



Selbstverletzendes Verhalten und frühe Störungen in der Entwicklung

Interne Fortbildung der Kinder- und Jugendhilfe St. Josef

am 3. April 2017

Gliederung der Fortbildung:

- 1. Begriffsbestimmung
- 2. Indirektes und direktes Selbstverletzendes Verhalten
- 3. Risikofaktoren und mögliche Auslöser
- 4. Frühe Störungen
- 5. Trauma
- 6. Bindung
- 7. Was passiert bei SelbstverletzerInnen?
- 8. Abgrenzung Differentialdiagnostik – Psychiatrische Störungsbilder in Verbindung mit Selbstverletzendem Verhalten
- 9. Umgang im pädagogischen Alltag
- 10. Mögliche Alternativen
- 11. Studienergebnisse und Umgang mit Nachahmern
- 12. Fallarbeit

Auszüge aus der Fortbildungsveranstaltung:

Selbstverletzendes Verhalten ist **kein eigenständiges Störungsbild**, sondern kann als **Symptom Bestandteil unterschiedlicher psychiatrischer Störungsbilder** sein.

Aus fachlicher Sicht gibt es verschiedene Definitionen: Eine mögliche Definition beinhaltet die gezielte oder bewusste Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers ohne suizidale Absicht, wobei dieses Verhalten aber sozial nicht akzeptiert ist und zum Abbau psychischer Spannungen durchgeführt wird.

SelbstverletzerInnen beschreiben ihre Sichtweise: „(...) lustvolle Erlösung und Befreiung meiner Seele und Abbau von Hochstress mit euphorischer Wirkung. Der im akuten Moment unfühlbare Schmerz ist eine Handlung der Selbstfürsorge, Kontrolle und der glückliche Beweis, dass ich am Leben bin.“

Unterschieden wird zwischen Indirektem Selbstverletzenden Verhalten und Direktem Selbstverletzenden Verhalten:

Indirektes Selbstverletzendes Verhalten beinhaltet die Verweigerung von Nahrung und Wasser; Chronischer Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch; Verweigerung medizinischer Behandlungen; Hochrisikoverhalten jeglicher Art (Sport, Straßenverkehr) oder auch eine hohe Gewaltbereitschaft und das Inszenieren von Aggression.

Direktes Selbstverletzendes Verhalten zeigt sich durch das Initiieren eines Verhaltens, mit dem eine Selbstschädigung bewirkt werden soll. Der Einnahme einer ungenießbaren Substanz, Einnahme einer Substanz in größeren Mengen als ärztlich verordnet oder die Einnahme illegaler Drogen, wenn damit eine Selbstschädigung bewirkt werden soll. Beispiele für das Initiieren eines selbstschädigenden Verhaltens: Schneiden; Ritzen; Stechen; Zufügen oberflächlicher Hautverletzungen (Aufkratzen, Beißen); massives Kratzen an Wunden und Krusten; Verbrennungen (Zigaretten, Deospray); Verbrühungen (extrem heiß duschen); Verätzungen; Abschnüren von Körperteilen; extremes Nägelkauen; sich selbst schlagen, Kopf gegen die Wand schlagen; Knochenbrüche verursachen oder Einführen von Gegenständen unter die Haut oder Körperöffnungen.

Risikofaktoren und **mögliche Auslöser** sind **individuell unterschiedlich** zu betrachten. Sehr häufig gehen **traumatische Erfahrungen** voraus, in Folge von massiven Gewalterfahrungen (Missbrauch, Misshandlung, Deprivation). **Störungen in der kindlichen Entwicklung** sowie **Bindungsstörungen** – frühe Störungen – begünstigen die Symptomatik der Selbstverletzung. Mangelndes Vertrauen in sich und andere Menschen, ein negatives Selbstkonzept und dem daraus resultierenden instabilen Selbstwert, eine Identitätsproblematik, Pubertät und Adoleszenzkrise. Aber auch psychische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, ein **Mangel an Bewältigungsstrategien** im Umgang mit Stress und Anforderungen, angestaute Aggression, Mobbing und soziale Isolation. Modeerscheinungen und Nachahmung (Zusammengehörigkeitsgefühle, gemeinsamer Frust und Protest gegen die aktuellen Lebensbedingungen, Mutprobe) kann ebenso als Auslöser in Betracht kommen. Auf der Beziehungsebene gestaltet sich die Funktion darin, seine eigene Verzweiflung zu demonstrieren, Zuwendung und Aufmerksamkeit bzw. Hilfe aus der Umwelt zu erfahren und seine Mitmenschen zu manipulieren. Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass nur eine Minderheit der Jugendlichen mit Selbstverletzungen Aufmerksamkeit erlangen möchten.

Frühe Störungen in der Entwicklung

- „Damit sind Störungen in der Entwicklung einer Person während der ersten drei Lebensjahre gemeint, die zu ernsthaften und andauernden Schädigungen in der späteren Entwicklung führen können“ (Stumm und Pritz, 1999)
- Annahme: Stabiles Selbst mit Schutz- und Verarbeitungsmechanismen bildet sich erst im Kontext der Entwicklung.
- Bei Überforderung/ Traumatisierung: Schutzmechanismen sichern das Überleben, Wahrnehmung und Verarbeitung affektiver Spannungen können nicht wachsen = Persönlichkeitsstörungen, Suchtentwicklung, psychosomatische Erkrankungen sind die Folge.

- „Frühe Störungen“ keine eigene diagnostische Kategorie, jedoch relevante Bedeutung der weiteren Entwicklung.

Psychosoziale Entwicklung nach Erikson

Konflikt	Urvertrauen gegen Urmisstrauen	Autonomie gegen Scham und Zweifel	Initiative gegen Schuldgefühl	Werksinn gegen Minderwertigkeit	Identität gegen Ich-Identitätsdiffusion
Lebensalter	1. Lebensjahr	2.-3. Lebensjahr	4.-6. Lebensjahr	6.Lj -Pubertät	Jugendalter
Beschreibung des Konflikts	Emotionale Bindung an Bezugspersonen	Regeln lernen	Suche nach Ich-Identität (Orientierung an den Eltern)	Schulisches Lernen	Integration der Facetten des Selbstkonzeptes
Resultat einer angemessenen Lösung	Stabiles Sicherheitsbewusstsein	Selbstwahrnehmung als Handelnder	Vertrauen auf eigene Initiative, Kreativität	Vertrauen auf eigene Leistung	Vertrauen in eigene Person
Resultat einer unangemessenen Lösung	Unsicherheit, Angst	Zweifel an eigener Kontrolle über Ereignisse	Mangelndes Selbstvertrauen	Mangelndes Vertrauen in eigene Leistung	Schwankendes unsicheres Selbstbewusstsein

Weshalb ist bei selbstschädigendem Verhalten der Körper Ausdruck der seelischen Problematik?

- Entwicklungsphasen nach Erickson: Vertrauen vs. Misstrauen, evtl. auch Autonomie vs. Scham und Zweifel
- Bindungsstörung: Da Selbstentwicklung in direktem Bezug auf die wichtigsten frühen Bezugspersonen stattfindet (Sicherheit, Containment).
- Gefühle sind in diesen frühen Entwicklungsphasen noch nicht mentalisiert oder sprachlich repräsentiert aber auf Körperebene abgespeichert, zumeist als diffuse Gefühle
- Es gibt kein klar abgegrenztes Ich
 - **Funktion:** Wahrnehmung des eigenen Ichs (Grenze, Schutz vor Fragmentierung)

Trauma

- Def: Traumatische Erfahrungen, sind Erlebnisse die für die jeweilige Person körperlich und/oder psychisch existentiell bedrohlich erlebt werden
- Diese verursachen heftigste physiologische Reaktionen und werden in der Folge anders abgespeichert als „normale“ Erfahrungen
- Z.B. ohne emotionale Verbindung, der Sprache nicht zugänglich oder werden unbewusst

- Neben einem oft gut funktionierendem Selbst, gibt es somit Erfahrungen, die vom übrigen Erleben **abgespalten** sind
- **Funktion:** Stoppen (diffuser) auftauchender Bilder, Gefühle, Erinnerungen und damit Wiederverankerung im Hier und Jetzt

Das in der stationären Kinder- und Jugendhilfe betreute Klientel bringt oft beide Erfahrungen mit

- **frühe Bindungstraumata**

Weshalb kommt es in der Adoleszenz zu selbstschädigendem Verhalten?

- **Entwicklungsaufgabe: Wer bin ich?**

Damit verbunden ist das Infragestellen vorher erreichter Gewissheiten.

- Regression (frühere Entwicklungsstufen werden wieder aktuell)
- **Zentrierung auf den Körper**

- Verunsicherung aufgrund der körperlichen Veränderungen
- Bedeutung für Beziehungen (sexuelle Beziehungen, PartnerInnensuche)

!! Es gibt Pubertätskrisen, die auch ohne Vorbelastungen zu massiven Symptomatiken führen.

Was passiert bei SelbstverletzerInnen?

1. „Trigger“
2. Hochstress und Hochspannung
3. Extremer Druck
4. Suchtdruck
5. Kontrollverlust
6. Überflutung des Ichs mit negativen Gefühlen und Gedanken
7. Gefühl von Ohnmacht und Leere
8. Angst, Verzweiflung, Panik, Chaos
9. Spaltung zwischen Körper und Ich (**Dissoziativer Zustand**)
10. Völliger Verlust des Körpergefühls
11. SSV als letzte Lösungsinstanz

Funktionalität

- Selbstverletzendes Verhalten ist kein Suizidversuch, keine Tötungsabsicht.
- Dissoziativer Zustand wird beendet
- Durch Selbstverletzendes Verhalten werden unerwünschte Emotionen bewältigt, ist nötig um über Emotionen zu kommunizieren.
- Selbstverletzendes Verhalten ist oft die einzige Chance um Kontrolle und Ordnung wiederherzustellen.
- Hilfe aus der Umwelt zu erhalten

- Hemmschwelle sinkt mit der Anzahl der Ausführungen
- Angenehme Stimulation wird erzeugt
- „Teufelskreis“, wird zur Sucht

Abgrenzung Differenzialdiagnostik

- Stereotypes selbstschädigendes Verhalten (z.B. bei einer stereotypen Bewegungsstörung F 98.4)
- Selbststimulierende Verhaltensweisen (bei Kinder mit sensorischen Defiziten)
- Suizidales Verhalten
- Zwangshandlungen
- Münchhausen- by-Proxy- Syndrom, artifizielle Störungen

Psychiatrische Störungsbilder in Verbindung mit Selbstverletzendem Verhalten

- Emotional- instabile Persönlichkeitsentwicklung vom Borderline- Typ
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Körperschemastörung/ Essstörung
- Depression
- Angststörung
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (d.h. Autismus)
- Zwangsstörungen
- Schizophrene Psychosen
- Drogen- und Alkoholabhängigkeit
- Hirnorganischen Erkrankungen (Epilepsie, chronische Enzephalitis, Folgen von Schädel- Hirn- Verletzungen)

Umgang im pädagogischen Alltag

- Grundvoraussetzung zur Veränderung ist der **eigene Wille** und ein **äußerer Rahmen/ Halt**.
- Klare Absprachen treffen (individuelle Regelungen!) zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten
- Verständnis für die innere Not entgegen bringen, Empathie zeigen und ausdrücken.
- Nicht verurteilen, nicht bestrafen, keinen Druck ausüben.
- Ruhig bleiben, eigene innere Bilder in den Hintergrund stellen.
- Nachfragen, Bleiben, Beständigkeit, Beziehung anbieten (vordergründig nicht für das selbstverletzende Verhalten)
- offen, ehrlich und wertfrei sein, Transparenz schaffen, „Ent- Tabuisierung“ der Thematik
- Bildung von Helfersystemen, was kann die Gruppe leisten? Thematisieren in der Gesamtgruppe.
- „Trigger“ vermeiden
- Verminderung von Schuldgefühlen „Du bist nicht verrückt“
- Dissoziativer Zustand, ist eine Reflexion/ Bearbeitung möglich?

