



Leseprobe aus Kaess und Edinger, Selbstverletzendes Verhalten, ISBN 978-3-621-28665-7
© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28665-7>

1 Einführung

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

1.1 Terminologie und Definition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Definition

Selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht.

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

1.2 Klassifikationsmodelle

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

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

Selbstschädigung vs. Selbstfürsorge

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

Ritualisierte vs. pathologische Selbstverletzung

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

gehören laut Favazza zu dieser Gruppe, da sie ritualisiert geplant sind und einen sozialen Kontext besitzen. Dem gegenüber beschreibt er die sogenannten pathologischen Selbstverletzungen, welche oben genannte Kriterien nicht erfüllen, also nicht von der Allgemeinheit akzeptiert bzw. in einen sozialen Kontext eingebettet sind. Auch Yates (2004) beschreibt die Vielfalt solcher selbstschädigender Verhaltensweisen, die von z. B. Hochrisikoverhalten über Drogenmissbrauch bis hin zu selbstzugefügten Hautschnitten reichen.

Direkte vs. indirekte Selbstschädigung

Eine andere Einteilung selbstschädigender Handlungen von Ross und McKay (1979) beschäftigt sich mit dem Aspekt der direkten oder indirekten Selbstschädigung. Diese spiegelt ebenfalls die im vorherigen Abschnitt beschriebene Definition selbstverletzenden Verhaltens wider. Als direkte selbstschädigende Handlungen werden das Zufügen von Hautschnitten, das Selbst-Beißen oder Selbst-Schlagen, das sich absichtliche Zufügen von Brandwunden und andere Formen unmittelbarer Selbstverletzung bezeichnet (Ross & McKay, 1979).

Sogenannte indirekte Formen selbstschädigenden Verhaltens sind z. B. pathologisches Essverhalten, Drogenmissbrauch oder die Verweigerung einer notwendigen medizinischen Behandlung.

Drei Dimensionen der Selbstverletzung

Pattison und Kahan (1983) übernahmen diese Klassifikation und beschrieben drei Dimensionen der Selbstverletzung: direkt – indirekt, → letal – nicht letal und → repetitiv – nicht repetitiv. Diese Einteilung wurde 2007 von Brunner und seinen Kollegen wieder aufgenommen, die in ihrer Arbeit zwischen gelegentlicher und repetitiver Selbstverletzung unterschieden (Brunner et al., 2007). Im DSM-5 findet sich mit dem Kriterium A sogar eine genaue Definition repetitiven selbstverletzenden Verhaltens: Selbstverletzendes Verhalten gilt dann als repetitiv, wenn es an 5 oder mehr Tagen im vergangenen Jahr auftrat (APA, 2013). Taliaferro und Kollegen (2018) verwenden ebenfalls den Begriff der repetitiven Selbstverletzung in Abgrenzung zur gelegentlich auftretenden Selbstverletzung und weisen darauf hin, dass der Definition »repetitiv« mindestens 10 Episoden selbstverletzenden Verhaltens zugrunde liegen sollten. Eine weitere Definition legt mindestens 6 Ereignisse selbstverletzenden Verhaltens zugrunde, um als repetitiv zu gelten (Madjar et al., 2017). Muehlenkamp und Kollegen diskutieren den Cut-off von mindestens 5 Selbstverletzungen ebenfalls kritisch und konnten zeigen, dass selbstverletzendes Verhalten an mindestens 25 Tagen stärker mit Kriterium B und C des Nichtsuizidalen selbstverletzenden Verhaltens, Depression, Borderline-Persönlichkeitsmerkmalen, Suizidgedanken und -plänen zusammenhing als selbstverletzendes Verhalten an weniger als 25 Tagen (Muehlenkamp et al., 2017).

Somit sind alle drei von Pattison und Kahan (1983) beschriebenen Dimensionen auch heute noch gültig, um selbstverletzendes Verhalten zu diskutieren und zu kategorisieren. Durch die Aufnahme des selbstverletzenden Verhaltens in das DSM-5 er-

fährt aber insbesondere die Dimension, welche sich mit der Repetition des Verhaltens beschäftigt, neue Relevanz.

