

Selbstverletzendes Verhalten

AKJS^{SH}

Aktion Kinder- und Jugendschutz

Mehr unter:
akjs-sh.de



Seele unter „Schneidedruck“ Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter*

von Janine Trunk

In Schule, Jugendzentren und anderen Einrichtungen fällt immer wieder auf, dass Mädchen und Jungen sich selbst vorsätzlich Schmerzen und Verletzungen zufügen. Welche Funktionen hat dieses Verhalten, worauf reagieren Mädchen und Jungen, wenn sie Gewalt gegen sich selbst anwenden? In diesem Beitrag wird das Phänomen mit Bezug auf den pädagogischen Kontext thematisiert. Enttabuisierung und pädagogische Thematisierung sind insbesondere in Gruppen hilfreich, in denen es gehäuft und immer wieder vorkommt. In der Arbeit mit Betroffenen gelten Aufmerksamkeit und Zuwendung der Person. Auch im pädagogischen Setting können Skills (unschädliche Ersatzhandlungen) eingeübt oder verabredet werden.

Das komplexe Phänomen Selbstverletzendes Verhalten gesellt sich – außerhalb des Kontextes psychischer Störungen – zu anderen Risikoverhaltensweisen Heranwachsender. Die absichtliche Verletzung des eigenen Körpers wird von etwa 4 % der Jugendlichen zur Problembewältigung eingesetzt und kann Ausdruck der Umwandlung psychischen Schmerzes in körperlichen sein. Zum Verständnis von Selbstverletzendem Verhalten junger Menschen sind die Betrachtung seiner Entstehung, seiner inter- und intrapsychischen Funktionen sowie ein Verständnis für individuelle Motive und die Erarbeitung von Verhaltensalternativen mit Betroffenen bedeutsam. Neben der zugewandten und offenen Ansprache Heranwachsender im Verdachtsfall und ggf. der Vermittlung an Beratungs- und Therapieangebote kommt der Prävention von Selbstverletzendem Verhalten besondere Wichtigkeit zu. Das frühzeitige Erlernen des Umgangs mit einem – in der Lebensphase des Heranwachsenden – oft verwirrenden Gefühlsspektrums und die Regulation von Beziehungen können zur psychischen Stärkung Jugendlicher beitragen und Risikoverhalten wie Selbstverletzungen vermeiden helfen.

Was ist „Selbstverletzendes Verhalten“ (SVV)?

Unter dem sperrigen Fachterminus „nicht-suizidales Selbstverletzendes Verhalten“ (nSVV) wird per Definition die absichtliche und direkte Verletzung des eigenen Körpers verstanden¹. Ritzen oder Schneiden in die Haut ist daher durch die unmittelbaren Effekte des Schmerzerlebens und ggf. der Wundversorgung von indirekten Formen der Selbstverletzung, wie beispielsweise Substanzkonsum oder gestörtem Essverhalten, abzugrenzen. SVV geht in der Regel nicht mit einer Selbsttötungsabsicht einher und ist sozial nicht akzeptiert – im Unterschied zu verschiedenen Varianten des Körperschmucks, wie Piercings oder Tätowierungen, die auch mit Schmerzerleben und oberflächlichen Verletzungen der Haut einhergehen, aber mittlerweile zunehmend gesellschaftliche Akzeptanz erfahren.

Repräsentative Untersuchungen an deutschen Schulen zeigen, dass Ritzen nicht ausschließlich im Kontext psychischer Störungen mit Krankheitswert, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder schweren Depressionen, beobachtet wird. Es gesellt sich zu anderen Risikoverhaltensweisen mit einem Häufigkeitsgipfel im Jugendalter (Diät halten, Drogenkonsum, Mutproben etc.): So gibt etwa jede vierte Schülerin bzw. jeder vierte Schüler der neunten Jahrgangsstufe an, sich schon einmal selbst vorsätzlich, z. B. unter Verwendung einer Rasierklinge, verletzt zu haben. Etwa 4 % der Jugendlichen dieser Altersgruppe setzen Ritzen regelmäßig zur Problembewältigung ein². Im Vergleich dazu wird die Häufigkeit der Anorexia nervosa (Magersucht), ebenfalls mit einem Erkrankungsgipfel im Jugendalter, auf 0,1 bis 1 % geschätzt³ und 21,8 % der Mädchen stehen 11,9 % der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren gegenüber, die gewichtsregulierende Maßnahmen, wie Diät halten oder exzessives Sporttreiben umsetzen, ohne dass eine manifeste Essstörung vorliegt⁴.

1 Vgl. Petermann/Nitkowski 2015.

2 Vgl. Rauber/Hefti/ In-Albon 2012 sowie Resch/Parzer/Brunner & the BELLA study group 2008.

3 Vgl. Fichter 2015.

4 HBSC-Studienverbund Deutschland 2015, S. 1.

Funktionen des SVV

SVV ist ein komplexes und vielschichtiges Phänomen. Zum Verständnis ist die Betrachtung der Funktionen, die es erfüllt, oft sehr wichtig. Grob werden hier zwei Dimensionen unterschieden, die sogenannte intrapsychischen Funktionen und zum zweiten die interpsychischen Funktionen⁵.

So kann SVV zum Beispiel im Einzelfall intrapsychisch funktional sein, um Anspannung, diffuse Erregung, unangenehm oder als nicht aushaltbar erlebte Gefühle oder innere Leere zu regulieren: Psychischer Schmerz wird symbolisch in einen körperlichen Schmerz umgewandelt – dieser wird im Gegensatz zu psychischem Leiden oft als kontrollierbarer erlebt. Hier ist allerdings eine Parallele zur Suchtentwicklung zu erkennen: Neben einer „Toleranzentwicklung“ gegenüber dem Schmerz oder der Fortführung des Verhaltens trotz Kenntnis gesundheitsschädigender Folgen ist hier v. a. der Kontrollverlust über Beginn und Schwere der Verletzungen hervorzuheben. Die entspannenden und teilweise euphorisierend, einem Rauscherleben ähnelnd, beschriebenen Effekte von SVV sind durch freigesetzte Endorphine zu erklären, da Schmerzimpulse die Opioidrezeptoren stimulieren. Diese Verstärkung auf biochemischer Ebene unterstreicht den „Suchtcharakter“ von SVV und erklärt die Beibehaltung von SVV, wenn es einige Male zur Problembewältigung, z. B. durch Reduktion der Anspannung, beigetragen hat.

Interpsychisch kommt SVV ebenfalls eine regulierende Funktion zu. Betroffene können über Verletzungen Nähe und Distanz zu anderen Menschen regulieren, Zuwendung erhalten, Schonung erfahren und Gruppenzugehörigkeit stärken.

„Gute Gründe“ und Prädispositionen

Im Kontakt mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen, ist die Kenntnis dieser Funktionen, der sogenannten „guten Gründe“ für die Umsetzung des Verhaltens wichtig, um ein Verständnis für die individuelle Motivlage zu entwickeln und gemeinsam mit Betroffenen Verhaltensalternativen erarbeiten zu können.

Die Funktionen erklären aber nicht die Entstehung von SVV hinreichend, sondern vielmehr die Aufrechterhaltung. In vorliegenden Modellen zur Entstehung von SVV⁶ werden Wechselwirkungen genetischer Prädispositionen mit ungünstigen Sozialisationserfahrungen angenommen. Letztere können bis in die frühe Kindheit reichen und stark frustrierende Erlebnisse in der Eltern-Kind-Interaktion, Misshandlungen und sexuellen sowie seelischen Missbrauch (Invalidierung) einschließen. Die genetische Grundlage scheint in einer Überaktivierung des Stressregulationssystems zu liegen. Das lässt sich teilweise schon sehr früh bei hyperreagiblen (stark irritierbaren und unruhigen) Säuglingen beobachten, die ihre Familie wiederum vor besondere Herausforderungen beim Übergang zur Elternschaft stellen. Eine Überregulation des Stresssystems bedeutet, dass Gefühle häufiger und deutlich intensiver erlebt werden und die Grundanspannung und das basale Stresslevel im Vergleich zu anderen Kindern erhöht sind. Diese Kinder brauchen dann eine besonders einfühlsame und zugewandte Interaktionsgestaltung und vor allem Fremdregulation durch Bezugspersonen, sodass sie befähigt werden, die stark und oft bedrohlich empfundenen Gefühle und Affekte zunehmend selbst zu regulieren. Deutlich wird hier ein sich negativ verstärkender und aufschaukelnder Prozess, wenn hyperreagible Kinder auf eine wenig sensitive Umgebung stoßen. Entwicklungsergebnisse können dann dysfunktionale Strategien im Umgang mit Gefühlen, in der Selbstregulation, in der Gestaltung sozialer Beziehungen und im Selbstwert sein – ein Fundament, das gerade im Jugendalter, in dem eine Reihe vielfältiger Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind, die Problembewältigungskompetenzen des Jugendlichen stark beeinträchtigen kann.

Einfluss des Ausprobierens oder Nachahmens

In Krisen kann SVV durch eine zufällige Verletzung und dem damit einhergehenden beruhigenden Effekt „entdeckt“ und als Problemlösungsstrategie fortgeführt werden. Oder das Verhalten wird nachgeahmt oder „auch mal ausprobiert“. Nicht zu unterschätzen ist der Einfluss von „Idolen der Jugend“, die teilweise vorleben, den Körper als Leinwand benutzen oder durch schmerzhaft Operationen verändern zu können.

5 Vgl. Petermann/Nitkowski 2015.

6 Vgl. etwa Petermann/Nitkowski 2015.

Der Wert eines gesunden Körpers scheint – auch durch (medizin-) technische Möglichkeiten – austauschbar und veränderbar geworden zu sein⁷. Die Relevanz sozialer Medien für die Entstehung von SVV unterstreichen Ergebnisse einer aktuellen Studie: Demnach tauschen sich viele Jugendliche über Foren und Chats über Techniken der Selbstverletzung aus, posten Bilder mit „Likes“ oder motivieren sich zum SVV⁸, was verstärkend wirken kann und besondere Aufmerksamkeit im Jugendschutz und Aufklärung der Webseitenbetreiber erforderlich macht⁹. Ob SVV jedoch regelmäßig zur Problembewältigung eingesetzt wird, hängt vor allem von den kurzfristigen und aufrechterhaltenden Konsequenzen ab: Wird die eintretende Beruhigung positiv bewertet? Reguliert sich die innere Anspannung? Werde ich in meiner Bezugsgruppe abgelehnt oder mehr wahrgenommen?

Zugewandtheit ist hilfreich

In der Arbeit mit Jugendlichen sollte bei Verdacht auf SVV das Verhalten wohlwollend und zugewandt angesprochen werden. Oft sind Betroffene erleichtert, wenn sie nicht abgelehnt werden und nicht selbst den ersten Schritt machen müssen. Je nach Setting (z. B. Schule) sollte abgewogen werden, ob eine Ansprechpartnerin bzw. ein Ansprechpartner (z. B. Schulsozialarbeiterin bzw. -sozialarbeiter) vor Ort ausreicht oder ob grundlegend an dem Umgang mit Gefühlen gearbeitet werden sollte. Dann empfiehlt sich eine Zusammenarbeit bzw. Vermittlung an Kolleginnen bzw. oder Kollegen in Beratungsstellen oder an Psychotherapeutinnen oder -therapeuten. Durch die Psychotherapie reform 2017 und ausstehende Anpassungen in der Bedarfsplanung sollte es zunehmend möglich sein, Jugendliche niedrigschwellig psychotherapeutisch anzubinden¹⁰.

SVV in Gruppen thematisieren?

Auch in Gruppen sollte SVV im Anlassfall konkret besprochen werden.

Das ist insbesondere in Settings mit hoher Risikoverdichtung von Bedeutung, wie in der stationären Jugendhilfe, in Mädchengruppen, in Unterkünften für geflüchtete Menschen. Hier liegen mittlerweile Regelwerke für den Umgang mit SVV in Gruppen vor, die therapeutischen Prinzipien im stationären Alltag entlehnt sind¹¹.

Nicht durch Aufmerksamkeit verstärken

Hervorzuheben ist, dass Aufmerksamkeit auf SVV entzogen werden sollte, d. h., Verletzungen nicht offen gezeigt oder durch auffällige Verbände „zur Schau gestellt“ werden sollen. Damit sollen Mitschülerinnen und Mitschüler geschützt und das Verhalten durch besondere Aufmerksamkeitszuwendung nicht verstärkt werden. Bei „Schneidedruck“ können Betroffene den Klassenraum unter Verwendung eines besprochenen Zeichens (wie einer Notfallkarte) verlassen, allerdings nur, wenn sie ausreichend über Kompetenzen verfügen, sich mit sog. „Skills“¹² zu regulieren.

Prävention

Die Prävention von SVV ist vor dem Hintergrund der skizzierten Entstehungsbedingungen von besonderer Wichtigkeit: Es geht hier vor allem um den Umgang mit Gefühlen, um die Regulation von Beziehungen und das sozial angemessene Ausdrücken von Frustrationen und Enttäuschungen. Den Umgang mit unserem oft verwirrenden Gefühlsspektrum kann man gar nicht früh genug lernen. Entsprechende lebensweltorientierte und an das Alter der jeweiligen Zielgruppe angepasste Programme werden teilweise schon ab dem Kindergartenalter¹³ umgesetzt.

*Erstveröffentlichung des Artikels: Trunk, Janine: „Seele unter, Schneidedruck“. Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter“. In: THEMA JUGEND. Zeitschrift für Jugendschutz und Erziehung. Ausgabe 3/2019, S. 8–10.

7 Vgl. Liebsch 2018.

8 Vgl. Brown u. a. 2018. Siehe auch die Studie von Arendt/Scherr/Romer 2019.

9 Siehe etwa www.jugendschutz.net.

10 Für weitere Informationen siehe www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservicestellen.html.

11 Ein umfassendes Projekt für Schulen ist „4S: Schulen stark machen gegen Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten“, Informationen unter www.projekt-4s.de/.

12 Eine Übersicht zu Skills findet sich z. B. unter www.klinikum-westmuensterland.de/rhede/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/Konkrete-Skillsammlung.pdf.

13 Siehe hierzu etwa das gemeinnützige Sozialunternehmen Papilio, das Präventionsprogramme für Kindertagesstätten und Grundschulen entwickelt und verbreitet (www.papilio.de).

Literaturhinweise:

Arendt, Florian/Scherr, Sebastian/Romer, Daniel: Effects of exposure to self-harm on social media: Evidence from a two-wave panel study among young adults. In: *New Media & Society* 2019. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1461444819850106> (Stand 05.08.2019).

Brown, Rebecca C. u. a.: #Cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. In: *Psychological Medicine* 48 (2018), S. 337–364.

https://www.researchgate.net/publication/318431172_cutting_Non-suicidal_self-injury_NSSI_on_Instagram (Stand 5.8.2019).

Fichter, Manfred: Epidemiologie der Essstörungen. In: Herpertz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg 2015, S. 45–55.

Liebsch, Katharina: „Ritzen“ im Zeitalter der gesellschaftlichen Verfügbarkeit des Körpers. In: *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis* 63/1 (2018), S. 3–7.

Petermann, Franz/ Nitkowski, Dennis: *Selbstverletzendes Verhalten – Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*. Göttingen 2015.

Rauber, Rachel/Hefti, Stephanie/In-Albon, Tina u. a.: Wie psychisch belastet fühlen sich Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? In: *Kindheit und Entwicklung* 21/1 (2012) S. 23–39.

Resch, Franz/Parzer, Peter/ Brunner, Romuald & the BELLA study group (Hrsg.): *Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: Results of the BELLA study*. In: *European Child and Adolescent Psychiatry* 17 (2008) S. 92–98.

HBSC-Studienverbund Deutschland (Hrsg.): *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“* 2015. http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_koerperbild_diaetverhalten_2013_14.pdf (Stand 22.05.2018).

Aktion Kinder- und Jugendschutz S-H e. V. in Kooperation mit der Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in S-H e. V.



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung in Schleswig-Holstein e.V.

Impressum

Herausgeber:

Aktion Kinder- und Jugendschutz
Schleswig-Holstein e. V.
Fachstelle für Prävention
Flämische Str. 6–10, 24103 Kiel
0431/2 60 68 78
info@akjs-sh.de
www.akjs-sh.de

Für die Inhalte von Internetseiten,
auf diese Handreichung hinweist bzw. die
sie zitiert, wird keine Haftung übernommen.
Die Texte und die Gestaltung der Broschüre sind
urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und
Nachverwendung, auch auszugsweise, sind nur
nach ausdrücklicher Genehmigung zulässig.

Bildnachweis
Barbara-Maria Damrau (adobe.stock.com)