschlechtsorgane dar, die insgesamt selten auftreten, dann aber häufig schwerwiegend sind. Aufgrund der Seltenheit des Auftretens liegen fast ausschließlich Einzelfallstudien vor. Personen mit genitalen Selbstverletzungen lassen sich nach Alao, Yolles und Huslander (1999) vier Typen zuordnen: