

Zusammenhang von Ritzen und Suizidalität bei Adoleszenten im Alter von 10-18 Jahren. Eine Prävalenz-Studie im Schulsetting in der Deutschschweiz.



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

Pia Berchtold

Juni, 2015

Zusammenhang von Ritzen und Suizidalität bei Adoleszenten im Alter von 10-18 Jahren. Eine Prävalenz-Studie im Schulsetting in der Deutschschweiz.



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

an der

Universidad Central de Nicaragua (www.ucn-eu.net)

vorgelegt von

Pia Berchtold

am UCN Branch Campus am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (www.inter-uni.net), Österreich

Juni, 2015

Pia Berchtold, Giswil CH

piaberchtold@hotmail.com

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.



Graz, im Juni 2015

Im Sinne fachlich begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der Betreuer/innen und Begutachter/innen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autorinnen und Autoren.

Thesis angenommen

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis.....	6
1 EINLEITUNG.....	10
1.1 Persönliche Präferenzen für diese Themenstellung und Untersuchung.....	10
1.2 Überblick.....	10
1.3 Transkultureller Hintergrund	11
1.4 SVV eine „Modeerscheinung“?	11
2 THEORETISCHER HINTERGRUND/MODELLE.....	13
2.1 Definition und Synonyme von Selbstverletzendem Verhalten.....	13
2.2 Formen von Selbstverletzendem Verhalten.....	13
2.2.1 Äussere (offene) Selbstverletzung	13
2.2.2 Innere Selbstverletzung	14
2.2.3 Selbstverstümmelung	14
2.2.4 Selbstverletzung im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen.....	14
2.3 Abgrenzung Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität.....	14
2.4 Zahlen und Fakten.....	14
2.4.1 Altersstruktur	14
2.4.2 Häufigkeit	15
2.5 Mögliche Ursachen	16
2.5.1 Sexueller Missbrauch.....	16
2.5.2 Emotionales Mangelmilieu (= emotionale Deprivation).....	16
2.5.3 Persönlichkeitsstörungen	16
2.5.4 Posttraumatische Belastungsstörung.....	17
2.6 Ritzen als kurzfristige (Er-)Lösung.....	17
3 FORSCHUNGSFRAGE.....	19
4 ZIEL DER ARBEIT.....	20
5 METHODIK	20
5.1 Design.....	20
5.2 Teilnehmer/-innen.....	21
5.3 Durchführung.....	21
5.4 (Statistische) Analyse.....	22
6 ERGEBNISSE.....	22
6.1 Überblick.....	22
6.2 Besonderheiten.....	29
7 DISKUSSION	29
7.1 Interpretation der Ergebnisse.....	29

7.2	Folgerung auf die untersuchte Problematik & den Stand des Wissens	30
7.2.1	Selbstverletzung.....	30
7.2.2	Gender.....	30
7.2.3	Suizidale Gedanken und Suizidversuche.....	30
7.2.4	Alter bei Beginn der selbstverletzenden Handlungen.....	31
7.2.5	Ethnischer Hintergrund.....	31
7.2.6	Funktionen selbstverletzendem Verhalten.....	31
7.2.7	Medien	31
7.3	Eigenkritisches.....	31
7.4	Anregungen zu weiterführender Arbeit	32
8	LITERATURVERZEICHNIS	32
8.1	Bücher.....	32
8.2	Internetadressen.....	34
8.3	Skripte.....	34
8.4	Zeitschrift.....	35
9	ANHANG.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhaltensdiagnostisches Bedingungsmodell selbstverletzenden Verhaltens (mod. Nach Nitkowski & Petermann, 2008) _____ 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Haben Sie sich schon einmal geritzt? * Hatten Sie schon Suizidgedanken? _____ **Fehler!**
Textmarke nicht definiert.

Tabelle 2: Chi-Quadrat-Test: Ritzen und Suizidgedanken _____ 23

Tabelle 3: Haben Sie schon einmal geritzt? * Gender _____ 25

Tabelle 4: Chi-Quadrat-Tests: Gender und Ritzen _____ 25

Tabelle 5: Wollten Sie sich auch schon einmal das Leben wirklich nehmen? _____ 26

Tabelle 6: Sind Ihre Suizidgedanken so stark, dass Sie ernsthaft Ihren Suizid planen oder bereits geplant haben? _____ 26

Tabelle 7: Ritzen_JaNein * Gender _____ 26

Tabelle 8: Chi-Quadrat-Tests: Ritzen_JaNein * Gender _____ 27

Tabelle 9: Ritzen_JaNein * Hatten Sie schon Suizidgedanken? _____ 27

Tabelle 10: Chi-Quadrat-Tests: Ritzen_JaNein * Hatten Sie schon Suizidgedanken? _____ 27



www.inter-uni.net > Forschung

Zusammenhang von Ritzen und Suizidalität bei Adoleszenten im Alter von 10-18 Jahren. Eine Prävalenz-Studie im Schulsetting in der Deutschschweiz.

Autorin: Pia Berchtold

Betreuerin: Elke Mesenholl-Strehler

* Um den Lesefluss nicht zu stören, wird im Text auf die weibliche Formulierung verzichtet, welche aber immer in der männlichen Form mit einbezogen sein sollte.

Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten ist ein sehr aktuelles Thema. Im Folgenden bezieht sich die Autorin auf die Automutilation „Ritzen“. Suizidalität wiederum ist bereits Gegenstand einer Vielzahl von anderen Untersuchungen.

Bis heute gibt es nur sehr wenige Studien, die eine Unterscheidung zwischen der Automutilation „Ritzen“ und Suizidalität machen. Es besteht in Fachkreisen die Meinung, dass die Anzahl der sich „ritzenden“ Personen seit 1990 immer mehr zunimmt (Franz Resch, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Heidelberg, 2005). Das „Ritzen“ tritt vor allem bei jungen meist gut ausgebildeten Erwachsenen auf, wie auch bei Behinderten. Da die Verletzungen für andere sichtbar sind, sind „Ritzer“ mit sehr vielen Vorurteilen konfrontiert. In anderen Kulturen besteht teilweise eine lange Tradition in Bezug auf das „Ritzen“ und ist deshalb positiv konnotiert. „Ritzen“ wird in diesen Kreisen als Ausdruck von Mut, Initiation und Trauer verstanden und wird auch in religiöser Zeremonie eingesetzt. So wird durch die eigene schädigende Tat Busse für alle schlechten Gedanken und Handlungen geleistet. Dadurch soll der Schmerz ein Weg sein, der zu einer höheren Form des Daseins führe.¹

Theoretischer Hintergrund/Modelle

Im Folgenden soll eine Definition für Selbstverletzung (SVV) gefunden werden, um diese von Suizidalität abzugrenzen, obwohl beiden Aspekte sehr nahe beieinander liegen und sich teilweise auch überschneiden.

Selbstverletzung stellt bis anhin keine Krankheitsentität dar (ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) oder DSM-IV-TR (Diagnostisches Statistisches Manual)). Jedoch steht eine Aufnahme in das DSM-V zur Diskussion.

Eine einheitliche Definition von Selbstverletzung/„Ritzen“ (SVV) gibt es (noch) nicht, sie wird immer wieder neu beschrieben und definiert.

Der Beginn der Erkrankung liegt mehrheitlich zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr, das am häufigsten genannte Alter ist 13. Der Beginn ist meistens in der Zeit der Pubertät zu suchen (Hawton et al., 1996 postulierte hormonelle Gründe) und das Verhalten tritt meist während der emotional sehr angespannten Phase der Pubertät auf (verlorene Liebe, Aggression gegen Eltern, etc.). Verschiedene Gründe können Auslöser für SVV sein, doch häufig ist es sexueller Missbrauch, Vernachlässigung,

¹ Vgl. <http://www.angelfire.com/bug/bloodstained/aspekte.htm>

eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Persönlichkeitsstörung.^{2 3} Betroffene berichten, dass sie durch das „Ritzen“ eine Befreiung aus ihrer Situation suchen und das „Ritzen“ anscheinend eine kurzfristige „Erlösung“ bringt, aber leider auch zur Sucht werden kann (Resch, 2001; Skegg, 2005; Suyemoto, 1998).

Klonsky (2007) hat 18 Studien miteinander verglichen und konnte Übereinstimmungen betreffend der Affektregulation entdecken.

Wann genau „das Fass überläuft“, ist bei jedem Menschen individuell, so wie auch die Form von Selbstverletzung individuell ist. Man weiss jedoch, dass „Ritzen“ eher spontan, innerhalb von einer Stunde ausgeführt wird, wogegen andere Formen wie zum Beispiel Drogenkonsum eine längere Planung voraussetzen.⁴

Welche Körperstelle für das „Ritzens“ ausgewählt wird, und warum, kann man nicht genau sagen (evtl. wird der Unterarm durch die Medienpräsenz noch verstärkt gewählt). Bevorzugt werden Extremitäten (85 %) und der Rumpf (15 %).⁵

Nur 2 % der Menschen die sich ritzen, ritzen sich nur einmal; sie ritzen sich häufiger im Leben (25 bis 50 mal: 23 %; öfter als 50 mal: 75 %).⁶

Der zugefügte Schmerz durch die Verletzung wird kaum empfunden, wirkt aber wie eine Erlösung: Endorphine werden ausgeschüttet, der körperliche Erregungszustand ebbt ab, die Betroffenen fühlen sich wieder frei und können das Gefängnis ihrer erdrückenden Gefühle für den Moment sprengen.

Doch hier beginnt der Teufelskreis. SVV wirkt wie eine Droge: Auf Anspannung erfolgt Entspannung. Auch wenn die Betroffenen sich für ihre Tat schämen und großen Frust empfinden, verbleibt die Erkenntnis, dass die Selbstverletzung geholfen hat. Diese positive Erfahrung entwickelt sich zum verallgemeinerten Verhalten und nimmt Suchtformen an. Im chronischen Verlauf können dann bereits kleinere Stress- oder Erregungsauslöser ausreichen, um den Prozess der Selbstverletzung erneut in Gang zu setzen (Resch, 2001; Skegg, 2005; Suyemoto, 1998).

Während vollendete Suizide bei Jungen und jungen Männern häufiger vorkommen als bei Mädchen und jungen Frauen, sind selbstverletzende und selbstschädigende Handlungen sowie Gedanken an absichtliche Selbstschädigung bei Mädchen und jungen Frauen viel stärker verbreitet (Hawton, 2008).

Forschungsfrage

Die Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung lautet: Gibt es einen Zusammenhang von „Ritzen“ und Suizidalität bei Adoleszenten im Alter von 10-18 Jahren anhand einer Prävalenz-Studie im Schulsetting in der Deutschschweiz?

Methodik

Es wurde eine online Umfrage welche an Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren in der Deutschschweiz im Schulsetting durchgeführt.

Dabei wurden 286 Fragebögen gestartet und davon 284 Fragebögen komplett beendet. Die Umfrage war anonymisiert.

Ergebnisse

50 „Ritzer“ deklarierten sich. Das heisst, 17,6% aller Befragten „ritzen“ sich, oder haben Erfahrungen damit gemacht. Die 50 „ritzenden“ Jugendlichen können deutlich nach Geschlechtern getrennt werden: Gefunden wurden 38 Weibliche (= 76% aller „Ritzer“; dies entspricht insgesamt 22,8% aller Teilnehmerinnen) und 12 Männliche (= 24% aller „Ritzer“; dies entspricht insgesamt 10,3% aller Teilnehmer). Das heisst knapp $\frac{3}{4}$ der Gesamt-Automutilitanten waren weiblich und $\frac{1}{4}$ männlich. Diese signifikante Auffälligkeit finden wir vor allem beim Punkt „mindestens 2-5x geritzt“.

Das Durchschnittsalter beim erstmaligen „Ritzen“ bei den 50 erhobenen Automutilitanten lag in der Untersuchung bei 13 Jahren und 4 Monaten.

² Vgl. https://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-Dokument/Neppert/Dipl_final.pdf (15.05.2015)

³ Vgl. Kaess, Michael: Selbstverletzendes Verhalten, 1. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 2012

⁴ Vgl. Hawton, Keith; Rodham, Karen; Evans, Emma: Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen, 1. Auflage, Huber, Bern 2008: S. 55f

⁵ Vgl. <http://www.rotetraenen.de> (11.05.2015)

⁶ Vgl. <http://www.rotetraenen.de> (11.05.2015)

Drei „Ritzer“ hatten bereits eine klinische Diagnose (Anorexie, Bulimie, Borderline) im Vorfeld erhalten. 12 dieser „Ritzer“ hatten Suizidgedanken. Weitere 67 Befragte gaben Suizidgedanken ohne „Ritzproblematik“ an. Insgesamt hatten 27.8% aller Befragten schon Suizidgedanken. 24 dieser 50 „Ritzer“ verspüren ein innerliches Leeregefühl (37 weitere Probanden ohne „Ritzthematik“; das entspricht insgesamt 21,5% aller Umfrage-Beteiligten).

Bei 37 war das „Ritzen“ „freiwillig“, bei 9 war es „gezwungen (z.B. Freundeskreis, Mutprobe)“ und bei 4 war es „absichtlich durch andere hinzugefügt (Fremdeinwirkung)“.

„Ritzer“ wählen eher einen Beruf bzw. haben den Berufswunsch der durch ein Studium erreichbar ist (46%) anstatt der Lehre (40%), als solche die sich nicht „ritzen“ (Studium: 32.1% und Lehre: 53.4%).

Bei der Erhebung wurden 79 weibliche (20,4%) und 45 männlich (38,5%) Befragte an, bereits einmal in ihrem Leben an an Suizid gedacht zu haben (dies entspricht 27.8% aller Befragten). 22 von den 79 hatten bereits ernsthafte Suizidpläne bzw. 6 von 22 hatten schon mindestens einen Versuch getätigt.

Das soziale Gefüge gab keine Aufschlüsse in Bezug zum „Ritzen“ sowie der Suizidalität. Bei diesen 50 „Ritzern“ hatten 39 (78%) angegeben, dass die Medien beim „Ritzen“/Suizid eine Rolle spielen (65,1% aller Befragten waren ebenfalls der Meinung, dass die Medien Einfluss nehmen).

Diskussion

Die Studienergebnisse der vorliegenden Arbeit legen nahe, dass die beiden Themen „Ritzen“ und Suizidalität bei Jugendlichen weit verbreitet sind, jedoch nicht bzw. nur sehr selten einen gemeinsamen Nenner haben und nicht wie so oft angenommen wurde, das Eine das Andere impliziert bzw. beinhaltet.

I EINLEITUNG

1.1 Persönliche Präferenzen für diese Themenstellung und Untersuchung

Ein Thema, aber kein Tabu, welches die Autorin sehr intensiv täglich begleitet, ist ein Teil ihrer Vergangenheit, die sie dann einholt, wenn Menschen (egal ob Freunde, Familie oder „Unbekannte“) ihre Narben auf den Unterarmen betrachten bzw. manchmal auch richtig anstarren und sie trotzdem nicht darauf ansprechen wollen/können oder dann ganz provokativ darauf reagieren.

Mit ihren Narben verblüfft sie immer wieder viele Menschen, denn viele nehmen sie als starke und selbstbewusste Person wahr.

Nein, sie wartet nicht darauf, dass sie deswegen angesprochen werde, aber es ist ein Teil, wo nun mal zu ihr gehört und sie kann zu ihren „Taten“ stehen. Doch es ist ein Thema, wo sie je nach Tagesverfassung sehr ins schwanken bringen kann.

Die Autorin sieht sich in ihrer Praxistätigkeit als Wegbegleiter, es sei dahin gestellt, wie lange dieser gemeinsame Weg dauert und nicht als Jemanden, der Anderen etwas aufzwingen will.

Denn grundsätzlich gibt es bei ihr keine Tabus in der Praxis sowie im alltäglichen Leben. Doch sie merkt immer mehr, dass ihr Privatleben nichts in der Praxis zu suchen hat und deshalb nur dann einen Einfluss in ihre Tätigkeit nimmt, wenn es gewinnbringend ist, das heisst, den Kunden in seinem Denken und Handeln weiterbringen könnte, wenn dies dementsprechend bewusst wahr- bzw. angenommen wird.

Da es bei ihr keine Tabus in der Praxis (sowie auch im Privaten) gibt (da sie das Leben schon so oft auf die Lebens-Prüfung gestellt hat), ist die Resonanz ihres Gegenüber durchwegs positiv. Sie gelte als sehr vertrauenswürdige Person (von vielen schon so als Feedback erhalten), die nicht (ver-)urteilt und deshalb über alle persönlichen Anliegen gesprochen werden kann.