Offene vs. heimliche Selbstverletzung

Hoffmann und Kollegen (2004) stellten sowohl die → artifiziiellen Störungen als auch die selbstschädigenden Verhaltensweisen unter den Überbegriff der »Autoaggression«. Dabei werden offene Selbstverletzungen von den heimlichen Selbstverletzungen, die im Rahmen sogenannter artifiziieller Störungen vorkommen, unterschieden. Während offene Selbstverletzungen für den Arzt und den Patienten als selbstverursacht zu erkennen sind, erfolgen bei den artifiziiellen Störungen die Selbstverletzungen heimlich und werden vom Patienten gezielt verschwiegen. Dadurch wird vom Patienten eine unbekannte und unverständliche Krankheit suggeriert. Diese artifiziielle Selbstschädigung dient also der künstlichen Erzeugung, → Aggravation oder Vortäuschung von körperlichen Krankheitssymptomen, um die Rolle eines Kranken einzunehmen und medizinische Versorgung erhalten zu können. Die wohl extremste und bekannteste Form der artifiziiellen Selbstschädigung ist das sogenannte Münchhausen-Syndrom. Im DSM-5 ist diese Art von Störungen eingeteilt in artifiziielle Störungen, welche sich auf die eigene Person beziehen, und solche, die sich auf andere beziehen. Das Münchhausen-Syndrom als eigener Begriff wird nicht verwendet (APA, 2013). Obwohl artifiziielle Selbstverletzungen im weiteren Verlauf dieses Buches deutlich von den hier behandelten offenen Selbstverletzungen abgegrenzt werden müssen, besteht die artifiziielle Selbstschädigung nicht selten als Komorbidität zu offenen Formen der Selbstverletzung (Petermann & Winkel, 2007).

Akt der Selbstverletzung

Betrachten wir nun die direkten, selbst herbeigeführten, offenen und nicht sozial akzeptierten Selbstschädigungen ohne suizidale Intention, so können diese unter verschiedenen Gesichtspunkten weiter klassifiziert werden. Mögliche Ansatzpunkte einer weiteren Klassifikation sind der Akt der Selbstverletzung selbst, die Lokalisation und die Häufigkeit der stattfindenden Selbstverletzung, die Schwere des dabei entstehenden Gewebsschadens sowie das psychobiologische Funktionsniveau der Patienten oder die Funktion der Selbstverletzungen (Claes & Vandereycken, 2007).

Die Klassifikation, bei der der Akt der Selbstverletzung im Mittelpunkt steht, wurde von Favazza und Simeon (1995) vorgenommen. Diese Klassifikation ist bis heute weit akzeptiert und unterscheidet vier unterschiedliche Formen der direkten Selbstverletzung:

- (1) **Stereotype Selbstverletzungen** stellen autoaggressive Handlungen dar, die besonders bei Personen mit geistigen Behinderungen, autistischen Störungen, hirnrorganischen Störungen oder schweren Stoffwechselstörungen auftreten. Die Selbstverletzungen sind relativ unabhängig vom sozialen und emotionalen Kontext und zeigen einen eher rhythmischen bzw. repetitiven Charakter (Petermann & Nitkowski, 2016).

- (2) **Majore Selbstverletzungen** finden sich im Rahmen von schweren psychiatrischen Erkrankungen wieder. Hierzu zählen organische Psychosen, schizophrene Erkrankungen, schwere affektive Störungen mit Suizidalität und auch drogeninduzierte Psychosen. Die majoren Selbstverletzungen sind oft schwerwiegend, wie etwa die → ENUKLEATION oder die AUTOKASTRATION und spiegeln somit eine tiefgehende Beeinträchtigung des Selbstbildes wider (Resch, 2001; Yates, 2004).
- (3) **Kompulsiv zwanghafte Selbstverletzungen** sind → repetitive oder ritualisierte Verhaltensweisen, die häufig als sogenannte Störung der Impulskontrolle diagnostisch kategorisiert werden. Dazu gehören Verhaltensweisen wie das Nägelbeißen oder Hautkratzen, aber auch psychiatrische Krankheitsbilder wie die Trichotillomanie.
- (4) **Impulsive Selbstverletzungen** sind typischerweise das Schneiden der Haut sowie das Selbstzufügen von Brandwunden oder das Sich-selbst-Schlagen (Petermann & Nitkowski, 2016). Unter diesen impulsiven Selbstverletzungen lassen sich episodische und repetitive Formen unterscheiden, wobei die episodische Form in die repetitive übergehen kann (Yates, 2004; Brunner et al., 2014).