- Ziel herausfinden (Ursachen), was hinter dem Drang steht, was erreicht werden soll um dann Alternativen zu erlernen und zu trainieren

Möglichen Alternativen

- Starke sensorische Reize auf verschiedenen Kanälen z.B.
 - Geruch (scharf, beißend – stechend: Essig, Amoniak, Meerrettich)
 - Geschmack (scharf, sauer, bitter)
 - Taktil (Temperatur)
 - Kinetisch (Muskulatur: starke isotonische/ isometrische Anspannung)
 - Auditiv (Geräusche, Töne, Klänge: dissonant, laut und schrill, muss geplant sein)
- Andere Formen der Stimulierung gönnen (auf Bassbox legen, sich durch Bewegung erschöpfen...)
- Sich etwas Gutes tun, Gesellschaft suchen, Ablenkung, Kreatives Tun.
- Sich von Gelegenheiten und Orten, die selbstverletzendes Verhalten möglich machen, fernhalten.
- Entspannungseinheiten
- Notfall- Koffer erstellen
- Konkrete Ersatzhandlungen, sog. **Skills**, ausführen. Diese müssen geübt und trainiert werden.

Studienergebnisse

- Häufigkeit (in der Allgemeinbevölkerung:0,6-0,75%; bei stationär behandelten kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten: ca. 4 %; bei Persönlichkeitsstörungen: ca.35 %)
- Im Kindesalter ist SSV eher selten, wird aber beobachtet bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autismus), Intelligenzminderung und hirnorganischen Erkrankungen.
- Genderaspekt: SSV bei Mädchen konstant höher als bei Jungen, unterdrückte Aggression; Mädchen- und Frauenspezifisches Verhalten, das an gesellschaftliche Bedingungen geknüpft ist. Selbstverletzendes Verhalten bei Jungen wird überwiegend indirekt gezeigt, Aggression nach außen gerichtet.

Der Umgang mit Nachahmern- individuelle Differenzierung notwendig

- SSV hat im Sinne der Provokation/Rebellion einen hohen Aufforderungscharakter und somit einen verstärkenden Effekt, es besteht „Ansteckungsgefahr“.
- Klare Absprachen und Verhaltensanweisungen wie z.B. Narben oder offene Wunden werden nicht offen gezeigt, detaillierter Austausch mit anderen Jugendlichen ist nicht erlaubt.
- Behutsame Transparenz in der Gesamtgruppe: Steuerung über die Erzieher!

- Bearbeitung abhängig der individuellen Differenzierung, niedriger bis mittlerer Störungsgrad, Abgrenzung zum klinischen Störungsbild mit Psychosen/ Dissoziationen.

Das Selbstschädigende/Selbstverletzende Verhalten des Kindes/ Jugendlichen erfordert immer das Erfassen der innerpsychischen Faktoren, der sozialen Faktoren und die individuelle Funktion um das Symptom diagnostisch erschließen zu können.

Quellenverzeichnis:

- Petermann, F./Winkel, S. (2009): Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Hawton, K./Rodham, K./Evans, E. (2008): Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention, Hans Huber Verlag, Bern.
- In- Albon, T/Plener, P./Brunner, R./Kaess, M. (2015): Selbstverletzendes Verhalten, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Selbstverletzendes Verhalten in der Klinischen Diagnostik. <http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/00011629.pdf> 20.03.2017
- St. Marien- und St. Annastiftkrankenhaus. Elterninformation – Selbstverletzendes Verhalten. <http://www.st-marienkrankenhaus.de/fachgebiete/klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie/downloads/20.03.2017>
- Rote Linien.Kontakt- und Informationsforum für SSV-Angehörige. <http://www.rotelinien.de/> 20.03.2017
- Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson. https://www.psychosoziale+entwicklung+nach+erikson&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwirkNvMvYrTAhXDIsAKHaSKAsgQ_AUIBigB&biw=1366&bih=657 28.03.2017
- Küchenhoff, J., Agarwalla, P. (2012): Körperbild und Persönlichkeit; Kap. II: Entwicklung des Körperselbst, Heidelberg
- Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen, Bd. 1, Paderborn, Jungfermann-Verlag
- Brisch, K.-H. (2003): Bindung und Trauma; Stuttgart, Klett-Cotta