Die Autorin möchte sich deshalb in dieses sehr aktuelle Thema vertiefen um anderen Betroffenen (direkt oder indirekt) Licht ins Dunkle betreffend der Prävalenz in der Schweiz bei den Adoleszenten bringen und mögliche Vorurteile von Gleichsetzung der Automutilation und der Suizidalität aus dem Weg räumen.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit soll bei der Automutilation bzw. dem „Ritzen“ liegen, da die Suizidalität schon vermehrt Gegenstand anderer Untersuchungen war und deshalb das Grundlagenwissen für Suizidalität vorausgesetzt werden.

1.2 Überblick

„Schmerz, der nicht spricht, bricht das Herz und macht es brechen.“ (Shakespeare)⁷

Bereits Shakespeare erwähnte den psychischen Schmerz in seiner Literatur; den Schmerz, der oft nicht ausgedrückt werden kann.

Wie damals, so auch heute. Immer mehr Kinder und Jugendliche verspüren einen innerlichen Schmerz oder ein Leeregefühl bis hin zu Suizidgedanken und schlussendlich dem vollzogenen Suizid. Um diesem zu entgehen, wäre ein Gespräch unter Freunden oft wohl schon hilfreich, doch diese Art von Kommunikation reicht anscheinend nicht mehr aus. Eher treffen wir auf Drogensüchtige, Komatrinker, Tätowierungen, Magersüchtige oder die „Ritzer“ und/oder Suizidgefährdeten.

Bis heute gibt es nur sehr wenige Studien die eine Unterscheidung zwischen der Automutilation (Ritzen) und Suizidalität machen. Es besteht in Fachkreisen die Meinung, dass die Anzahl der sich ritzenden Personen seit 1990 immer mehr zunimmt (Franz Resch, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Heidelberg, 2005). Vor allem bei jungen Mädchen, weniger Jungen, die sich wieder spüren wollen, da sie dies aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr können, z.B. durch erlebten sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung, bei posttraumatischer Belastungsstörung oder wegen einer Persönlichkeitsstörung. In der Schweiz wird bei sich ritzenden Kindern und Jugendlichen von einer Dunkelziffer von bis zu 20% ausgegangen - Tendenz steigend (persönliche Mitteilung einer Pro Juventute Schweiz Mitarbeiterin (2014) die anonym bleiben möchte). Aufgrund dieser Zahlen und der wenigen vorhandenen Studien beschäftigt sich diese Arbeit mit einer Reaktion auf die Belastung der Psyche, dem Ritzen und der Suizidalität. Es wurden in der Deutschschweiz in einem anonymen

⁷ <https://sites.google.com/site/mariannefrye/selvs-kading32> (11.04.2015)

(online) Fragebogen im Schulsetting 284 Kinder/Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren über ihr „Ritz“-verhalten oder –gedanken, Suizidgedanken/-versuch und über ihr Elternhaus hinsichtlich ihrer Resilienz befragt.

Selbstverletzung stellt bis anhin keine Krankheitsentität dar (ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) oder DSM-IV-TR (Diagnostisches Statistisches Manual)). Jedoch steht eine Aufnahme in das DSM-V zur Diskussion.

1.3 Transkultureller Hintergrund

Psychisch kranke Menschen wurden in der Vergangenheit von der Gesellschaft ausgeschlossen und verstossen. Sogenannte Hexen wurden beschuldigt vom Teufel besessen zu sein, wurden von der Inquisition zum Tode verurteilt und landeten auf dem Scheiterhaufen.⁸

Dies war im Mittelalter. Zu dessen Ausgang und Beginn der Aufklärung folgten die Tollhäuser, wohin Menschen, die psychisch krank waren, was man damals aber noch nicht wusste, abgeschoben wurden. Diese Tollhäuser befanden sich weit ausserhalb der Städte, sodass sich niemand von ihrem Leiden anstecken könne. Sie wurden von der Gesellschaft verstossen, worauf die äusserst schlechte Versorgung dieser Menschen hinweist.⁹

Dass sich bei einer solchen (psychischen) Krankheit sogar bestimmte Hirnareale des Gehirns verändern, stellte der Mensch erst nach vielen Jahren Forschung fest. Die ersten Irrenanstalten, in denen die Betroffenen wesentlich besser behandelt wurden, gab es einige Jahre später. Diese Menschen wurden nicht mehr abgestossen, obwohl die Anstalten immer noch weit ab vom Stadtrand lagen. Später entstanden auch die ersten psychiatrischen Anstalten, wo die Patienten eine Behandlung erhielten.¹⁰

Die Idee, diese Menschen wieder aus der Gesellschaft auszuschliessen, wurde zur Zeit des Nationalsozialismus wieder aufgegriffen. Die Rassenideologie lässt einen solch psychisch kranken Menschen nicht zu; er könnte sein genetisch krankes Material weiter vererben. Dass diese Krankheit nicht direkt vererbbar ist, ist heute aber bekannt.¹¹ Das Ausmass der heute auftretenden psychischen Störungen hat es so wahrscheinlich noch nie zuvor gegeben. Auf die Menschen kommen immer mehr soziale Probleme zu. Immer grösser wird die Kluft zwischen arm und reich, womit die Menschen der unteren Schichten häufig nicht umzugehen gelernt haben. Ging es früher um wirtschaftliche Notwendigkeit, wird heute Individualismus gross geschrieben. Familien brechen auseinander und Beziehungen entstehen neu. Ein weiteres Beispiel ist die Veränderung der Umwelt als Folge menschlichen Einwirkens, dies wird als Bedrohung und somit als Belastung für die Psyche erlebt.

1.4 SVV eine „Modeerscheinung“?

Ob es eine Modeerscheinung ist oder nicht, wird heiss diskutiert. Jedoch kann man sagen, dass die Automutilation ab den 90ern gehäuft auftritt, sowie damals in den 70ern die Magersucht und in den 80ern die Ess-Brech-Sucht (Franz Resch).

Franz Resch, Chef der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Heidelberg (2005), hat erlebt, dass ganze Mädchenklassen das blutige Ritual der Selbstverletzung vollzogen. Auch der Emo-Szene (Jugendkultur) wird nachgesagt, dass sie einen Hang zur Selbstverletzung und Suizidalität haben, da sie ihre Emotionalität offen zeigen wollen.¹² Diese Gruppendynamik tritt in Europa eher selten auf. Es gibt hingegen immer noch Völker, die mit religiösen Ritualen Selbstverletzungen zelebrieren. So fanden bei den Maya Selbstopfer statt, um die Götter gnädig zu stimmen. Dies kam nur in besonders schweren Notsituationen vor. Hier stechen sich ausgewählte Stammesmitglieder Dornen in die Zunge und fangen das Blut auf, das danach verbrannt wird, wobei der aufsteigende Rauch die

⁸ Vgl. Rohrmann, Eckhard: Mythen und Realitäten des Anders-Seins, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007

⁹ Vgl. Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie, C.H. Beck oHG, München 2006

¹⁰ Vgl. Schott; Tölle: S. 33ff

¹¹ Vgl. Schott; Tölle: S. 33ff

¹² Vgl. <http://www.spiegel.de/schulspiegel/leben/jugendkultur-emo-entdeck-das-maedchen-in-dir-a-676835-2.html> (11.05.2015)

Verbindung zur Götterwelt herstellen soll, was aber gemäss Glauben nur möglich ist, wenn ein Priester mit den Göttern kommuniziert.¹³

Auch in Afrika und Asien kam es zu Initiationsriten, bei denen man durch Zähne ziehen, Abschneiden des kleinen Fingers oder das Durchtrennen der Harnröhre einen Schmerz erzeugen wollte, welcher den Trennungsschmerz von den Eltern unterdrücken und damit in die Welt der Erwachsenen einführen sollte. Die Selbstaufopferung ist Ausdrucksweise von Mut, Initiation und Trauer, wobei man auch die Selbstverletzung als religiöse Zeremonie nicht unterschätzen sollte. So wird durch die eigene schädigende Tat Busse für alle schlechten Gedanken und Handlungen geleistet. Dadurch soll der Schmerz ein Weg sein, der zu einer höheren Form des Daseins führe.¹⁴

In der Bibel lassen sich Selbstverletzungen finden, so z.B. im Matthäusevangelium („*Wenn dich deine Hand oder dein Fuss zum Bösen verführt, dann hau sie ab und wirf sie weg! (...) Und wenn dich dein Auge zum Bösen verführt dann reiss es aus und wirf es weg!*“ (Matth 18, 8-9) - (Bergmann, 1848). Viele weitere Textstellen und verschiedenste Märtyrer sind bekannt für eine solche (religiöse) Selbstaufopferung.

Auch die religiöse Organisation Opus Dei kennt Selbstkasteiung einmal in der Woche.¹⁵ Im islamischen Orden finden wir Fakire, die ihren Körper psychisch und physisch trainieren, bis sie zu einer Körperstarre kommen und sich z.B. auf ein Nagelbrett legen können, ohne sich zu verletzen.¹⁶ Bei uns kennen wir ein ähnliches Ritual, nämlich das Feuerlaufen, welches zusehends an Popularität gewinnt.

Eine andere Variante der Selbstverletzung tritt bei einem Ritual in Marokko auf. Das Volk der Hamadscha isst spitze Kakteen und trinkt kochendes Wasser; das Zufügen von Schnittwunden soll die Gesundheit hervorheben und das Ansehen in der Gruppe steigern.^{17 18}

Auch im afrikanischen Stamm der Abidji wird das Cutting als Heilungsmethode eingesetzt; dieses Symbol des Lebens soll in Form einer Wunde die Schmerzen von allen anderen Stammesmitgliedern lindern und damit das Wohlbefinden des ganzen Volkes stärken. Auf diese Weise signalisiert die Selbstverletzung auch die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft und das Stärken der Abwehrkräfte im Organismus.¹⁹

Die logischste, aber auch tragischste Form liegt im Schönheitsideal der Menschen. Hier wird bei vielen Völkern die Entstellung des Körpers gegen die natürliche Entwicklung angewandt, welche die Schönheit und das Ansehen verbessern sollen. So wurden beispielsweise in Ägypten die Köpfe der Frauen und in China die Füsse verformt. In Afrika werden Hautnarben als Schmuck angesehen. Auch hierbei steht, wie in der europäischen Kultur, vor allem die Frau im Vordergrund.²⁰

Ein europäischer Künstler namens van Gogh (1853-1890) könnte man auch als Kult zur Selbstverletzung abtun, jedoch nehmen Ärzte und Psychologen an, dass er im Wahn das Ohr abgeschnitten hat und nicht aus suizidalen Gründen.²¹

An dieser Stelle sei angemerkt: Aderlass, blutiges Schröpfen oder Blutegeltherapie sind (alternativ-) medizinische Methoden, welche keine selbstschädigende oder suizidale Absichten verfolgen; jedoch eine mögliche Möglichkeit zur Impulsentlastung bieten.²²

¹³ Vgl. <http://www.indianer-welt.de/meso/maya/maya-gott.htm> (11.05.2015)

¹⁴ Vgl. <http://www.angelfire.com/bug/bloodstained/aspekte.htm> (15.05.2015)

¹⁵ Vgl. https://www.heiligenlexikon.de/Glossar/Opus_Dei.html (11.05.2015)

¹⁶ Vgl. <http://unglaublichemenschen.blogspot.ch/2012/05/fakire-unglaubliche-menschen-nagelbrett.html> (11.05.2015)

¹⁷ Vgl. Köpping, Klaus-Peter; Rao, Ursula: Im Rausch des Rituals, Lit Verlag, Münster 2000 → S. 219

¹⁸ Vgl. Plener, Paul L.: Selbstverletzung und Suizidalität im Jugendalter, 1. Auflage, Südwestdeutscher, Saarbrücken 2011: S. 3

¹⁹ Vgl. Favazza, AR: Bodies under isege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture ans Psychiatry, 2. Auflage. Baltimore, London: John Hopkins University Press 1996 → S. 22-46

²⁰ Vgl. https://www.zora.uzh.ch/10147/2/Kälin_Diss_2008V.pdf → S. 35ff (11.05.2011)

²¹ Vgl. <https://books.google.ch/books?id=MBcjBAAAQBAJ&pg=PA365&dq=van+Gogh+suizidalität&hl=de&sa=X&ei=DcZqVcSkMYuasAGPooDgDg&ved=0CE8Q6AEwCQ#v=onepage&q=van%20Gogh%20suizidalität&f=false> (11.04.2015)

²² Vgl. Ruffing, Reiner: Kleines Lexikon wissenschaftlicher Irrtümer, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2011

2 THEORETISCHER HINTERGRUND/MODELLE

2.1 Definition und Synonyme von Selbstverletzendem Verhalten

Eine einheitliche Definition von Selbstverletzung/„Ritzen“ (SVV*) gibt es (noch) nicht, da es immer wieder neu beschrieben und definiert wird.

Folgende Definition soll für diese Arbeit gelten:

„Selbstverletzendes Verhalten liegt vor, wenn eine Person sich selber aktiv, direkt und bewusst oder unbewusst, wiederholt Verletzungen zufügt, die nicht zum „im jeweiligen Kulturkreis üblichen“ zählen und keine intendierte suizidale Wirkung haben.“ (Neppert, 2008)²³

Synonyme gibt es viele, doch sprechen z.B. Dermatologen von „Kutanen Artefakten“ (Gieler & Effendy & Stangier, 1987), „Para Artefakten“ oder „Dermatitis fracticia“ (Janus 1972; Gieler, 1994). In der Psychologie und Psychiatrie verwendet man Begriffe wie „Autoaggression“ (Möller & Praag), „selbstverstümmelnde Verhaltensweisen“ (DSM- III- R), „selbstdestruktives Verhalten“ (Streck-Fischer 1991), „offene Selbstbeschädigung“ oder „Automutilation“ (Brezowsky, 1985; Wewetzer & Friese & Warnke, 1997; Herpertz, 1995; Resch & Karwautz & Schuch & Lang, 1993; Sachsse, 1989b, 1995a, 2000; Tameling, 1996). Im Englischsprachigen Raum findet man Begriffe wie „Self-Injury“ (SI), bzw. „Self-injurious Behavior“ (SIB) und „Deliberate Self-harm“ (DSH), „Self-mutilation“, „Parasuicide“, „Suicide gesture“, „Self wounding“, „Deliberate self-damage“, „Deliberate self-injury“, „Self-cutting“, „Self-harm“, „Autoaggressive Behavior“ und immer häufiger in Gebrauch „Nonsuicidal Self-injury“ (NSSI) (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl 2005; Skegg 2005; O’Carroll et al. 1996; Nock & Kessler 2006). Laut Muehlenkamp (2005) existieren im angloamerikanischen Sprachraum 33 Ausdrücke für das SVV.

Der erste Definitionsversuch wurde bereits 1938 durch K. Menninger (in *Main against himself*) verfasst. Er gliederte den Begriff in folgende Gebiete:

- Neurotic self-mutilation
- Religious self-mutilation
- Self-mutilation in psychotic patients
- Self-mutilation in organic diseases
- Self-mutilation in customary and conventional forms²⁴

Ob Menninger (1938) diese Bereiche an damalige Krankheitsbilder anlehnte, konnte die Autorin nicht feststellen.

2.2 Formen von Selbstverletzendem Verhalten

Automutilation wird in äussere und innere Selbstverletzung und Selbstverstümmelung unterteilt sowie im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen gesehen (Dubrow, 2007; Klosinski, 1999)²⁵.

2.2.1 Äussere (offene) Selbstverletzung

- Hautverletzungen: Abreissen der Mundschleimhaut, Ritzen, Schneiden, Cutten, Schnippeln
- Ausreissen der Haare (Trichotillomanie)
- Schädigung durch Unfallneigung
- Störung des Wundheilprozesses, starkes Kratzen
- Nägelkauen (Onychophagie)
- Beissen und Abbeissen der Nägelumgebenden Haut (Perionychophagie)
- Schläge, Beissen, Geisselung
- Gegenstände in Körper bohren oder stechen (z.B. Nadeln)
- Verätzungen, Verbrennungen, Verbrühungen, Tätowierungen, Piercings usw.

* Im Folgenden wird Selbstverletzendes Verhalten mit SVV abgekürzt.

²³ Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz, Nr. 3 / 44. Jahrgang, Stuttgart: November 2008 → S. 4

²⁴ Vgl. Plener: S. 4

²⁵ Vgl. Rubien, Elke; *Vernarbte Kindheit – Vernarbte Zukunft!?*, 1. Auflage, VDM Verlag Dr. Müller GmbH & Co., Saarbrücken 2010: S. 27ff

2.2.2 Innere Selbstverletzung

- Essen von Haaren (Trichophagie)
- Flüssigkeiten in den Körper spritzen
- Jegliche Arten von Suchterscheinungen z.B. Magersucht, Drogenmissbrauch, Alkoholabhängigkeit
- Knochenbrüche, Quetschungen, Stauchungen, Abbinden von Gliedmassen
- Eindrücken des Augapfels
- Schlafentzug
- Extremsport, Bodybuilding

2.2.3 Selbstverstümmelung

- Verstümmelung, Amputation, Kastration, „Schönheits“-Operationen

2.2.4 Selbstverletzung im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen

- Mimikry Phänomen: Vorgetäuschte Krankheit und medizinische Präsentation einer selbstinduzierten körperlichen Krankheit
- Münchhausen Syndrom: Symptome gleichen einer Krankheit (ähnlich dem Mimikry Phänomen)
- Hypochondrie: Fanatisch übertriebene Angst vor lebensgefährlichen Körperzuständen aufgrund von Minimalsymptomen führt zu vermeintlich schützenden Handlungen, die den Körper letztlich beeinträchtigen

2.3 Abgrenzung Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität

Der Begriff Suizidversuch impliziert, dass die Handlung zum Tode führen sollte. Suizidversuche waren bislang häufiger Gegenstand der Forschung als selbstverletzende und andere selbstschädigende Verhaltensweisen. Vielleicht spiegelt sich darin die Tatsache wider, dass diese Studien überwiegend in den USA durchgeführt wurden, wo Suizidversuchen anscheinend mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als Handlungen, bei denen nicht-suizidale Motive beteiligt sind (persönliche Einschätzung der Autorin).

Primär keine Suizidabsichten haben Menschen die sich selbst verletzen; sie wollen sich oft einfach nur selbst spüren – was für Aussenstehende meist makaber klingt.

Fachpersonen nehmen an, dass bis zu einem Viertel der sich selbstverletzenden Personen, die deswegen in einer Psychiatrie vorstellig waren, sich letztendlich doch das Leben nehmen oder es zumindest versuchen (persönliche Mitteilung einer Pro Juventute Schweiz Mitarbeiterin (2014) die anonym bleiben möchte).

2.4 Zahlen und Fakten

2.4.1 Altersstruktur

Der Beginn der Erkrankung liegt mehrheitlich zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr, das am häufigsten genannte Alter ist 13. Der Auslöser ist also meistens in der Zeit der Pubertät zu suchen (Hawton et al., 1996 postulierte hormonelle Gründe), das Verhalten tritt meist während der emotional sehr angespannten Phase der Pubertät auf (verlorene Liebe, Aggression gegen Eltern, etc.). Zu einem signifikanten Ergebnis kam Nixon et al. (2002) in seiner Studie: Jungen beginnen mit dem Ritzen im Durchschnitt im Alter von 15,2 Jahren und Mädchen mit 12,3 Jahren. Die Ursachen werden dagegen meistens davor in der Kindheit gesucht. Demnach würden unausgetragene Konflikte nun hervorbrechen und zum Auftreten des Selbstverletzenden Verhaltens führen.

- Ab ca. 11 bis 16 Jahre: 34 %

- 16 bis 18 Jahre: 29 %
- 18 bis 20 Jahre: 17 %
- 20 bis 24 Jahre: 13 %
- über 24 Jahre: 7 % ²⁶

2.4.2 Häufigkeit

Nur 2 % der Menschen, die sich ritzen, ritzen sich nur einmal. Die Mehrheit, 98 %, „ritzen“ sich 25 bis 50 mal im Leben (23 %) oder öfter als 50 mal (75 %).²⁷

Bevorzugt werden Extremitäten 85 % und der Rumpf 15 %.²⁸

„Insgesamt sollen bis zu 2 % der 15- bis 35-Jährigen von selbstverletzendem Verhalten betroffen sein (Herpetz & Saß, 1994).“²⁹

Obwohl vollendete Suizide bei Jungen und jungen Männern häufiger vorkommen als bei Mädchen und jungen Frauen, sind selbstverletzende und selbstschädigende Handlungen sowie Gedanken an absichtliche Selbstschädigung bei Mädchen und jungen Frauen viel stärker verbreitet. Zu dem selben Ergebnis wie Hawton, Rodham und Evans, 2005 kamen auch Alao, Yolles & Huslander, 1999; Clarke & Whittaker, 1998; Farber, 1997; Krasucki, Kemp & David, 1995; Levenkron, 1998; Solomon & Farrand, 1996; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999; Bühring, 2005; Schultze, 2007; Brunner et al., 2007 und Hawton et al., 2008.

In der Studie von Hawton, Rodham und Evans berichten beispielsweise 11,2 % der Mädchen von SVV (2005), aber nur gerade mal 3,2 % der Jungen. Bei Mädchen trat absichtliche Selbstschädigung also fast viermal so häufig auf wie bei den Jungen. In ähnlicher Weise berichteten 22,4 % der Mädchen, dass sie (2005) an Selbstschädigung gedacht hatten, verglichen mit 8,5 % der Jungen, dies entspricht einem Verhältnis von 2,6:1.

Diese Zahlen entsprechen auch anderen Studien. Insgesamt waren die Raten bei den Mädchen etwa 1,25-mal höher als bei den Jungen, und die Rate der Suizidversuche war bei den Mädchen mehr als doppelt so hoch wie bei den Jungen.

Es stellt sich die Frage wie diese Unterschiede erklärt werden können. Es gibt mehrere mögliche Erklärungen, die sich nicht gegenseitig ausschliessen. Ein möglicher Faktor besteht darin, dass Depression, der wesentlich zu Selbstschädigung und Suizidgedanken beiträgt, bei weiblichen Jugendlichen stärker verbreitet ist als bei männlichen Jugendlichen.³⁰ Als weitere Faktoren werden Belastungen und Probleme, die die Vulnerabilität für Suizidalität erhöhen oder Gedanken an Selbstschädigung vorangehen, bei Mädchen häufiger auftreten. Im Hinblick auf vulnerabilisierende Faktoren kommen Erfahrungen wie sexueller Missbrauch in der Kindheit, von denen man weiss, dass sie das Risiko für Suizidalität erhöhen, bei Mädchen häufiger vor als bei Jungen.³¹ Dafür, dass Mädchen stärker als Jungen durch akute Stressoren belastet sind, gibt es nur wenige wissenschaftliche Belege. Mädchen reagieren jedoch möglicherweise vulnerabler als Jungen auf negative Ereignisse, beispielsweise die Trennung vom Partner. Andere Faktoren, die zu SVV beitragen, wie Missbrauch von Alkohol und Drogen, sind bei Jungen eindeutig stärker verbreitet als bei Mädchen. Möglicherweise sind Jungen bei Stress und Ärger eher bereit, nach aussen gerichtete Strategien anzuwenden (z.B. delinquentes Verhalten, Prügeleien und andere Faktoren der Aggression), und um negative Gefühle zu unterdrücken, neigen sie vielleicht eher dazu, Alkohol oder Drogen zu benutzen.³² Eine weitere mögliche Erklärung besteht darin, dass SVV bei Jungen und Mädchen möglicherweise leicht unterschiedlichen Zwecken dient, wobei Mädchen häufiger dazu neigen, auf diese Weise ihr

²⁶ Vgl. <http://www.rotetraenen.de> (11.05.2015)

²⁷ Vgl. <http://www.rotetraenen.de> (11.05.2015)

²⁸ Vgl. <http://www.rotetraenen.de> (11.05.2015)

²⁹ Petermann, Franz; Winkel, Sandra: Selbstverletzendes Verhalten, 2. Auflage, Hogrefe, Göttingen 2009: S. 50

³⁰ Vgl. Hawton; Rodham; Evans: S. 66

³¹ Vgl. Hawton; Rodham; Evans: S. 66

³² Vgl. Hawton; Rodham; Evans: S. 66

Gefühl der Belastung zu kommunizieren, negative Gefühle zeitweise auszuschalten oder sich von grosser Anspannung zu befreien (insbesondere durch Schneiden). Es gibt gewisse empirische Hinweise, die darauf schliessen lassen, dass dies der Fall ist. Selbstschädigende Handlungen bei Jungen können wahrscheinlich häufiger als echte Suizidversuche angesehen werden. Schliesslich könnte es sein, dass die ansteckende Wirkung des SVV anderer Personen bei Mädchen stärker ausgeprägt ist.³³

Kein Geschlechterunterschied fanden folgende Studien Briere & Gil, 1998; Nixon et al., 2002; Klonsky et al., 2003 und Muehlenkamp und Gutierrez, 2004 fanden sogar heraus, dass bei einer Gruppe von 390 High-School-Schülern sogar die männlichen Selbstverletzungen leicht höher lagen (54,8 % männlich und 45,2 % weiblich!).

(Aktuelle Zahlen zur Suizidrate von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz konnten keine gefunden werden.)

2.5 Mögliche Ursachen

2.5.1 Sexueller Missbrauch

Traumatische Erlebnisse können eine Ursache von SVV sein. Sexueller Missbrauch ist in den letzten Jahrzehnten als erschreckend häufiges Kindheitstrauma erkannt worden. Diese verursachte Störung kann einem „seelischen Chaos“ gleich kommen. Die Betroffenen erleben ihren Körper als Objekt, welches in einem negativen Sinn benutzt wird. Um den Schmerz zu ertragen, distanzieren sie sich von sich selbst. Auf diesen Mechanismus wird auch in späteren Krisensituationen zurückgegriffen, was schwerwiegende Konsequenzen auslöst. Verloren geht das körperliche Eins-Sein mit sich selbst. Ein Schmerz durch Selbstverletzung als starker Reiz stellt das körperliche Eins-Sein wieder her.³⁴

2.5.2 Emotionales Mangelmilieu (= emotionale Deprivation)

Vernachlässigung durch die Eltern bedeutet emotionales Mangelmilieu, was sich auch auf die körperliche Versorgung des Kindes auswirken kann.

Vernachlässigung als Ursache von SVV hat verschiedene Hintergründe: Zunächst kommen Kinder oft ungewollt auf die Welt und werden als störend und unerwünscht empfunden, was das Versagen von Zuneigung zur Folge haben kann.

Ferner können Eltern in ihrer eigenen Kindheit vernachlässigt worden sein. Unreflektiert werden traumatische Erfahrungen aus der eigenen Kindheit mit den eigenen Nachkommen verhaltenswirksam und an die eigenen Kinder weitergegeben. Darauf, ein gutes und stabiles Selbstwertgefühl (Resilienz) zu entwickeln, haben diese somit keine Chance. Die Ausprägung einer gut entwickelten Persönlichkeitsstruktur wird generell behindert, wenn Mutter und/oder Vater nicht gelernt haben, die Bedürfnisse ihres Kindes zu respektieren und wahrzunehmen.

Die vernachlässigten Kinder und Jugendliche wachsen in einem Umfeld naher Bezugspersonen auf, welches ihnen zu wenig Wertschätzung und Zuwendung entgegenbringt. Sie fühlen sich nicht ernst genommen und empfinden sich im weiteren Verlauf häufig als anormal, ausgeschlossen, zurückgewiesen und unwert. Sie erhalten zu selten Hilfe, da diese Hilfe durch die Eltern meist nicht aktiv gesucht wird. Die eigene Person wird angesichts kritischer Lebenssituationen als nicht individuell handlungsfähig erlebt; die Betroffenen entwickeln teilweise Depressionen, empfinden sich als schuldhaft, fühlen sich hilf- und hoffnungslos, was autoaggressives Denken und Handeln nach sich ziehen kann.³⁵

2.5.3 Persönlichkeitsstörungen

³³ Vgl. Hawton; Rodham; Evans: S. 65ff

³⁴ Vgl. Kaess, Michael: Selbstverletzendes Verhalten, 1. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 2012

³⁵ Vgl. Kaess et al: S. 63f

Eine Persönlichkeitsstörung bedeutet seelische Instabilität einer Person und wird durch Störungen in verschiedenen Entwicklungsphasen, ausgelöst durch Traumata, Deprivation, Konflikte, oder andere meist äussere Einflüsse, hervorgerufen.

Eine der häufigsten und wichtigsten Persönlichkeitsstörungen ist die Borderline-Erkrankung (emotional instabile Persönlichkeit). Weitere Persönlichkeitsstörungen laut internationaler Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die paranoide die histrionische dependente, antisoziale, schizoide, anankastische und ängstliche Persönlichkeitsstörung.³⁶

Alle kurz erwähnten Persönlichkeitsstörungen weisen ein instabiles Selbstbewusstsein und -wertgefühl auf. Selbstverletzung tritt bei „Weitem“ am häufigsten zusammen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit auf.³⁷

2.5.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Ein Trauma kann durch verschiedene Einflüsse hervorgerufen werden und ist eine körperliche und/oder seelische Verletzung. Eine akute Belastungsreaktion von vorübergehendem Charakter kann der Verlust eines Menschen, Krieg, Vergewaltigung, Scheidung der Eltern und Vieles mehr auslösen. Ein gewisser Anteil dieser Menschen entwickelt eine posttraumatische Belastungsstörung; sie kommt frühestens nach einem halben Jahr zum Tragen.

Häufig sind die betroffenen Personen mit mehreren Traumata konfrontiert. Sie fühlen sich hilflos, entsetzt oder fürchten sich. Sie erleben die Ereignisse immer wieder im Traum oder in Gedanken. Sie bekommen Illusionen, Halluzinationen oder Flashbacks vom erlebten Trauma. Mit dem Thema ihres Traumas in Verbindung zu kommen versuchen sie konsequent zu vermeiden. So meiden sie die Tatorte oder gehen Gesprächen vom erlebten Trauma aus dem Weg. Sie versuchen also das Trauma zu verdrängen, was ihnen auf Dauer meist nicht gelingt. Sie sind unfähig, zärtliche Gefühle zu empfinden und fühlen sich entfremdet, wobei ein normales Leben ihrerseits in Frage gestellt ist.³⁸

Der Leib ist bei körperlicher Misshandlung, wie beim sexuellen Missbrauch des Öfteren ein gezieltes Objekt. Oft fallen diese Misshandlungen innerhalb der Familie unter Missachtung der Gefühle des Kindes vor. Die Familienmitglieder ignorieren die Tat oder beteiligen sich daran. Dadurch entwickelt das Kind eine negative Lebenseinstellung in seiner Lebensentwicklung. Die Misshandelten denken, sie hätten den Missbrauch verdient oder erhalten das Gefühl, schlecht zu sein.³⁹ Solche und andere Ereignisse versuchen sie zu verdrängen, zum Einen durch sogenannte induzierte Depersonalisation (das Kind erlebt sich nicht als Teil des Traumas). Das Kind befindet sich innerlich an einem schöneren Ort. Weiterhin gibt es die induzierte Derealisation.⁴⁰ Der dritte innerpsychische Mechanismus ist das Verlassen der Realität um zu phantasieren, dass es wie in einem Theater nur ein Spiel war. Diese Mechanismen sind jedoch nur für kurze Zeit notdürftig wirksam. Auf längere Sicht können sie die Ereignisse nicht verdrängen oder ungeschehen machen und richten eine Art der Autoaggression aus bzw. münden in einer Fremdaggression (speziell bei Männern).⁴¹

2.6 Ritzen als kurzfristige (Er-)Lösung

„Im Rahmen einer Verhaltensanalyse wird systematisch untersucht, welche Beziehungen zwischen der Umwelt einer Person und dem Auftreten eines (Problem-)Verhaltens bestehen (Hagopian, Wilson & Wilder, 2001). Es überprüft, in welchen Situationen das Verhalten auftritt bzw. welche Reize das Verhalten auslösen und ob sich negative oder positive Konsequenzen für den Betroffenen durch das

³⁶ Vgl. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/persoenlichkeit.html> (15.05.2015)

³⁷ Vgl. Kaess: S. 64f

³⁸ Vgl. Kaess: S. 61ff

³⁹ Vgl. Kaess: S. 61ff

⁴⁰ Vgl. Streeck-Fischer, Annette: Adoleszenz und Trauma, Vandenhoeck& Ruprecht, 1998: S. 214

⁴¹ Vgl. Hawton; Rodham; Evans: S. 71ff

Verhalten ergeben. Auf diese Weise erhält man differenzierte Informationen über die Mechanismen, die bei einer Person ein bestimmtes Verhalten auslösen und aufrechterhalten.“⁴²

„Auf der Basis eines Bedingungsmodells des selbstverletzenden Verhaltens kann ein verhaltensdiagnostisches Bedingungsmodell selbstverletzendes Verhalten abgeleitet werden (Nitkowski & Petermann, 2008). Das Bedingungsmodell geht von einer besonderen Anfälligkeit oder Bereitschaft aus, selbstverletzendes Verhalten einzusetzen, um das Stresserleben zu verringern. Es wird angenommen, dass diese spezifische Vulnerabilität aus unzureichend entwickelten emotionalen und kognitiven Fertigkeiten resultiert. Das Verhalten verfestigt sich, wenn wiederholt die Erfahrung gemacht wird, dass durch Selbstverletzungen, Belastungen abgebaut werden können. Auf diese Weise festigt sich das selbstverletzende Verhalten zunehmend als ungünstige Strategie, die zur Bewältigung von Stressoren eingesetzt wird.“⁴³

Ohnmächtig gegenüber ihren eigenen Gefühlen sind die Betroffenen emotional abgeschnitten von der Welt und möchten sich wieder spüren.

Der zugefügte Schmerz durch die Verletzung wird kaum empfunden, wirkt aber wie eine Erlösung: Endorphine werden ausgeschüttet, der körperliche Erregungszustand ebbt ab, die Betroffenen fühlen sich wieder frei und können das Gefängnis ihrer erdrückenden Gefühle für den Moment sprengen.

Doch hier beginnt der Teufelskreis. SVV wirkt wie eine Droge: Auf Anspannung erfolgt Entspannung. Auch wenn die Betroffenen sich für ihre Tat schämen und großen Frust empfinden, verbleibt die Erkenntnis, dass die Selbstverletzung geholfen hat. Diese positive Erfahrung entwickelt sich zum verallgemeinerten Verhalten und nimmt Suchtformen an. Im chronischen Verlauf können dann bereits kleinere Stress- oder Erregungsauslöser ausreichen, um den Prozess der Selbstverletzung erneut in Gang zu setzen (Resch, 2001; Skegg, 2005; Suyemoto, 1998).

Klonsky (2007) hat 18 Studien miteinander verglichen und konnte Übereinstimmungen betreffend der Affektregulation entdecken.

„Diese Konsequenzen im Sinne einer negativen Verstärkung (Beendigung eines unangenehmen Zustands) und einer positiven Belohnung (Erzeugung eines angenehmen Zustands) reduzieren die Belastungen und verfestigen das Verhalten weiter. Mit dem selbstverletzenden Verhalten werden die Auslöser ausser Kraft gesetzt; die vorausgehenden Bedingungen werden hingegen nicht beeinflusst. Je häufiger selbstverletzendes Verhalten erfolgreich ist, desto höher ist das Risiko, dass das selbstverletzende Verhalten das Ausmass einer psychischen Störung annimmt.“⁴⁴ (vgl. Abb. 1 - Modell nach Nitkowski & Petermann, 2008)

Ungarische Wissenschaftler haben nun vermutlich die Ursache dafür gefunden: Ein Gen, das bekanntermassen die Wahrscheinlichkeit für Psychosen erhöht, scheint auch die Kreativität zu fördern. Das Gen namens Neuregulin 1 steuert unter anderem die Entwicklung der Gehirnzellen und beeinflusst die Flexibilität der Kontaktstellen sowie die Kommunikation zwischen diesen Neuronen.⁴⁵

„Aktuelle Belastungen können in aversiven Erregungs-, Bewusstseins- oder Affektzuständen sowie drängenden Gedanken oder Bedürfnissen bestehen, die durch widrige soziale Bedingungen oder Ereignisse (äussere Bedingungen) hervorgerufen oder im Rahmen von psychischen oder Persönlichkeitsstörungen (innere Bedingungen) auftreten. Solche Stressoren können aufgrund defizitären Fertigkeiten nicht angemessen abgebaut werden. Die Belastungen lösen auf der Basis der Vulnerabilität die Selbstverletzung als Reaktion aus: Mit der Selbstverletzung werden dann entsprechend beispielsweise

- dissoziative Zustände aufgehoben,
- intensives Spannungsempfindungen reduziert,
- Selbstbestrafungsgedanken ausagiert oder
- dem Bedürfnis entsprochen, Aufmerksamkeit durch die Umwelt zu erhalten.“⁴⁶

⁴² Petermann & Winkel: S. 162f

⁴³ Petermann & Winkel: S. 163

⁴⁴ Petermann & Winkel: S. 163

⁴⁵ [http://www.cell.com/ajhg/abstract/S0002-9297\(07\)60372-3](http://www.cell.com/ajhg/abstract/S0002-9297(07)60372-3)

(28.05.2015)

⁴⁶ Petermann & Winkel: S. 163

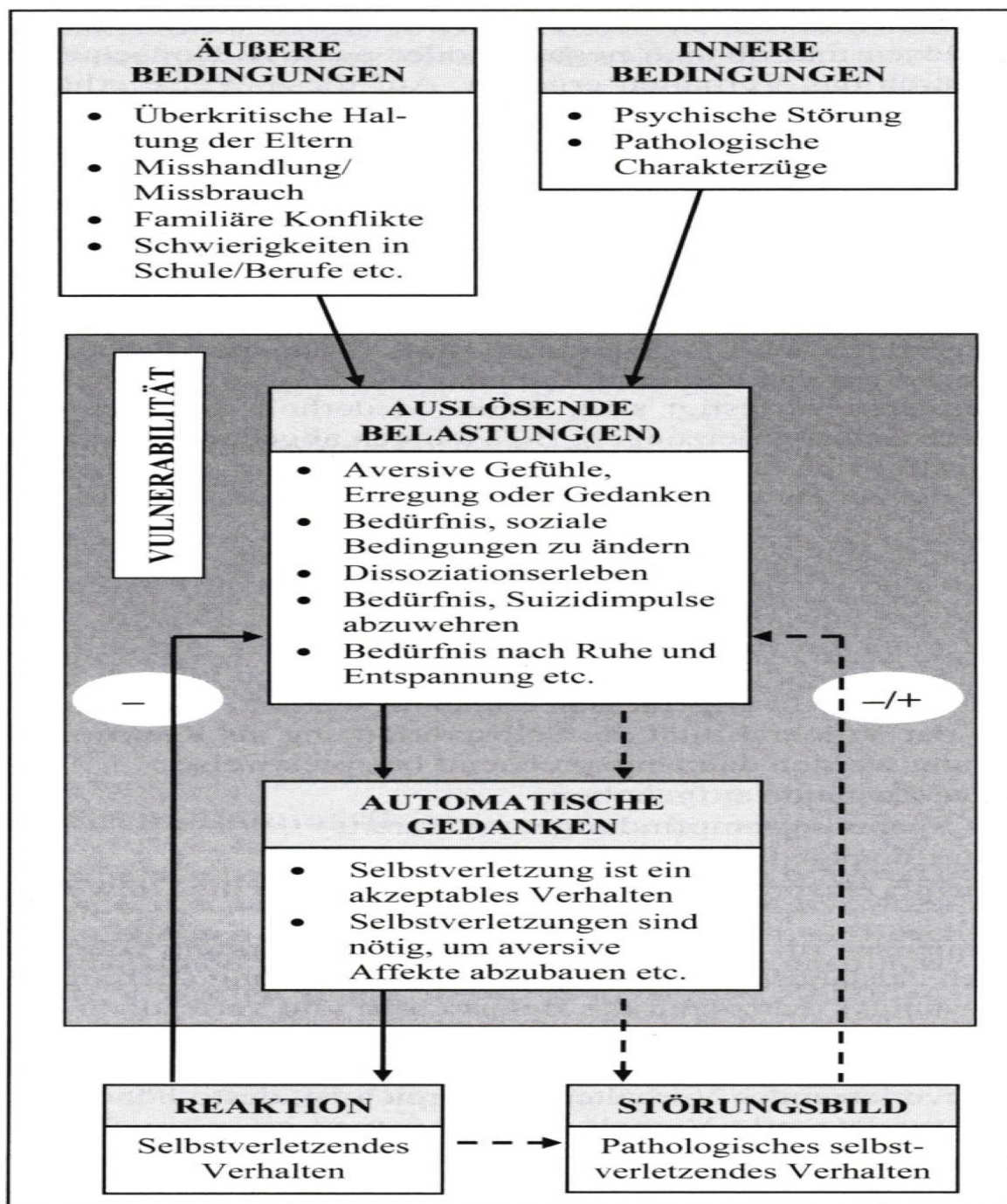


Abbildung 1: Verhaltensdiagnostisches Bedingungsmodell selbstverletzenden Verhaltens

3 FORSCHUNGSFRAGE

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen die nachfolgenden Fragestellungen untersucht werden:

Konkrete Fragestellung:

Gibt es einen Zusammenhang von „Ritzen“ und Suizidalität bei Adoleszenten im Alter von 10-18 Jahren anhand einer Prävalenz-Studie im Schulsetting in der Deutschschweiz?

Nebenfragestellungen:

- Gibt der soziale Status einen Aufschluss über die „Ritzer“?
- Wie sieht die Resilienz/Bewältigungsstrategie dieser Automutilanten aus?

4 ZIEL DER ARBEIT

... ist es:

- Das Verhalten von „Ritzern“ und das Auftreten von Suizidgedanken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren in der Deutschschweiz im Schulsetting zu erfassen.
- Der Frage nach zu gehen, ob ein Zusammenhang hinsichtlich „Ritzen“ und Suizidalität aufgefunden werden kann.
- Einen möglichen Zusammenhang von „Variablen des Elternhauses“ und „Ritzern“ aufzuzeigen und ebenso bei Kindern und Jugendlichen mit Suizidgedanken.
- Faktoren und Mechanismen zu identifizieren, die mit „Ritzen“ und Suizidgedanken bei Kindern/ Jugendlichen verbunden sind.
- Die Resilienz, Bewältigungs- und Lösungsstrategien von solchen Kindern/Jugendlichen zu untersuchen.
- Das Hilfesuchverhalten/Vertrauenspersonen zu entschlüsseln.
- Einige Geschlechterspezifitäten aufzudecken.
- Den Einfluss der Medien zu evaluieren.

5 METHODIK

5.1 Design

Eine online Umfrage welche an Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren in der Deutschschweiz im Schulsetting durchgeführt wurde.

Der eingesetzte online Fragebogen war via Lime Survey zu beantworten. Die Bearbeitungsdauer betrug für solche mit „Ritz“- und/oder Suizidproblematik ca. 20 Minuten und ca. 5 Minuten für das Nichtvorhandensein von „Ritzsymptomatik“ und Suizidalität. Die für die Forschungsfragen relevanten Einfach- und Mehrfach-Auswahl-Items des Fragebogens sind im Nachfolgenden wiedergegeben.

Der in der Studie vorliegende Fragebogen ist in fünf Abschnitte geteilt und stellt neben allgemeinen Fragen, Fragen zu Selbstwertgefühl, belastende Ereignisse und deren Lösungsstrategien, zu „Ritzen“, zu Suizidgedanken/-versuchen, zu innerem Leeregefühl/Erleben und zum Einfluss der Medien.

Im Abschnitt 1 Allgemeine Fragen wurden die Fragen 1.1 bis 1.12 von der Autorin selbst kreiert, um allgemeine Hintergrundinformationen zu erhalten um später geschlechtsspezifisch, altersentsprechend und ethnisch trennen zu können. Beeinflusst wurde die Autorin stets von der Studie von Hawton; Rodham & Evans, 2008. Selbstverständlich haben andere Studien dies in ähnlicher Weise bereits untersucht.

Weiter im Abschnitt 2: Frage 2.1 zu den belastenden Ereignissen wurde vollumfänglich der Studie von Hawton; Rodham & Evans, 2008 (S. 25) entnommen. Frage 2.2 ist die Kurzform von der Robson Selbstkonzept-Skala welche ebenfalls in der Studie von Hawton; Rodham & Evans, 2008 aufgeführt wurde und in dieser Form von der Autorin übernommen wurde. Ebenfalls stammt Frage 2.3 von Hawton; Rodham & Evans, 2008 wobei die Punkte 7 und 8 von der Autorin zusätzlich hinzugefügt wurde, da nach ihrer Ansicht nicht nur Alkohol sondern auch Drogen und kiffen eine wesentliche Rolle spielen. Die Frage 2.4 in Punkto Vertrauenspersonen wurden diese ebenfalls von der oben erwähnten Studie übernommen, jedoch die Personen von der Autorin einzeln aufgelistet und mit Grossvater & Grossmutter sowie Psychologe, Arzt, Therapeut „vervollständigt“.

Im Abschnitt 3 wird eine dichotome Eingangsfrage zum „Ritzen“ gestellt, welche beim Nichtvorhandensein direkt zum nächsten Abschnitt führt und ebenso im Abschnitt 4, so dass sich für Probanden ohne „Ritzproblematik“ und ohne Suizidgedanken/-versuch eine geringe Ausfüllzeit und eine minimale Belastung ergeben.

Abschnitt 3 und 4 wurden danach miteinander verglichen, Unterschiede festgehalten und die konkrete Fragestellung dieser Arbeit beantwortet.

Auf die Fragen 3.1 bis 3.4, 3.9 bis 3.12, 3.14 bis 3.16, 3.18 und 3.19 ergaben sich aus Gesprächen mit Betroffenen, welche die Autorin in den Fragebogen einfließen lassen wollte. 3.5 und 3.6 wurden aus den Studienergebnissen von rotetraenen.de evaluiert und konstruiert. Des Weiteren wurden die Fragen 3.7 und 3.8 aus Gesprächen mit Betroffenen, der Studie von Hawton; Rodham & Evans, 2008 und der Autorin selbst kombiniert. Die Frage nach dem Alter beim 1. Mal „ritzen“ - 3.13, wurde gestellt, um mit anderen Studien vergleiche zu ziehen. 3.17 wurden von der Studie Hawton; Rodham & Evans, 2008 übernommen. Diese Fragen waren wichtig um diese Angaben mit dem verhaltensdiagnostischen Bedingungsmodell selbstverletzenden Verhaltens nach Nitkowski & Petermann, 2008 zu evaluieren und auszuwerten.

Abschnitt 4 wurde ähnlich wie Abschnitt 3 aufgebaut. Die Fragen 4.1 bis 4.7 und ebenso die Fragen 4.9 und 4.10 wurden mit Betroffenen und der Autorin zusammengestellt. Die Frage 4.8 wurde der Frage 3.17 ebenbürtig gemacht.

Aus den Gesprächen mit den Betroffenen ergab sich immer wieder die Frage nach einem innerlichen Leeregefühl und so wurde die Frage 5.1 konzipiert. Da viele Studien mit Menschen welche bereits vorbestehenden Krankheitsbilder diagnostiziert bekommen hatten, war auch dies ein Anliegen dies in einer Frage – 5.2 – festzuhalten. Die letzte Frage widmete sich den Medien, da es von verschiedenen Fachleuten wie zum Beispiel Franz Resch, Chef der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Heidelberg (2005) als einflussreich hinsichtlich des „Ritzens“ dargestellt wird.

Insgesamt werden 43 Items zum Teil mit offenen, zum Teil mit geschlossenen Fragestellungen und als integrierte Tabellen gestellt.

Den detaillierten Fragebogen ist im Anhang zu finden.

5.2 Teilnehmer/-innen

Geplant waren ca. 1000 Schüler/-innen in der Deutschschweiz im Alter von 10-18 Jahren.

Tatsächlich bereiterklärt und durchgeführt wurde die online Befragung an 14 von insgesamt 53 angefragten Schulen, welche insgesamt ca. 7500 Schüler unterrichten und von diesen effektiv 286 Probanden an der Studie teilnahmen. Leider konnte durch das Zu- und Absagen nicht mehr genau evaluiert werden, von welcher Schule mit welchem Bildungshintergrund wie viele effektiv teilnahmen.

Schlussendlich wurden 286 Fragebögen gestartet und davon 284 Fragebögen komplett beendet.

Die Kinder und Jugendlichen wurden keiner Vorselektion unterzogen. Alle Kinder/ Jugendliche im Alter zwischen 10 und 18 Jahren, die in der Deutschschweiz wohnen, waren herzlich dazu eingeladen, diesen Fragebogen auszufüllen (nachdem sich die Schule und Eltern einverstanden erklärt hatten). Abwesende und Schüler deren Einverständnis der Eltern oder das von ihnen selbst nicht erteilt wurde, wurden automatisch vom Fragebogen ausgeschlossen.

5.3 Durchführung

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wurden in einem ersten Schritt eine intensive Literaturrecherche betrieben. Daraus ergaben sich unterschiedliche Fragestellungen, welche von anderen Fragebögen übernommen, teilweise abgeändert oder selbst neu hinzugefügt wurden. Dieser Fragebogen wurde vom Link Institut in Luzern begutachtet und an einer 15-köpfigen Gruppe unterschiedlichen Alters im Schulsetting getestet.

In einem zweiten Schritt wurden unterschiedliche Schulen im deutschsprachigen Raum der Schweiz per E-Mail angeschrieben und gebeten, sich an einer online Umfrage über die Prävalenz von Ritzen und Suizidalität zu beteiligen. Um die Varianz zu erhöhen, wurde darauf geachtet, dass verschiedenartige Schulen aus unterschiedlichen Kantonen erreicht wurde. Die Auswahl der 53 angeschriebenen Schulen entspricht somit einem „zufälligen“ Auswahlverfahren von Primar-, Real-, Sekundar-, Kantons- und Berufsschulen in der Deutschschweiz. Die online Befragung wurde über das Web-Portal www.limesurvey.com durchgeführt. Zusätzlich wurde der Fragebogen den angeschriebenen Schulen auch als Word-Datei im E-Mail angehängt, damit diese einen Einblick zur Befragung hatten. Die Schulen, Eltern und Kinder gaben Ihr schriftliches Einverständnis an der Studie teilzunehmen.