Psychobiologisches Funktionsniveau

Eine Einteilung nach dem psychobiologischen Funktionsniveau im Rahmen von selbstverletzenden Handlungen unterscheidet zwischen Patienten mit mentaler Retardierung bzw. psychotischer oder hirnorganischer Erkrankung und Patienten ohne solche psychobiologischen Einschränkungen (Claes & Vandereycken, 2007). Eng mit den oben genannten Einteilungen verknüpft ist die Einteilung nach der Funktion einer Selbstverletzung: Bei Patienten mit mentaler Retardierung oder hirnorganischer Erkrankung gelten als wichtige Funktionen des zumeist stereotypen selbstverletzenden Verhaltens, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu lenken oder die sensorische Selbststimulation (Claes & Vandereycken, 2007). Unter psychotischen Patienten sind die Funktionen sehr variabel und können z. B. sexuelle oder religiöse Motive beinhalten, wie etwa die Identifikation mit dem leidenden Christus, die Strafe für begangene Sünden oder auch die Kontrolle einer → Hypersexualität. Die Funktionen des impulsiven Typs der offenen Selbstverletzung werden in den folgenden Kapiteln noch detailliert beschrieben (s. auch Abschn. 2.6).

Sprechen wir von selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen, so soll sich in den kommenden Kapiteln dieses Buches vor allen Dingen auf das impulsive und offene selbstverletzende Verhalten bezogen werden, welches in den oben genannten Klassifikationen beschrieben wurde. Andere Formen der selbstzugefügten und sozial nicht akzeptierten Schädigung von Körpergewebe in Abwesenheit suizidaler Intention wie etwa bei psychotischen Episoden, bei geistiger Retardierung oder Erkrankungen wie Trichotillomanie sind → ätiologisch anderer Natur und daher als getrenntes Phänomen zu betrachten.

1.3 Abgrenzung von suizidalem Verhalten

Mit der Einführung des Begriffs des nichtsuizidalen selbstverletzenden Verhaltens (Brown et al., 2002; Lloyd-Richardson et al., 2007) fand eine Abgrenzung zu suizidalen Verhaltensweisen statt und konkretisierte so den zuvor uneindeutigen Begriff des selbstverletzenden Verhaltens. Weiterführend hielten sowohl das Nichtsuizidale selbstverletzende Verhalten als auch die Suizidale Verhaltensstörung Einzug in die Sektion 3 des DSM-5 (APA, 2013) und bilden dort eigene diagnostische Entitäten, welche weiterem Forschungsbedarf unterliegen. Auch in der ICD-11 findet durch die Diagnose »Nichtsuizidale Selbstverletzung« eine Abgrenzung zu suizidalen Verhaltensweisen statt. Alleine diese Entwicklung trägt der Wichtigkeit einer klaren Differenzierung beider Phänomene Rechnung.