Der Fragebogen war online zu beantworten und die Teilnehmer blieben anonym. Selbstverständlich konnten die Probanden jederzeit die Befragung abbrechen und es wurden keine personenspezifischen Daten erhoben.

Der Fragebogen war von Anfang März 2014 bis Ende Dezember 2014 online.

In einem dritten Schritt wurden die aus der Umfrage gewonnenen Daten erfasst, miteinander verglichen und deskriptiv ausgewertet.

5.4 (Statistische) Analyse

Die Fragebogendaten wurden via Lime Survey und mit dem Statistikprogramm SPSS Version 21.0 (IBM SPSS Statistics, Somers, NY) durch den Statistiker Harald Lothaller ausgewertet. Sofern eine ausreichend große Fallzahl zur Vergleichbarkeit der Kategorien vorlag, wurden die erhobenen Fragebogendaten mit Anderen aus dem Fragebogen erhaltenen Daten mittels dem Chi2-Test nach Pearson auf signifikante Häufigkeitsunterschiede hin untersucht. Diese Testverfahren wurden mit einem Signifikanzniveau bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0.05$ durchgeführt. Wo die Fallzahl für die statistische Vergleichbarkeit der Kategorien nicht gegeben war, erfolgte der Datenvergleich auf der Grundlage von deskriptiven Häufigkeitsanalysen auf Augenschein. Auffällige Differenzen wurden beschreibend kommentiert.

6 ERGEBNISSE

6.1 Überblick

Die Originalvalidierung wurde an einer Schulstichprobe in der Deutschschweiz mit 286 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10-18 Jahren an 14 von einander unabhängigen Schulen durchgeführt. Davon haben 2 Probanden den anonymen online Fragebogen abgebrochen, alle anderen 284 Adoleszenten (167 weibliche = 58,8% und 117 männliche = 41,2%) haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Das Durchschnittsalter der Auszufüllenden lag bei 15 Jahren und 4.5 Monaten.

- Zahlen und Fakten

Häufigkeit des „Ritzens“ und/oder Suizidgedanken

		Hatten Sie schon Suizidgedanken?		
		Nein	Ja	Gesamt
	<i>Nein</i>	167	67	234
Haben Sie sich schon einmal geritzt?	<i>Ja, einmalig</i>	25	1	26
	<i>Ja, mind. 2-5x</i>	7	5	12
	<i>Mehr als 5x</i>	6	6	12
Gesamt		205	79	284

Tabelle 1: Haben Sie sich schon einmal geritzt? * Hatten Sie schon Suizidgedanken?

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11,605	3	,009
Likelihood-Quotient	14,146	3	,003
Anzahl der gültigen Fälle	284		

Tabelle 2: Chi-Quadrat-Test: Ritzen und Suizidgedanken

Bei dieser Gegenüberstellung in der Kreuztabelle wurden 50 „Ritzer“ erfasst. Das heisst, dass 17,6% aller Befragten sich „geritzt“ haben. Drei „Ritzer“ hatten bereits eine klinische Diagnose (Anorexie, Bulimie, Borderline) im Vorfeld erhalten. 12 von diesen „Ritzern“ hatten Suizidgedanken, 38 davon waren ohne Suizidgedanken. 67 Probanden hatten Suizidgedanken ohne „Ritzproblematik“. Somit hatten insgesamt 27.8% aller Befragten schon Suizidgedanken!

Daraus kann man folgern, dass „Ritzen“ und Suizidalität keinen erkennbaren Zusammenhang aufweisen.

24 dieser 50 „Ritzer“ verspüren ein innerliches Leeregefühl (37 weitere Probanden ohne „Ritzthematik“; das entspricht insgesamt 21,5% aller Umfrage-Beteiligten).

Interessant ist die 1. Zeile, hier gibt es eine signifikante Auffälligkeit, dass bestimmte Kombinationen über Erwarten häufig oder unter Erwarten selten vorkommen. Welche das sind, das zeigen in der Tabelle oben die korrigierten Residuen unter der tatsächlichen Anzahl: Wenn der Wert < -2 ist, dann ist diese Kombination besonders selten („ja“ bei Suizidgedanken und „ja, einmal“ bei geritzt). Fazit: Viele d.h. 25 haben sich einmalig geritzt, jedoch keine suizidalen Gedanken dabei verfolgt. Sonst sind alle Verteilungen im normalen Schwankungsbereich. Aber: Die verschiedenen Ja-Ausprägungen sind zum Teil (insgesamt, das heisst, unabhängig von Suizidgedanken) recht gering vorhanden.

8 der „Ritzer“ vollziehen ihr „Ritual“ „täglich“, 4 „1x in der Woche“, 7 „1x im Monat“, 13 „1x im Jahr“ und bei 16 war es einmalig oder unterschiedlichen Intervalls.

Bei 37 war das „Ritzen“ „freiwillig“, bei 9 war es „gezwungen (z.B. Freundeskreis, Mutprobe)“ und bei 4 war es „absichtlich durch andere dir hinzugefügt (Fremdeinwirkung)“.

28 der Automutilanten empfanden vor dem 1. „Ritzen“ „Wut/Ärger 100%“, 12 waren in ihrer Gemütslage „neutral“, 5 empfand „Trauer 100%“ und 5 lag zwischen Wut/Ärger-Neutral-Trauer. Mit zunehmendem „Ritzen“ nahm die Trauer exponentiell zu und die Wut nahm deutlich ab.

Der Ort des „Ritzens“

An der „Arm Innenseite“ haben sich 33 verletzt, 12 an der „Arm Aussenseite“, 2 an der „Bein Aussenseite“ und je 1 Person an der „Bein Innenseite“, an der „Fusssohle“ und „Rücken, Beininnenseite, Zehen, Fingerspitzen, Nase“.

43 „ritzen“ sich immer an der selben Körperstelle und 7 wechseln die zu „ritzende“ Körperstelle (von „innen nach aussen“, „Innenarmseite → Wade“, „Innenseite Arm, danach am Hals“, „je nach Bedarf Arme oder Beine oder beides“, „ständig im Wechsel“, „von Arminnenseite zu Fusssohle“, „wechsle ständig, meistens aber Arminnenseite“).

Verschiedene Gründe des „Ritzens“

„Weshalb haben sie sich geritzt bzw. ritzen sie sich“ – Mehrfachantworten waren möglich: 20 „um mich zu spüren“, 19 „wenn ich mich einsam fühle, gibt mir das „Ritzen“ den nötigen Halt“, 17 „wenn ich mich Leer fühle“, 15 „der Stress in der Schule ist zu gross“, 14 „weil in meiner Clique sich alle ritzen“ oder „wenn ich die Langeweile nicht aushalte“, 12 „weil mich keiner mag“, 10 „unerträglicher Ärger mit den Eltern“, 6 „weil ich immer Aussenseiter/in bin und gemobbt werde“, 5 keiner kümmert sich um mich, was Essen, Schlafen oder Kleidung angeht“, 4 „weil ich durch meinen Freund/in so verletzt und enttäuscht war, dass ich es nicht mehr aushalten konnte“ oder „wenn ich manchmal gedanklich damit spiele, mein Leben zu beenden“, 3 „ich würde gerne sterben, doch ich habe Angst davor/mir fehlt der Mut dazu“ oder „weil ich unerträgliche körperliche Schmerzen verspüre“ oder „bei unerwünschten sexuellen Kontakten mit Erwachsenen“, 2 „ich habe bereits versucht, mein Leben zu beenden, doch es ist mir missglückt“, 1 „wenn Eltern oder andere Erwachsene mich schlagen“ und 30% „Sonstiges“ („Andere haben es mir gemacht – eine Art Mutprobe“, „Blutsbruderschaft“, „Blutsverwandtschaft“, „Freundschaftsbeweis“, „just for fun“, „mache es gerne“, „Mutprobe“, „Neugier“, „Trauer, Angst“, und 4x „wollte es einfach ausprobieren“). Diese Gründe entsprechen auch den Gründen für das erstmalige „Ritzen“.

Reaktion auf das „Ritzen“

Zur Frage „was bringt ihnen das Ritzen“ waren auch wieder Mehrfachantworten möglich: 21 „spüre mich für eine kurze Dauer wieder selbst“, 20 „ich kann die alltägliche Belastung/Stress dadurch lindern“ oder „ich kann für einen kurzen Moment aus der belastenden Situation entkommen und es ist wie eine Impulsentladung und werde frei von Gedanken z.B. Sorgen“ oder „kann damit angeben und bin cool“, 15 „ich fühle mich entspannt“ oder „möchte die Wärme des Blutes spüren und/oder das Blut fließen sehen“, 10 „es ist wie eine Sucht und ich brauche es, denn es ist wie atmen“ und 4 gaben an „ich kann anderen Menschen zeigen, wie verzweifelt ich mich fühle“.

Dauer des Impulses des „Ritzens“ und Setting

„Wie lange hält der Impuls des Ritzens an“: Bei 13 „Tage“, 12 gaben an „Sekunden“, 8 „Minuten“ oder „Wochen“, 6 kreuzten „Stunden“ an und 2 „tat höllisch weh“ oder „war einmalig“. Zählt man die Prozente zusammen, kommt man auf 26 innerhalb 24 Stunden.

Zeitlich ritzen sich 16 „abends wenn ich von der Schule/Arbeit nach Hause komme (zwischen ca. 19 und 21 Uhr“, 10 „nachmittags“, weitere 9 „abends“, 5 „unterschiedlich, je nach dem wenn ich alleine bin“, 2 „mittags“ oder „unterschiedlich, je nach Lust und Laune“, 1 „morgens“ oder „nachts“ und 8% „am Morgen beim Aufstehen und vor dem zu Bett gehen“, „einmalig“, „Mitternacht bei Vollmond“, „war einmalig am Nachmittag“.

16 „ritz“ sich immer „alleine“, 15 „je nach Situation, können andere Personen in der Nähe sein, aber sehen nicht, dass ich mir Schmerzen zufüge“, 12 „ritzen“ „vor anderen Augen“ und 7 gaben an „alles möglich – allein – vor anderen Augen etc.“, „Clique war dabei“, „die Anderen sahen mir zu“, „haben uns gegenseitig geritzt“, „ich wurde vor anderen Augen geritzt“, „ja, war alleine“ und „war alleine“.

33 schneiden sich „zu Hause“, 7 „auf dem WC/Toilette“ oder „in der Schule“, 2 „in einer Parkanlage“ und 1 „auf Party“, „im Kino“, „wo ich Lust habe und/oder es gerade „brauche““ und „ich war bei einem Kumpel zu Hause“.

32 „ritzen“ sich mit dem „Messer“, 8 mit „Rasierklingen“, 6 „wechseln ständig die Materialien“, 2 mit „Glas“, ebenfalls 2 gaben keine Antwort und 1 gab an mit einer „Katzenkrallen“ sich zu verletzen.

41 planen das Ritzen nicht, 5 „hatten bewusst diesen Tag ausgewählt“ oder „es war ganz klar so abgemacht, wann, wie, wo, was“ oder „war mir klar, dass ich es am Abend mache“ oder „wusste,

diesen Abend und kein Anderer, zu Hause, allein“ oder „zu Hause vor 2 Jahren bei Vollmond – im Garten“ und 4 gaben an, dass es unterschiedlich ist.

Motive beim „Ritzen“

(Mehrfachantworten möglich) - 26 „wollte Aufmerksamkeit bekommen“, 21 „habe Erleichterung von einem schrecklichen Zustand gesucht“, 10 „wollte mich selbst bestrafen“, 6 „wollte zeigen, wie verzweifelt ich mich fühlte“, ebenfalls 6 „wollte herausfinden, ob jemand mich wirklich liebt“, 4 „wollte sterben“ und 1 „wollte mich an jemandem rächen“.

Therapie und/oder Ablenkungsmanöver

Nur gerade 2 sind oder waren wegen dem „Ritzen“ in Therapie. 9 würden auch nie freiwillig Hilfe annehmen/suchen. Nur gerade 4 konnten oder können mit jemandem darüber sprechen. 35 nehmen keine Hilfe in Anspruch oder konnten sich selbst helfen (deren eigene Meinung)!

Um auf das „Ritzen“ zu verzichten, gab es verschiedene Ablenkungsmanöver, doch meist genannt, wurde Sport/Bewegung oder Freunde treffen.

Die Rolle der Medien

Bei diesen 50 „Ritzern“ hatten 39 (=78%) angegeben, dass die Medien beim „Ritzen“/Suizid eine Rolle spielen (65,1% aller Befragten waren ebenfalls der Meinung, dass die Medien Einfluss nehmen).

Gender und „Ritzverhalten“

		Geschlecht		
		Weiblich	Männlich	Gesamt
	<i>Nein</i>	128	106	234
Haben Sie sich schon einmal geritzt?	<i>Ja, einmalig</i>	17	9	26
	<i>Ja, mind. 2-5x</i>	12	0	12
	<i>Mehr als 5x</i>	10	2	12
Gesamt		2167	117	284

Tabelle 3: Haben Sie schon einmal geritzt? * Gender

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	13,478	3	,004
Likelihood-Quotient	18,182	3	,000
Anzahl der gültigen Fälle	284		

Tabelle 4: Chi-Quadrat-Tests: Gender und Ritzen

Von den gefundenen 50 „Ritzern“ kann man eine Gendertrennung erkennen – 38 weibliche (=76% aller „Ritzer“; dies entspricht insgesamt 22,8% aller Teilnehmerinnen) und 12 männliche (=24% aller „Ritzer“; dies entspricht insgesamt 10,3% aller Teilnehmer) Untersuchten. Eine signifikante Auffälligkeit finden wir v.a. bei „mindestens 2-5x“ bei weiblich häufiger als bei männlich seltener.

Das Durchschnittsalter beim erstmaligen Ritzen bei den 50 erhobenen Automutilanten lag bei 13 Jahren und 4 Monaten.

Suizid oder Suche nach Aufmerksamkeit

	Häufigkeit	Prozent
Ja	8	2,8
Ja, aber mir fehlt/e der Mut dazu	26	9,2
Nein	236	83,1
Nein, aber ich wollte Anderen einen Schrecken einjagen	14	4,9
Gesamt	284	100

Tabelle 5: Wollten Sie sich auch schon einmal das Leben wirklich nehmen?

34 von 284 Teilnehmern wollten sich schon einmal das Leben nehmen (mit und ohne Suizidgedanken, dies entspricht 12% aller Befragten). Von diesen 34 fehlte aber 26 der Mut es zu tun. 5 planten schon ganz konkret ihren Suizid (2 stehen laut eigenen Angaben kurz davor, 3 fehlt noch der Mut, wissen aber schon wie und wo) und 6 (4 Mädchen und 2 Jungs) taten es wirklich (1 von den 6 bereits zum 2. Mal), verlief aber glücklicherweise noch glimpflich.

	Häufigkeit	Prozent
Ja	205	72,2
Nein	22	7,7
Gesamt	57	20,1
Gesamt	284	100

Tabelle 6: Sind Ihre Suizidgedanken so stark, dass Sie ernsthaft Ihren Suizid planen oder bereits geplant haben?

Hier findet man wieder die 79 davon 34 weiblich (=20,4% aller Mädchen) und 45 männlich (=38,5% aller Jungs), die bereits an Suizidgedanken leiden und/oder litten. 22 von diesen waren der Meinung, dass sie sogar ernsthaft ihren Suizid planen bzw. schon ausgeführt haben. 6 von den 22 hatten bereits mindestens einen hinter sich (meist in Kombination mit „Tabletten“, „Alkohol“, „Drogen“, „Pulsadern“) und 5 hatten einen ganz konkreten Plan sich zu töten („Kopfschuss“, „von einer Brücke oder vor den Zug springen“, „Drogen“, „Alkohol“, „betrunken sich mit dem Messer erstechen“).

Behandlung und Bezugspersonen

10% waren/sind bereits wegen ihren Suizidgedanken in Behandlung, 16.5% würde niemals freiwillig Hilfe annehmen und 73.5% konnten sich selbst helfen oder nehmen keine Hilfe in Anspruch.

59.5% haben noch mit keinem darüber gesprochen oder wollen es niemandem sage, 25.3% haben ihre Suizidgedanken „indirekt“ geäußert, 11.4% „direkt“ und 3.8% haben sich mitgeteilt, fühlen sich aber nicht wahrgenommen.