Wie bereits in den vorherigen Abschnitten beschrieben, spielt die Intention oder Absicht mit der die Selbstverletzung geschieht, bei der Klassifizierung von selbstverletzendem Verhalten eine entscheidende Rolle. Im DSM-5 stellt das Nichtvorhandensein einer Suizidabsicht ein wichtiges Kriterium dar und ist ebenfalls Bestandteil der Definition nichtsuizidalen selbstverletzenden Verhaltens (APA, 2013). Komplementär hierzu umfassen die Kriterien der Suizidalen Verhaltensstörung im DSM-5 eine klare Abgrenzung zur Nichtsuizidalen Selbstverletzung (APA, 2013). Maßgeblicher Unterschied in der Klassifikation besteht darin, dass die Suizidale Verhaltensstörung die Erwartung des handelnden Individuums voraussetzt, dass die Handlung tödlich enden wird. In der Praxis gestaltet sich die Einordnung oder überhaupt die Feststellung der Intention des Individuums als nicht immer einfach, zeigen sich Betroffene selbst häufig ambivalent hinsichtlich der eigenen Intention. Daher sollte die Intention nicht als Kategorie, sondern vielmehr als Kontinuum betrachtet werden (Brunner et al., 2014).

Und obwohl die beschriebene Trennung beider Phänomene von der Mehrheit der Fachöffentlichkeit befürwortet wird, gibt es Autoren, die nichtsuizidale Selbstverletzungen im Spektrum suizidaler Verhaltensweisen einordnen (Skegg, 2005).

Für eine Abgrenzung zwischen suizidalem und selbstverletzendem Verhalten sprechen nach Walsh (2006) zusätzlich die folgenden Argumente:

- ▶ Es besteht bei selbstverletzendem Verhalten eine unterschiedliche Intention im Vergleich zu Selbstschädigung in suizidaler Absicht.
- ▶ Selbstverletzendes Verhalten geht mit einer niedrigeren → Letalität bei höherer Chronizität einher.
- ▶ Es finden sich bei selbstverletzendem Verhalten oft mehrere unterschiedliche Methoden im Vergleich zur Suizidalität.
- ▶ Selbstverletzendes Verhalten provoziert im Gegensatz zur Suizidalität sehr unterschiedliche Reaktionen des Umfeldes.
- ▶ Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität korrelieren mit unterschiedlichen demografischen Variablen.

Zusammengefasst sprechen viele Argumente dafür, Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten als unterschiedliche Phänomene zu betrachten. Die meisten Autoren

sprechen sich daher heute für eine strikte Trennung von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität aus, wie sie ebenfalls im DSM-5 (APA, 2013) zu finden ist. Als bestes Kriterium zur exakten Trennung wird hierbei meist die Absicht, sterben zu wollen, gesehen (Plener et al., 2010). Eine entsprechende Einteilung von selbstschädigenden Verhaltensweisen unternahmen bereits Silverman und Kollegen (2007, s. Abb. 1.1).

| | | | | |
|---|--|------------------|-------------------------------|----------------|
| Selbstverschuldeter unabsichtlicher Tod | Selbstverschuldeter Tod mit vager suizidaler Absicht | Suizid | Tödliche Verletzung | Outcome |
| Selbstverletzung II | Unentschlossenes suizid-ähnliches Verhalten II | Suizidversuch II | Nicht-tödliche Verletzung | |
| Selbstverletzung I | Unentschlossenes suizid-ähnliches Verhalten I | Suizidversuch I | Geringe oder keine Verletzung | |
| Nicht vorhanden | vage | vorhanden | | |
| Suizidale Absicht | | | | |

Abbildung 1.1 Schema zur Abgrenzung von selbstverletzendem Verhalten zum Suizid(versuch) (modifiziert nach Silverman et al., 2007)

Um den Stellenwert des Parameters »Intention« zu illustrieren, soll darauf verwiesen werden, dass ähnlich wie bei der Betrachtung der Intention beim Nichtsuizidalen selbstverletzendem Verhalten auch bei der Suizidalen Verhaltensstörung politische oder religiöse Motive im Rahmen eines Suizidversuchs ein Ausschlusskriterium für die Diagnosestellung darstellen. Die genauen Kriterien der Suizidalen Verhaltensstörung können in Abgrenzung zu Nichtsuizidalen Selbstverletzungen im Anhang gefunden werden.