Vertrauenspersonen in Bezug zur Suizidalität sind meist die Eltern, Grosseltern, Paten oder Freunde.

- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ritzen und der Suizidalität?

		Geschlecht		
		Weiblich	Männlich	Gesamt
	<i>Nein</i>	128	106	234
Ritzen	<i>Ja</i>	39	11	50
Gesamt		167	117	284

Tabelle 7: Ritzen_JaNein * Gender

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,232	1	,002		
Kontinuitätskorrektur	8,295	1	,004		
Likelihood-Quotient	9,846	1	,002		
Exakter Test nach Fisher				,002	,002
Anzahl der gültigen Fälle	284				

Tabelle 8: Chi-Quadrat-Tests: Ritzen_JaNein * Gender

Signifikant: Nahe zu $\frac{3}{4}$ der Gesamt-Automutilitanten waren weiblich und $\frac{1}{4}$ männlich.

Bei der Erhebung wurden 79 davon waren 34 weiblich (=20,4% aller Mädchen) und 45 männlich (=38,5% aller Jungs) Befragte gefunden, die bereits einmal in ihrem Leben an Suizidgedanken leiden und/oder litten (dies entspricht 27.8% aller Befragten). 22 von den 79 hatten bereits ernsthafte Suizidpläne bzw. 6 von 22 hatten schon mindestens einen getätigt.

		Hatten Sie schon Suizidgedanken?		
		Nein	Ja	Gesamt
	<i>Nein</i>	167	67	234
Ritzen	<i>Ja</i>	38	12	50
Gesamt		205	79	284

Tabelle 9: Ritzen_JaNein * Hatten Sie schon Suizidgedanken?

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,440	1	,507		
Kontinuitätskorrektur	,240	1	,624		
Likelihood-Quotient	,451	1	,502		
Exakter Test nach Fisher				,603	,317
Anzahl der gültigen Fälle	284				

Tabelle 10: Chi-Quadrat-Tests: Ritzen_JaNein * Hatten Sie schon Suizidgedanken?

Wie man der 1. Kreuztabelle entnehmen kann, hat die Hälfte der Automutilitanten sich einmalig „geritzt“, dabei aber keine suizidalen Absichten verfolgt. Im Gesamten konnten keine Auffälligkeiten erfasst werden, das heißt, sie sind unabhängig von einander. Somit konnte kein Zusammenhang von „Ritzen“ und Suizidalität festgestellt werden.

- Gibt der soziale Status einen Aufschluss über die „Ritzer“?

Schulbildung/Berufsausbildung

Von den 50 Automutilitanten besuchen 21 die Kantonsschule/Gymnasium, 14 die Berufsschule, 9 die Sekundar- oder Realschule, 3 die Universität, 1 die Primarschule, 1 war auf der Lehrstellensuche und

1 Person macht ein Zwischenjahr. Damit haben wir 50% auf einem gymnasial/universitären Weg und 50% auf einem noch offenen bzw. bereits in einem Tätigkeitsbereich.

23 möchten einen Beruf der durch ein Studium erreichbar ist, 20 einen der durch eine Lehre erreichbar ist, ergreifen, 5 möchten gar nicht arbeiten und 2 von Gelegenheits-Jobs leben.

Vergleicht man alle diese Daten mit den „Nicht-Ritzern“, waren keine Auffälligkeiten erkennbar. Somit können wir keine Aussagen betreffend dem sozialen Gefüge treffen.

Einziger ersichtlicher Unterschied: „Ritzer“ wählen eher einen Beruf bzw. haben den Berufswunsch der durch ein Studium erreichbar ist (46%) anstatt der Lehre (40%), als solche die sich nicht „ritzen“ (Studium: 32.1% und Lehre: 53.4%).

9 aller Automutilitanten sehen ihre Zukunft sehr positiv, 22 ziemlich positiv, 13 weder positiv noch negativ, 5 ziemlich negativ und 1 Person sehr negativ.

Elternhaus

Von 32 sind die Eltern verheiratet, von 14 geschieden und 4 sind alleinerziehend.

36 leben in einer 2-Kind-Familie, 9 haben mehrere Geschwister und 5 sind Einzelkinder. 24 sind als jüngstes Familienmitglied geboren, 19 als 1. Kind und 7 dazwischen (von 2. bis zum 11. Kind).

Bei 15 hat ein Elternteil studiert, bei 6 haben beide Elternteile studiert, bei 18 haben beide Eltern eine Ausbildung gemacht, bei 7 hat ein Elternteil keine Ausbildung gemacht, bei 3 beide keine Ausbildung gemacht und bei 1 Person sind die Eltern Sozialbezügler.

Ethnischer Hintergrund/Integration

Bei der Frage zum ethnischen Hintergrund waren 34 gebürtige Schweizer, 4 wurden eingebürgert, 8 sind Ausländer, wurden aber in der Schweiz geboren und 4 leben seit sie 9, 11, 12 oder 16 Jahre alt sind in der Schweiz. Von den 16 ursprünglich ausländischer Herkunft fühlen sich 7 immer, 2 sehr oft, 4 oft, 2 selten und 1 Person nie integriert.

- Wie sieht die Resilienz/Bewältigungsstrategie dieser Automutilitanten aus?

Wie schon oben erwähnt, gab der soziale Status keine Aufschlüsse in Bezug zum „Ritzen“ sowie der Suizidalität.

Hobbys/Freizeitbeschäftigung

Bei Hobbys wie „ich bin viel in der Natur z.B. klettern, Velo fahren, wandern, biken“, „ich hänge oft mit Freunden rum, um einfach Zeit tot zu schlagen“, „Computer und Handy“, „TV gucken“, „rumliegen und nichts tun“, „langweile mich, oft weiss ich gar nichts mit der Zeit anzufangen“ und „Sonstige“ gab es keine markanten Unterschiede. Selbstverletzer lesen (54% zu 43.9%) etwas mehr und spielen häufiger ein Musikinstrument (34% zu 23.9%). Hingegen treiben Ritzer etwas weniger Sport privat oder im Verein (44% zu „Nicht-Ritzer“: 59.8%).

Belastende Ereignisse/Konflikte

Bei den belastenden Ereignissen gaben 18% (zu 9% „Nicht-Ritzer“) an, „Konflikte oder (ernsthafte) Auseinandersetzungen mit Freunden“ zu haben, bei „ich oder eines meiner Familienmitglieder hatte eine schwere Krankheit oder einen Unfall“ 20% (zu 9.8% „Nicht-Ritzer“), bei „ein enger Freund/in von mir hatte eine schwere Krankheit oder einen Unfall“ 24% (zu 15.4% „Nicht-Ritzer“), bei „ich hatte Schwierigkeiten mit der Polizei/Behörde etc.“ 16% (zu 5.1% „Nicht-Ritzer“) und bei „jemand der mir Nahe stand ist verstorben“ 28% (zu 41.6%) an. Andere belastende Ereignisse waren prozentual im selben Rahmen der sich Selbstverletzenden und der „Nicht-Ritzer“.

In der Robson Selbstkonzept-Skala (Kurzform) gab es keine Auffälligkeiten, die nicht in einer 10%-Spanne in Bezug zu den „Nicht-Ritzern“ lagen.

Lösungsstrategien

Hinsichtlich zu den Lösungsstrategien waren „mit jemandem sprechen“ und „versuche, die Dinge ins Reine zu bringen“ etwa Deckungsgleich. Hingegen bei „sich selbst Vorwürfe machen - oft“ 26% (zu 8.1% „Nicht-Ritzer“), „wütend werden - oft“ 22% (zu 7.7% „Nicht-Ritzer“), „im Zimmer bleiben - oft“ 34% (zu 12.8%), „darüber nachdenken, wie man ähnliche Situationen im Vorfeld bewältigt hat –

nie“ 22% (zu 33.8%), „Alkohol trinken – nie“ 42% (zu 65%; manchmal bei „Ritzern“ 48% und „Nicht-Ritzern“ 32.1%), „Drogen konsumieren – nie“ 84% (zu 91.5%; oft bei „Ritzern“ 8% und „Nicht-Ritzern“ 0.4%), „kiffen - nie“ 52% (zu 65.4%; oft bei „Ritzern“ 14% und „Nicht-Ritzern“ 4.7%) und bei „versuchen, nicht daran zu denken, was einem Sorgen macht - nie“ 24% (zu 43.6%; oft bei „Ritzern“ 14% und „Nicht-Ritzern“ 4.7%).

Vertrauensperson(en)

Bei der Frage nach Vertrauenspersonen in belastenden Situationen gab es nur in Punkto Grossvater einen kleinen Unterschied von 6% (zu 20.5% „Nicht-Ritzern“). Insgesamt wurde Freund/Freundin beidseits am häufigsten genannt mit 32% bei den Automutilanten und 26.1% bei den „Nicht-Ritzern“.

6.2 Besonderheiten

Für die Autorin gab es einige überraschende Ergebnisse:

17.6% Automutilanten wurden angetroffen, dies bedeutet, dass jedes 5. bis 6. Kind/Jugendliche sich heutzutage „ritzt“. Davon sind $\frac{3}{4}$ Mädchen und $\frac{1}{4}$ Jungs.

Das männliche Geschlecht „ritzt“ sich häufiger einmalig als „vermeintliche“ Mutprobe; im Gegensatz dazu die Mädchen, diese „ritzen“ sich oft mehrmalig. 50% aller Selbstverletzer zeigten ein repetitives Verhalten.

Etwas verblüffend der Einfluss der Medien. 78% der „Ritzer“ bejahten einen Einfluss der Medien auf ihr Verhalten. 65.1% der anderen Studienteilnehmer.

Innerliches Leeregefühl wurde von 21.5% aller wahrgenommen und ebenso Suizidgedanken 27.8% von allen Befragten. Dies bedeutet fast jedes 4. Deutschschweizerische Kind/Jugendliche hat Suizidgedanken und davon wollten 12% sich schon das Leben nehmen. Doch einen Zusammenhang von „Ritzen“ und Suizidalität konnte nicht gefunden werden.

Elternhaus, Resilienz etc. zeigten per Augenschein keine markanten Auffälligkeiten.

7 DISKUSSION

7.1 Interpretation der Ergebnisse

Im Zusammenhang mit der Einschätzung der externen Validität der klinischen Forschung im Bereich Ritzen und Suizidalität, konnte keine Studie dieser Art aus der Schweiz aufgefunden werden (ausser neu ist bei Pro Juventute CH Eine am entstehen). Es konnte auch keine so umfangreiche vergleichbare Studie die eine Kombination von Automutilation und Suizidalität untersuchte, aufgefunden werden. Einzig Paul L. Plener von der Universitätsklinik Ulm ist seit Jahren im unterschiedlichsten Setting stets am forschen und bringt in den kommenden Wochen eine neue Veröffentlichung einer seiner Studien auf den Markt (2015).

Die Studienergebnisse der hier vorliegenden Arbeit legen nahe, dass diese beiden Themen weit verbreitet sind, jedoch nicht bzw. nur sehr selten ein gemeinsames Nenner haben und nicht wie so oft angenommen wurde, das Eine das Andere impliziert bzw. beinhaltet.

In anderen Studien wurde oft eine Gendertrennung vollzogen und im Bezug zum Alter gesetzt, wie hier auch gemacht wurde. Doch wie das Ritzen vor sich geht und überhaupt abläuft, wurde selten bis nie befragt.

Suizidgedanken sowie ein innerliches Leeregefühl können unabhängig von einer Ritzproblematik und unabhängig von Suizidalität auftreten und müssen auch nicht als Vorbote zum Suizid gedeutet werden, wie bisher oft angenommen wurde.

Die anderen Ergebnisse entsprechen in etwa anderen Studiendaten, falls diese erhoben wurden.

7.2 *Folgerung auf die untersuchte Problematik & den Stand des Wissens*

7.2.1 **Selbstverletzung**

Bei den hier vorliegenden Studiendaten gaben 17.6% aller der 284 Befragten an, dass sie sich mindestens einmal selbst verletzt oder durch Andere ihnen Schmerzen zugefügt wurde.

In einer hiermit vergleichbaren Schulstichprobe aus Heidelberg, gaben 25% an, sich selbst verletzt zu haben (Plener, 2007).

Das heisst, in der vorliegenden Studie haben sich 50% der Automutilanten einmalig „geritzt“ und 50% zeigte ein repetitives Verhalten.

Laut Wikipedia.org „ritzen“ sich nur 2 % der Menschen einmal; die Anderen 98% ritzen sich häufiger (25 bis 50 mal: 23 %; öfter als 50 mal: 75 %).

Bei dieser Studie haben sich 66% an der „Arm Innenseite“, 24% an der „Arm Aussenseite“, 4% an der „Bein Aussenseite“ und je 2% (= 1 Person) an der „Bein Innenseite“, an der „Fusssohle“ und „Rücken, Beininnenseite, Zehen, Fingerspitzen, Nase“ verletzt.

86% der Selbstverletzer „ritzen“ sich immer an der selben Körperstelle und 14% wechseln die zu „ritzende“ Körperstelle (von „innen nach aussen“, „Innenarmseite → Wade“, „Innenseite Arm, danach am Hals“, „je nach Bedarf Arme oder Beine oder beides“, „ständig im Wechsel“, „von Arminnenseite zu Fusssohle“, „wechsle ständig, meistens aber Arminnenseite“).

Laut Rotetraenen.de schneiden sich 85% an den Extremitäten und 15% am Rumpf.

7.2.2 **Gender**

Bei den 50 gefundenen Ritzern kann man eine Gendertrennung erkennen – 38 weibliche (=76% aller Ritzer; dies entspricht insgesamt 22,8% aller Teilnehmerinnen) und 12 männliche (=24% aller Ritzer; dies entspricht insgesamt 10,3% aller Teilnehmer) Untersuchten. Dabei konnte eine signifikante Auffälligkeit v.a. bei „mindestens 2-5x“ bei weiblich häufiger als bei männlich seltener angetroffen werden.

Wie bereits erwähnt wie Hawton, Rodham und Evans (2005) kamen auch Alao, Yolles & Huslander (1999); Clarke & Whittaker (1998); Farber (1997); Krasucki, Kemp & David (1995); Levenkron (1998); Solomon & Farrand (1996); Zlotnick, Mattia & Zimmerman (1999); Bühring (2005); Schultze (2007); Brunner et al. (2007) und Hawton et al. (2008) zu dem selben Ergebnis.

In der Studie von Hawton, Rodham und Evans berichten beispielsweise 11,2% der Mädchen von SVV (2005), aber nur gerade mal 3,2% der Jungen. Bei Mädchen trat absichtliche Selbstschädigung also fast viermal so häufig auf wie bei den Jungen. In ähnlicher Weise berichteten 22,4% der Mädchen, dass sie (2005) an Selbstschädigung gedacht hatten, verglichen mit 8,5% der Jungen, dies entspricht einem Verhältnis von 2,6:1.

Diese Zahlen entsprechen auch anderen Studien. Insgesamt waren die Raten bei den Mädchen etwa 1,25-mal höher als bei den Jungen, und die Rate der Suizidversuche war bei den Mädchen mehr als doppelt so hoch wie bei den Jungen.

Kein Geschlechterunterschied fanden folgende Studien Briere & Gil (1998); Nixon et al. (2002); Klonsky et al. (2003) und Muehlenkamp und Gutierrez (2004) fanden sogar heraus, dass bei einer Gruppe von 390 High-School-Schülern sogar die männlichen Selbstverletzungen leicht höher lagen (54,8% männlich und 45,2% weiblich!).

7.2.3 **Suizidale Gedanken und Suizidversuche**

Bei der Erhebung wurden 79 davon 34 weiblich (=20,4% aller Mädchen) und 45 männlich (=38,5% aller Jungs) Befragte gefunden, die bereits einmal in ihrem Leben an Suizidgedanken leiden und/oder litten (dies entspricht 27.8% aller Befragten). Plener (2011) fand 36% mit Suizidgedanken in Deutschland. In Österreich kam eine Studie von Dervic et al. (2007) auf 37.9% und Gmitrowicz et al. (2003) auf 30.8% in der in Polen durchgeführten Untersuchung. In den USA fand Alaimo et al. (2002) 19.8% und Eisenberg et al. (2003) 24%.

22 von den 79 hatten bereits ernsthafte Suizidpläne bzw. 6 von 22 hatten schon mindestens einen getätigt (=2.1%). Für Suizidversuche fand man folgende Zahlen aus Europa: 6.5% aus Deutschland (Plener 2011), 6.4% aus Grossbritannien (Young et al. 2006), 6.2% aus Dänemark (Elklit 2002) und 7.9% aus Polen (Gmitrowicz et al. 2009). Zahlen aus den USA reichten von 3.1% (Waldrop et al. 2007) bis 8.8% (Eisenberg et al. 2003).

7.2.4 Alter bei Beginn der selbstverletzenden Handlungen

Das Durchschnittsalter beim erstmaligen Ritzen bei den 50 erhobenen Automutilitanten lag bei 13.26 Jahren.

Plener (2011) kam zu dem selben Ergebnis (m=13.03 und w=13.51 Jahren) und ebenso Jacobsen & Gould (2007) die aus unterschiedlichen Studien einen Beginn zwischen 12 und 14 Jahren feststellen konnten. Hilt et al. (2008) hat eine Verschiebung nach unten festgestellt (10.1-14.8 Jahren, das ergibt einen Durchschnitt von 12.7 Jahren).

7.2.5 Ethnischer Hintergrund

Bei der Frage zum ethnischen Hintergrund waren 34 gebürtige Schweizer, 4 wurden eingebürgert, 8 sind Ausländer, wurden aber in der Schweiz geboren und 4 leben seit sie 9, 11, 12 oder 16 Jahre alt sind in der Schweiz. Von den 16 ursprünglich ausländischer Herkunft fühlen sich 7 immer, 2 sehr oft, 4 oft, 2 selten und 1 Person nie integriert. Suizidalität und ethnische Minderheiten wurden nicht miteinander verglichen.

Neeleman und Wessely (1999) stellten fest, „*dass suizidales Verhalten bei ethnischen Gruppen in London in solchen Gebieten häufiger vorkam, in denen diese Gruppe die Minderheit darstellten, als in Gebieten, in denen diese Gruppen einen grösseren Anteil der lokalen Population bildeten*“⁴⁷.

7.2.6 Funktionen selbstverletzendem Verhalten

Auf Anspannung folgt Entspannung. Auch wenn die Betroffenen sich für ihre Tat schämen und großen Frust empfinden, verbleibt die Erkenntnis, dass die Selbstverletzung geholfen hat. Diese positive Erfahrung entwickelt sich zum verallgemeinerten Verhalten und nimmt Suchtformen an. Im chronischen Verlauf können dann bereits kleinere Stress- oder Erregungsauslöser ausreichen, um den Prozess der Selbstverletzung erneut in Gang zu setzen.

Klonsky (2007) hat 18 Studien miteinander verglichen und konnte Übereinstimmungen betreffend der Affektregulation entdecken.

7.2.7 Medien

Bei diesen 50 Ritzern hatten 39 (=78%) angegeben, dass die Medien beim Ritzen/Suizid eine Rolle spielen (65,1% aller Befragten waren ebenfalls der Meinung, dass die Medien Einfluss nehmen).

Hawton & Williams (2002) und Pirkis & Blood (2001) konnten ein „Nachahmungsverhalten“ in den USA und Grossbritannien nach Darstellungen suizidaler Handlungen in den Medien beobachten.

Mitchell und Ybarra (2007) konnten bei sich Selbstverletzenden eine „hohe Internetnutzung“ (mehr als 41 Minuten/Tag) feststellen.

7.3 Eigenkritisches

Selbstverletzung und Suizidalität sind beides sehr aktuelle aber ebenso auch sehr heikle Themen.

Bereits im Vorfeld machte sich eine gewisse Enttäuschung breit, als grosse Schweizer-Organisationen die in der Suizidprävention sich einen Namen verschafft haben, bei jeweils zweimaliger Anfrage zur Mithilfe bzw. Unterstützung der Studie nicht einmal sich dafür hielten, überhaupt eine Antwort zu geben.

⁴⁷ Hawton; Rodham; Evans: S. 70

Deshalb zeigte sich auch die Rekrutierung der Schulen bzw. der Probanden viel schwieriger als erwartet. Schulen die anfangs sich zur Teilnahme bereiterklärt hatten, zogen ihre Einwilligung zurück, als sie den Fragebogen zur Einsicht erhielten, obwohl das Thema bereits bekannt war. Als Grund gaben sie an, sich nicht mit den Eltern über dieses hoch brisante Thema auseinander setzen zu müssen oder nicht einen Nachahmungseffekt an ihrer Schule auszulösen, obwohl ein Adressbeiblatt mit anonymen und auch bekannten Hilfestellen bei der Einverständniserklärung bei jedem Einzelnen beigelegt war. Oder es war schlicht die Flut von Studienanfragen per se. Hier wäre sicher noch ein Optimierungspotential vorhanden, in dem man z.B. direkt mit dem Gesundheitsamt oder der Schule für die Region zur gemeinsamen Ausarbeitung des Fragebogens im Vorfeld Kontakt aufnehmen würde und so auch mehr Studienteilnehmer rekrutieren könnte.

Von zirka der Hälfte der angeschriebenen Schulen kam nie eine Antwort zurück.

Durch dieses Zu- und Absagen konnte leider keinen Stadt-Land-Vergleich mehr durchgeführt werden, was sicherlich noch spannend gewesen wäre, doch die Daten konnten nicht mehr klar der jeweiligen Schule zugeordnet werden.

Erst bei der Auswertung (leider nicht im Probedurchlauf oder auch später) sind 2-3 Fragetechniken bzw. Antworten aufgefallen, die eventuell etwas unklar waren und zu Unsicherheit beim Ausfüllen führten z.B. bei der Frage nach dem Elternhaus und deren Ausbildung mit „ein Elternteil hat, beide haben, ein Elternteil hat nicht“ möglicherweise eine Doppelantwort nötig gewesen wäre, was aber bei der Antwortvorgabe nicht möglich war und bei den Lösungsstrategien war es die Frage „versuchen, nicht daran zu denken, was einem Sorgen macht“. Da war evtl. eine doppelte Verneinung mit „nicht“ in der Fragestellung und „nie“ in der Antwort zum Teil etwas verwirrend. Jedoch hat es keine markanten Unterschiede in der Auswertung erbracht.

7.4 Anregungen zu weiterführender Arbeit

Spannend wäre dieselbe Studie mit anderen Deutschsprachigen Ländern durchzuführen und miteinander zu vergleichen. Ebenso wäre es sinnvoll in einer Klinik mit Klientel mit vorbestehender „Ritzproblematik“ oder Suizidalität die Befragung durchzuführen und evtl. autobiografische Vergleiche zu ziehen.

Verschiedene Suchtverhalten mit dem „Ritzen“ zu analysieren bzw. Parallelen hinsichtlich Autobiografie, Resilienz, Suchtmechanismen etc. zu erkennen.

Auch eine Verknüpfung mit der Chinesischen Medizin sprich Akupunktur zu tätigen, wäre hoch interessant z.B. wie sich der Perikardpuls oder auch alle anderen Pulse vor/während/nach dem Ritzen verhalten, das heisst, ob er in Fülle, Leere oder Ausgeglichenheit ist. Wie es mit den ausserordentlichen Organen und ausserordentlichen Gefässen aussieht. Weshalb oft quer über die Arme und selten im Verlauf der Leitbahn(en) geritzt wird. Ein mögliches Behandlungs- bzw. auch Präventionskonzept mit der Hilfe der Chinesischen Medizin zu entwickeln und mit der sogenannten Schulmedizin zu kombinieren. Weshalb in der Gothik-Szene diese Thematik besonders gehäuft auftritt (oder wir nur meinen, dass es so ist). Ob es eine Veränderung der Aura vor/während/nach dem ritzen gibt. Welche Farben während dem ritzen auftauchen. Wie man solche Personen im Vorfeld und auch akut betreuen kann. Sollten Medien, Schulen, Familie usw. diesem Phänomen mehr oder weniger Aufmerksamkeit schenken? Welche Therapie(-kombination) ist am sinnvollsten? Welche Pflanzen in welcher Art unterstützen die Therapie am effektivsten? Diese und viele andere Fragen wären interessant, beantwortet zu werden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

8.1 Bücher

- Ackermann, Stefanie: Selbstverletzung als Bewältigungshandeln junger Frauen, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2002

- Antonovsky, Aron: Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (A. Franke & N. Schulte, Übers.) Tübingen: DGVT 1997 (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well)
- Anzieu, Didier: Das Haut- Ich, Frankfurt 1991
- Benthin, Claudia: Haut- Literaturgeschichte, Körperbilder, Grenzdiskurse, Hamburg 1999
- Claes, Laurence; Vandereycken, Walter: Schmerzen gegen den Schmerz, 1. Auflage, Patmos Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern 2012
- Cox, Dee; Smith, Gerrilyn; Saradjian, Jacqui: Selbstverletzung - Damit ich den inneren Schmerz nicht spüre, Zürich 2001
- Detig, Alexandra: Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr - Psychodynamische Prozesse zwischen Nähe und Distanz, Göttingen 1989
- Eckhardt, Annegret; Hoffmann, Sven Olav: Depersonalisation und Selbstschädigung; in: Zsch. Psychosom. Med. 9, 1993
- Eckhardt, Annegret: Im Krieg mit dem Körper, Hamburg 1994
- Eckhardt, Annegret: Offene und heimliche Selbstschädigung; in: Egle/Hoffmann/Joraschky: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Stuttgart 1997
- Favazza, AR: Bodies under iseg: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, 2. Auflage. Baltimore, London: John Hopkins University Press 1996
- Hänsli, Norbert: Automutilation – Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis, Verlag Hans Huber Ber, Göttingen 1996
- Hawton, Keith; Rodham, Karen; Evans, Emma: Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen, 1. Auflage, Huber, Bern 2008
- Hettinger, Jochen: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation. Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismussyndrom, die selbstverletzendes Verhalten zeigen, 1996
- Kaess, Michael: Selbstverletzendes Verhalten, 1. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 2012
- Klosinski, G.: Wenn Kinder Hand an sich legen - Selbsterstörerisches Verhalten bei Kindern und Jugendlichen, München 1999
- Köpping, Klaus-Peter; Rao, Ursula: Im Rausch des Rituals, Lit Verlag, Münster 2000
- Gieler, U.: Haut und Körpererleben In: Brähler, Elmar (Hrsg.): Körpererleben, Gießen 1995
- Hagemann-White, Carol: Sozialisation: Weiblich- Männlich?, Opladen 1984
- Koch, Sannah: „ Wenn ich mich schneide werde ich ruhig“; in: Psychologie Heute 09/ 1998, Weinheim 1998
- Levenkron, Steven: Der Schmerz sitzt tiefer. Selbstverletzung verstehen und überwinden, 2001
- Liebsch, Katharina: Jugendsoziologie, 1. Auflage, Oldenbourg Verlag, München 2012
- Mühl, H. et al: Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch aus pädagogischer Sicht, 1996
- Petermann, Franz; Winkel, Sandra: Selbstverletzendes Verhalten, 2. Auflage, Hogrefe, Göttingen 2009
- Paar, Gerhard H.: Offene und heimliche Selbstschädigung: Diagnostik, Klinik und Therapie; in: Wenglein & Hellwig & Schoof (Hrsg.); Selbstvernichtung, Zürich 1996
- Plener, Paul L.: Selbstverletzung und Suizidalität im Jugendalter, 1. Auflage, Südwestdeutscher, Saarbrücken 2011
- Resch et al.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, 2. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1999
- Rohmann, Ulrich: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten. 1998

- Rohrmann, Eckhard: Mythen und Realitäten des Anders-Seins, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007
- Rubien, Elke; Vernarbte Kindheit – Vernarbte Zukunft!?, 1. Auflage, VDM Verlag Dr. Müller GmbH & Co., Saarbrücken 2010
- Ruffing, Reiner: Kleines Lexikon wissenschaftlicher Irrtümer, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2011
- Sachsse, Ulrich: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik-Psychotherapie, das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, 6. Auflage 2002
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie, C.H. Beck oHG, München 2006
- Smith, G. et al: Selbstverletzung. Damit ich den inneren Schmerz nicht spüre ... Ein Ratgeber für betroffene Frauen und ihre Angehörigen, 2000
- Smith, Mike: Hilfen für Menschen mit selbstverletzendem Verhalten, 2000
- Streeck-Fischer, Annette: Adoleszenz und Trauma, Vandenhoeck& Ruprecht, 1998
- Streeck-Fischer, Annette: Grenzgänger. Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktiven Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; in: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 40, 1991
- Strong, Marilee: A Bright Red Scream. Self-mutilation and the language of pain. Penguin Books, 1999
- Teuber, Kristin: Ich blute, also bin ich. Selbstverletzung der Haut von Mädchen und jungen Frauen, Centaurus Verlag, Herbolzheim 2000
- Watzlawik, P.: Menschliche Kommunikation, Bern 1969

8.2 Internetadressen

- <http://unglaublichemenschen.blogspot.ch/2012/05/fakire-unglaubliche-menschen-nagelbrett.html> (11.05.2015)
- <http://verstecktescham.de/svv/ursachen?start=4> (19.03.2010)
- <https://sites.google.com/site/mariannefrye/selvskading32> (11.04.2015)
- <http://www.angelfire.com/bug/bloodstained/aspekte.htm> (15.05.2015)
- <https://books.google.ch/books?id=MBcjBAAAQBAJ&pg=PA365&dq=van+Gogh+suizidalität&hl=de&sa=X&ei=DcZqVcSkMYuasAGPooDgDg&ved=0CE8Q6AEwCQ#v=onepage&q=van%20Gogh%20suizidalität&f=false> (11.05.2015)
- [http://www.cell.com/ajhg/abstract/S0002-9297\(07\)60372-3](http://www.cell.com/ajhg/abstract/S0002-9297(07)60372-3) (28.05.2015)
- https://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-Dokument/Neppert/Dipl_final.pdf (15.05.2015)
- https://www.heiligenlexikon.de/Glossar/Opus_Dei.html (11.05.2015)
- <http://www.indianer-welt.de/meso/maya/maya-gott.htm> (11.05.2015)
- <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/persoenlichkeit.html> (15.05.2015)
- <http://www.rotetraenen.de> (11.05.2015)
- <http://www.spiegel.de/schulspiegel/leben/jugendkultur-emo-entdeck-das-maedchen-in-dir-a-676835-2.html> (11.05.2015)
- <http://www.springer.com/978-3-662-44337-8> (11.04.2015)
- http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/wissenschaft/85_selbstverletzung_jugend.html (19.03.2010)
- https://www.zora.uzh.ch/10147/2/Kälin_Diss_2008V.pdf (11.05.2011)
- <http://www.4kraatz.de/svv.html> (19.03.2010)

8.3 Skripte

- Diverse Skripte von Dr. Luzzatto, Franco (St. Klemens, Ebikon): 2004-2006
- Modul Sozialisation: Selbstverletzung und Suizid im Kindes- und Jugendalter von Pass, Tanja (Inter-Uni, Graz): 2014

8.4 Zeitschrift

- Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz, Nr. 3 / 44. Jahrgang, Stuttgart: November 2008

9 ANHANG

- Zur Veranschaulichung des Gehirns:

<http://www.ph-ludwigsburg.de/html/2b-frnz-s-01/overmann/baf5/5mb.html> (11.04.2015)

- Der Fragebogen wurde speziell für diese Studie zusammengestellt. Zum Teil wurden Fragen aus der Studie von Hawton; Rodham & Evans, 2008 übernommen oder abgeändert und andere Fragen wurden von der Autorin selbst hinzugefügt.

FRAGEBOGEN SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN UND SUIZIDALITÄT

Guten Tag. Mein Name ist Pia Berchtold und studiere am interuniversitären Kollege in Graz Gesundheitswissenschaften. Wie Sie bereits wissen, ist diese Befragung über selbstverletzendes Verhalten und Suizid/-gedanken die Grundlage meiner Masterarbeit.

Danke vielmals, dass Sie sich & Ihre Eltern bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen.

Die selbstständige Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 20 Minuten.