Ungeachtet der verschiedenen Gründe, die für eine Trennung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten sprechen, zeigt die Datenlage einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität. Tatsächlich konnte in epidemiologischen Studien eine hohe Komorbidität zwischen nichtsuizidaler Selbstverletzung und Suizidalität gefunden werden. Darüber hinaus stellt selbstverletzendes Verhalten einen wichtigen Prädiktor für suizidales Verhalten dar (Asarnow et al., 2011; Koenig, Brunner, Fischer-Waldschmidt et al., 2017).

In einer US-amerikanischen Untersuchung an kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zeigten 70 Prozent der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten bereits einen Suizidversuch in ihrer Anamnese. 55 Prozent der Befragten berichteten sogar zwei oder mehrere Suizidversuche (Nock et al., 2006). In dieser Studie fand sich auch ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Suizidversuche und der Anzahl der unterschiedlichen Methoden zur Selbstverletzung bzw. der Dauer in Jahren, in denen das selbstverletzende Verhalten bereits bestand. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass repetitive Selbstverletzer sich im Sinne einer Habituation an Angst und Schmerz der Selbstverletzungen gewöhnen und dadurch ein erhöhtes Risiko aufweisen, im wei-

teren Verlauf auch → letale Selbstverletzungen auszuführen (Joiner, 2007). Eine weitere Studie untersuchte 397 akut stationäre Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren. Hierbei konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Anzahl der Selbstverletzungsmethoden sowie riskantes Verhalten mit Suizidversuchen assoziiert waren (Stewart et al., 2017).

Auch repräsentative Studien aus der Normalbevölkerung konnten diese Beziehung zwischen Selbstverletzung und Suizidalität nachweisen. So zeigte sich in einer US-amerikanischen Internetbefragung bei 2.875 Studenten zwischen 18 und 24 Jahren ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität; gleichzeitig wiesen aber 60 Prozent der Studenten mit selbstverletzendem Verhalten keine Suizidalität auf (Whitlock & Knox, 2007). Anknüpfend an diese Untersuchung konnte die gleiche Arbeitsgruppe 2013 längsschnittliche Daten von 1.466 Studenten veröffentlichen (Whitlock et al., 2013). In 61,6 Prozent der Fälle ging selbstverletzendes Verhalten Suiziden voraus oder ging gleichsam mit Suizidalität einher. Weiterhin erhöhte selbstverletzendes Verhalten das Risiko für spätere Suizidalität.

Schon in der Heidelberger Schulstudie (Brunner et al., 2007) zeigten Jugendliche mit gelegentlich auftretenden suizidalen Ideen ein dreifach erhöhtes Risiko für gelegentliche Selbstverletzungen, während das Risiko für repetitive Selbstverletzungen siebenfach erhöht war. Jugendliche mit häufigen suizidalen Ideen wiesen sogar ein achtzehnfach erhöhtes Risiko für repetitive Selbstverletzungen auf. Insgesamt berichteten ca. 50 Prozent der Schüler mit repetitivem selbstverletzendem Verhalten, schon einmal oder mehrmals in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Da der Suizid im Jugendalter die zweithäufigste Todesursache – gleich nach Verkehrsunfällen – in Deutschland und den meisten anderen westlichen Industrieländern darstellt, ist die Abgrenzung von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität einer der wesentlichen Aspekte im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten.

Tabelle 1.1 Zusammenhänge von selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuchen in der Heidelberger Schulstudie (Brunner et al., 2007)

| Selbstverletzendes Verhalten | Suizidversuch | | |
|------------------------------|-----------------|------------------|--------------------|
| | nie (n = 5.296) | einmal (n = 332) | mehrmals (n = 121) |
| nie | 89,3 % | 41,6 % | 20,7 % |
| 1- bis 3-mal pro Jahr | 8,8 % | 38,5 % | 29,7 % |
| > 3-mal pro Jahr | 1,9 % | 19,9 % | 49,6 % |
| | 100 % | 100 % | 100 % |

Wichtig

Die genaue Exploration einer möglichen suizidalen Intention durch fachkundige Ärzte oder Therapeuten ist in jedem Falle unerlässlich, sie kann in einigen Fällen sogar lebensrettend sein.