Noch einen Hinweis: Bitte füllen Sie den Fragebogen ernsthaft, wahrheitsgetreu, voll und eigenständig aus. Nur so können die zusammen gefassten Ergebnisse korrekt analysiert werden und Schlüsse daraus gezogen werden. **Sie bleiben vollkommen anonym, denn ich erhebe keine personenbezogenen Daten von Ihnen.**

Vielen Dank für Ihre Mühe, Bereitschaft und Mithilfe bei meiner Masterarbeit. Pia Berchtold

Abschnitt 1: Allgemeine Fragen

1.1 Geschlecht

- weiblich
- männlich

1.2 Alter

- _____ Jahre

1.3 derzeitig besuchte Schule

- Primarschule
- Orientierungsstufe (Real-, Sekundarschule, Niveau A und B)
- Kantonsschule/Gymnasium
- Berufsschule
- Universität
- Andere: _____

1.4 Eltern

- verheiratet
- geschieden
- alleinerziehend
→ ich wohne bei _____
- Patchwork-Familie
→ ich wohne bei _____

1.5 Familie

- ich bin ein Einzelkind
- ich lebe in einer 2-Kind-Familie
- ich habe mehrere Geschwister

1.7 Elternhaus

- beide Elternteile haben keine Ausbildung gemacht
- ein Elternteil hat keine Ausbildung gemacht
- beide Elternteile haben studiert
- ein Elternteil hat studiert
- anderer Werdegang:

1.6 Geschwisterstellung

- ich bin als 1. Kind geboren
- ich bin das jüngste Familienmitglied

1.8 ethnischer Hintergrund

- bin Schweizer/in
- bin nun Schweizer/in, jedoch wurde ich/meine Familie eingebürgert
- bin Ausländer/in, aber in der Schweiz geboren
- bin Ausländer/in und lebe seit _____ Jahren in der Schweiz

1.9 Trotz eines Migrationshintergrundes fühle ich mich in die schweizerische Gesellschaft sehr gut integriert.

- immer
- sehr oft
- oft
- manchmal
- selten
- sehr selten
- nie

1.10 Insgesamt gesehen: Würden Sie sagen, dass Sie positiv in Ihre Zukunft sehen?

- ja, sehr positiv
- ziemlich positiv
- weder positiv noch negativ
- ziemlich negativ
- sehr negativ

1.11 Haben Sie einen konkreten Berufswunsch?

- ja, dieser ist durch eine Lehre erreichbar
- ja, dieser ist durch ein Studium erreichbar
- ich möchte keinen Beruf ergreifen und von Gelegenheits-Jobs leben
- ich möchte gar nicht arbeiten
- ich möchte als Hausfrau, Hausmann leben

1.12 Hobbys

(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- ich bin viel in der Natur z.B. klettern, Velo fahren, wandern, biken
- lesen
- hänge oft mit Freunden rum, um einfach Zeit tot zu schlagen
- Computer und Handy
- TV gucken
- ein Musikinstrument
- Sport privat oder im Verein
- rumliegen und nichts tun
- langweile mich, oft weiss ich gar nichts mit der Zeit anzufangen
- Andere: _____

In diesem Abschnitt geht es darum herauszufinden wie Sie sich, ihr Leben mit belastenden Ereignissen und ihren Möglichkeiten damit fertig zu werden, einschätzen.

Abschnitt 2: Selbstwertgefühl/Belastende Ereignisse/Lösungsstrategien

2.1 Belastende Ereignisse

(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- ich habe Schwierigkeiten im Unterricht mitzuhalten
- ich habe Schwierigkeiten Freunde zu gewinnen oder Freundschaften aufrecht zu erhalten
- ich habe Konflikte oder (ernsthafte) Auseinandersetzungen mit Freunden
- ich habe Konflikte oder (ernsthafte) Auseinandersetzungen mit meinem festen Freund/meiner festen Freundin
- ich wurde/werde in der Schule gemobbt
- meine Eltern haben sich getrennt und/oder scheiden lassen
- ich habe Konflikte oder (ernsthafte) Auseinandersetzungen mit einem Elternteil oder beiden Eltern
- meine Eltern haben untereinander irgendwelche ernsthaften Konflikte oder Auseinandersetzungen
- ich oder eines meiner Familienmitglieder hatte eine schwere Krankheit oder einen Unfall

- ein enger Freund/in von mir hatte eine schwere Krankheit oder einen Unfall
- ich wurde körperlich misshandelt
- ich hatte Schwierigkeiten mit der Polizei/Behörde etc.
- jemand aus meinem engeren Familienkreis (Mutter, Vater, Bruder, Schwester) ist verstorben
- jemand der mir Nahe stand ist verstorben
- jemand hat sich aus meiner Familie oder meinem Freundeskreis das Leben genommen
- jemand aus meiner Familie oder meinem Freundeskreis hat versucht sich das Leben zu nehmen oder sich absichtlich selbst verletzt oder Schaden zugefügt
- ich mache mir Sorgen über meine sexuelle Orientierung
- jemand hat mich gegen meinen Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen (z.B. durch körperliche Gewalt oder verbale Drohungen)
- ich, meine Familie oder enge Freunde von mir waren sonst von einem anderen belastenden Ereignis betroffen

2.2 Robson Selbstkonzept-Skala (Kurzform)
(bitte entsprechendes ankreuzen)

1. Ich bin froh, die/der zu sein, die/der ich bin.
2. Es gibt vieles, das ich an mir ändern würde, wenn ich könnte.
3. Es ist ziemlich hart, an meiner Stelle zu sein.
4. Ich habe eine angenehme Persönlichkeit.
5. Ich habe Kontrolle über mein eigenes Leben.
6. Jeder scheint zuversichtlicher und zufriedener zu sein als ich.
7. Selbst wenn mit etwas Freude macht, scheint alles keinen Sinn zu haben.
8. Ich mag mich auch dann noch, wenn andere dies nicht tun.

	trifft überhaupt nicht zu	nicht zu	zu	vollkommen zu
1. Ich bin froh, die/der zu sein, die/der ich bin.				
2. Es gibt vieles, das ich an mir ändern würde, wenn ich könnte.				
3. Es ist ziemlich hart, an meiner Stelle zu sein.				
4. Ich habe eine angenehme Persönlichkeit.				
5. Ich habe Kontrolle über mein eigenes Leben.				
6. Jeder scheint zuversichtlicher und zufriedener zu sein als ich.				
7. Selbst wenn mit etwas Freude macht, scheint alles keinen Sinn zu haben.				
8. Ich mag mich auch dann noch, wenn andere dies nicht tun.				

2.3 Welche Lösungsstrategie(n) setzen Sie ein, wenn sie besorgt oder verärgert sind?
(bitte entsprechendes ankreuzen)

1. mit jemandem sprechen
2. sich selbst Vorwürfe machen
3. wütend werden
4. im Zimmer bleiben
5. darüber nachdenken, wie man ähnliche Situationen im Vorfeld bewältigt hat
6. Alkohol trinken
7. Drogen konsumieren
8. kiffen
9. versuchen, nicht daran zu denken, was einem Sorgen macht
10. versuchen, die Dinge ins Reine zu bringen

nie	manchmal	oft

2.4 Kreuzen Sie bitte an, bei welchen Personen Sie sich in belastenden Situationen anvertrauen können: (mehrere Antwortmöglichkeiten)

- Vater
- Stiefvater
- Mutter
- Stiefmutter
- Bruder/Schwester
- Grossvater
- Grossmutter
- andere Verwandte
- Freund/Freundin
- Lehrer
- Psychologe, Arzt, Therapeut
- oder eine andere Person: _____

Hier möchte ich möglichst genau erfassen, wie die Bedingungen für das Ritzen sind.

Abschnitt 3: Ritzen

3.1 Haben Sie sich schon einmal geritzt?

- nein **→ bitte gehen Sie weiter zu Suizidgedanken/-versuch S. 7!**
- ja, einmalig
- ja, mindestens 2-5x
- mehr als 5x

3.2 Wie häufig ritzen Sie sich?

- 1x im Jahr
- 1x im Monat
- 1x in der Woche
- täglich
- mal häufiger, mal weniger ca. _____x pro Jahr
- anderer Intervall: _____

3.3 War das Ritzen

- freiwillig?
- absichtlich durch andere Dir hinzugefügt (Fremdeinwirkung)?
- gezwungen (z.B. Freundeskreis, Mutprobe)?

3.4 Bitte zeichnen Sie mit einer Farbe ein (und schreiben Sie eine 1 dahinter), in welcher emotionalen Lage Sie sich kurz vor dem 1. Ritzen gefühlt haben und mit einer (2) oder mehreren Farben (3, 4, 5, etc.) nachfolgende Ritzen.

Wut/Ärger
(100%)

Neutral

Trauer
(100%)

Andere Emotionen: _____

3.5 Wo haben Sie sich geritzt?

- Arm Innenseite
- Arm Aussenseite
- Bein Innenseite
- Bein Aussenseite
- Gesicht
- Hals
- Rücken
- andere Körperstelle/-bereich: _____

3.6 Wechseln Sie die zu ritzende Körperstelle?

- ja
→ ich habe mit _____ begonnen und ritze mich nun _____
- nein

3.7 Weshalb haben Sie sich geritzt bzw. ritzen Sie sich?

(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- der Stress in der Schule zu gross ist
- keiner kümmert sich um mich, was Essen, Schlafen oder Kleidung angeht
- wenn Eltern oder andere Erwachsene mich schlagen
- bei unerwünschten sexuellen Kontakten mit Erwachsenen
- unerträglicher Ärger mit den Eltern
- wenn ich die Langeweile nicht aushalte
- weil ich unerträgliche körperliche Schmerzen verspüre
- weil ich durch meinen Freund/in so verletzt und enttäuscht war, dass ich es nicht mehr aushalten konnte
- wenn ich mich Leer fühle
- um mich zu spüren
- wenn ich mich einsam fühle, gibt mir das Ritzen den nötigen Halt
- weil ich immer Aussenseiter/in bin und gemobbt werde
- weil mich keiner mag
- weil in meiner Clique sich alle ritzen
- ich würde gerne sterben, doch ich habe Angst davor/mir fehlt der Mut dazu
- wenn ich manchmal gedanklich damit spiele, mein Leben zu beenden
- ich habe bereits versucht, mein Leben zu beenden, doch es ist mir missglückt
- andere Gründe: _____

3.8 Was bringt Ihnen das Ritzen?

(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- spüre mich für eine kurze Dauer wieder selbst
- es ist wie eine Sucht und ich brauche es, denn es ist wie atmen

- ich kann die alltägliche Belastung/Stress dadurch lindern
- ich kann für einen kurzen Moment aus der belastenden Situation entkommen und es ist wie eine Impulsentladung und werde frei von Gedanken z.B. Sorgen
- kann damit angeben und bin cool
- möchte die Wärme des Blutes spüren und/oder das Blut fließen sehen
- ich fühle mich entspannt
- ich kann anderen Menschen zeigen, wie verzweifelt ich mich fühle

3.9 Wie lange hält der Impuls des Ritzens an?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- unterschiedliche Intervallperioden: _____

3.10 Wann ritzen Sie sich (zeitlich)?

- morgens
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts
- unterschiedlich, je nach Lust und Laune
- unterschiedlich, je nach dem wenn ich alleine bin
- abends wenn (zwischen ca. 19 und 21 Uhr) ich von der Schule/Arbeit nach Hause komme
- andere Zeiten: _____

3.11 Sind Sie beim ritzen alleine?

- ja, immer
- je nach Situation, können andere Personen in der Nähe sein, aber sehen nicht, dass ich mir Schmerzen zufüge
- nein, ich ritze vor anderen Augen
- sonstige Antwort und zwar: _____

3.12 An welchen Orten ritzen Sie sich?

- zu Hause
- in der Schule
- in einer Parkanlage
- auf Partys
- im Kino
- auf dem WC/Toilette
- wo ich Lust habe und/oder es gerade „brauche“
- anderer Ort: _____

3.13 Wie alt waren Sie, als Sie sich das 1. Mal geritzt haben?

- _____

3.14 Warum haben Sie sich das 1. Mal geritzt?

- Ihre Antwort: _____

3.15 Mit welchen Materialien schneiden Sie sich? Ich nutze vorwiegend:

- Messer
- Glas
- Rasierklingen
- Dosen/Büchsen

- unterschiedliche Materialien – ich wechsele ständig
- andere Gegenstände: _____

3.16 Planen Sie das Ritzen?

- ja
→ Wie? Wann? Wo? _____
- nein, es kommt einfach so über mich
- nein
- unterschiedlich

3.17 Ich habe folgende Motive beim Ritzen verfolgt:
(mehrere Antwortmöglichkeiten)

- ich wollte zeigen, wie verzweifelt ich mich fühlte
- ich wollte sterben
- ich wollte mich selbst bestrafen
- ich wollte jemandem Angst einjagen
- ich wollte mich an jemandem rächen
- ich habe Erleichterung von einem schrecklichen seelischen Zustand gesucht
- ich wollte herausfinden, ob jemand mich wirklich liebt
- ich wollte Aufmerksamkeit bekommen

3.18 Waren oder sind Sie wegen dem Ritzen in Behandlung?

- ja, ich bin zur Zeit in Therapie
- ja – ich war in Behandlung, die Therapie ist nun abgeschlossen
→ Falls ja: Behandlungsdauer der Therapie z.B. Tage, Wochen? _____
- nein
- nein, ich konnte mir selbst helfen
- nein, aber ich kann/konnte mit jemandem darüber sprechen
- nein, ich werde auch nie freiwillig Hilfe annehmen/suchen

3.19 Ist es schon vorgekommen, dass Ihnen etwas geholfen hat, auf das Ritzen auch einmal zu verzichten? _____

Manche Menschen haben beim Ritzen auch Gedanken an Selbstmord oder kommen auch unabhängig des Ritzens vor. Deshalb ist es wichtig zu wissen, wie die Bedingungen dieser Gedanken oder Absichten waren und was Sie dabei gefühlt haben.

Abschnitt 4: Suizidgedanken/-versuch

4.1 Hatten Sie schon Suizidgedanken?

- nein
- ja
→ Falls ja: Wie? Warum? Kompensation z.B. Sport?

4.2 Wollten Sie sich auch schon einmal das Leben wirklich nehmen?

- ja
- ja, aber mir fehlt/e der Mut dazu
→ Falls ja: Aus welchem Grund? Auf welche Art und Weise?

- nein → **bitte gehen Sie weiter zu innerliches Leeregefühl/Medien S. 8!**
- nein, aber ich wollte Anderen einen Schrecken einjagen

4.3 Wie oft haben Sie Suizidgedanken?

- täglich
- wöchentlich
- max. 1x im Monat
- 1x im Jahr
- unterschiedlich
- hatte ich auch schon, aber jetzt nicht mehr

4.4 Waren oder sind Sie wegen Ihren Suizidgedanken in Behandlung?

- ja, ich bin zur Zeit in Therapie
- ja – ich war in Behandlung, die Therapie ist nun abgeschlossen
→ Falls ja: Behandlungsdauer der Therapie z.B. Tage, Wochen? _____
- nein
- nein, ich konnte mir selbst helfen
- nein, aber ich kann/konnte mit jemandem darüber sprechen
- nein, ich werde auch nie freiwillig Hilfe annehmen/suchen

4.5 Haben Sie Ihre Suizidgedanken jemandem gegenüber geäußert?

- ja, aber nur indirekt
- ja direkt
- ja, immer wieder, aber niemand nimmt mich ernst
→ Falls ja: Bei welcher/n Person/en haben Sie Hilfe gesucht? _____
- nein
- nein und ich werde es auch niemandem sagen

4.6 Sind Ihre Suizidgedanken so stark, dass Sie ernsthaft Ihren Suizid planen oder schon geplant haben?

- ja
→ Falls ja: Wie? Wo? Wann? Mit welcher Methode z.B. Pulsadern, Erhängen, Unfall?

- nein

4.7 Haben Sie schon einen Suizidversuch hinter sich?

- nein
- nein, aber ich plane Einen → Wie sieht diese/r Art/Plan aus? _____
- ja – einen
- ja – mehrere Auf welche Art(en) z.B. Tabletten, Pulsadern, Unfall?

→ Falls ja: Wie? Warum? Hilfe: z.B. Freundeskreis? Behandlung/Therapie z.B. Hausarzt, Psychiater? _____

4.8 Ich habe folgende Motive beim Suizidversuch verfolgt: (mehrere Antwortmöglichkeiten)

- ich wollte zeigen, wie verzweifelt ich mich fühlte
- ich wollte sterben
- ich wollte mich selbst bestrafen
- ich wollte jemandem Angst einjagen
- ich wollte mich an jemandem rächen
- ich habe Erleichterung von einem schrecklichen seelischen Zustand gesucht
- ich wollte herausfinden, ob jemand mich wirklich liebt
- ich wollte Aufmerksamkeit bekommen

4.9 Hatten Sie schon Gedanken sich zu ritzen und haben es nicht gemacht?

- ja
- nein

4.10 Falls ja: Weshalb haben Sie sich nicht geritzt?

- Angst, es könnte weh tun
- Angst, es könnte jemand meine Narben sehen
- Angst, es könnte etwas Schiefgehen und ich könnte evtl. sterben
- Angst vor einer allfälligen Behandlung/Therapie
- andere Kompensationsmassnahmen: Drogen, Rauchen, Alkohol, etc.?

Abschnitt 5: Innerliches Leeregefühl/Medien

5.1 Verspüren Sie ein innerliches Leeregefühl?

- ja
→ Falls ja: Seit wann? _____
- nein

5.2 Leiden Sie an einem diagnostizierten Krankheitsbild?

- ja
→ Falls ja: Seit wann? Diagnose? Therapie?

- nein

5.3 Haben aus Ihrer Sicht die Medien (TV, Zeitungen, Radio usw.) einen Einfluss auf das Ritzen/den Suizid?

- nein
- ja → Weshalb? _____

Vielen Dank für das wertvolle Bearbeiten des Fragebogens und Ihre Mithilfe!