



Kaess

Selbstverletzendes Verhalten

Entwicklungsrisiken
erkennen und behandeln

BELTZ

Leseprobe aus: Kaess, Selbstverletzendes Verhalten, ISBN 978-3-621-27795-2

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27795-2>

Vorwort

Das Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter

Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen – klar wusste ich, dass es so etwas gibt. Auch in meiner Jugend kam so etwas in Einzelfällen schon vor und ich hatte es als Schüler so am Rande mitbekommen. In meiner Schule gab es einige Mädchen, mit bunt gefärbten Haaren und Sicherheitsnadeln überall an ihrer Kleidung, die sich, um noch mehr Aufmerksamkeit zu erlangen, mit Rasierklingen Sachen in den Arm ritzen. Mehr wusste ich darüber allerdings nicht, und ich hatte zu dieser Zeit auch kein sonderlich großes Interesse daran. Nicht, dass ich nicht an meinen Mitmenschen interessiert gewesen wäre, denn schon als Schüler beschäftigte ich mich gerne mit psychologischen Themen. Selbstverletzendes Verhalten hatte ich damals jedoch nicht damit in Verbindung gebracht.

So war ich sehr erstaunt, oder man kann durchaus sagen schockiert, als ich an meinem dritten Tag auf der akutpsychiatrischen Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg das erste Mal mit einer selbstverletzenden Jugendlichen konfrontiert wurde. Ich befand mich gerade im Praktischen Jahr meines Medizinstudiums und hatte mit meinem Wahltertial in der Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen. Insgesamt wirkte die psychiatrische Akutstation auf mich noch sehr befremdlich, teilweise sogar beängstigend. Ich konnte die Dinge, die hier geschahen, weder einordnen noch in irgendeiner Weise verstehen und so ging es mir auch mit meiner ersten selbstverletzenden Patientin.

Ich versuchte mir gerade im Stationszimmer einen Überblick über die Akten der Patienten zu verschaffen, als ein Mädchen, eher klein und zierlich gebaut, mit bleichem Gesicht, die schwarz gefärbten Haare leicht vor dem Gesicht hängend, ins Stationszimmer trat. Den linken Ärmel hatte sie hochgekrempelt, vom linken Unterarm rann frisches Blut herab und tropfte auf den Boden des Stationszimmers. Sie stellte sich mit Tränen in den Augen vor die Krankenschwester, die neben mir stand, und sagte: »Ich habe es nicht mehr ausgehalten.«

Die Krankenschwester zog sich in aller Ruhe Handschuhe an und bedeutete mir mit einer Geste, das Gleiche zu tun. Mit einigen Tupfern wischte sie das noch fließende Blut vom Unterarm der Patientin, sodass man nun einige parallele, ca. 3–4 cm lange und recht tiefe Schnittwunden sehen konnte. »Hmm, das ist ziemlich tief, ich glaube, damit musst du wohl in die Chirurgie«, sagte die Schwester und rief gleichzeitig noch die Assistenzärztin der Station an, damit diese sich die Schnitte auch noch mal anschauen konnte. »Kannst du die Patientin vielleicht in die Chirurgie begleiten?«, fragte sie mich. Und kurze Zeit später saß ich mit dem Mädchen in der chirurgischen Notaufnahme und wartete auf den diensthabenden Arzt. Die Patientin wirkte still und in sich gekehrt, wir schwiegen uns lange an. Ich fragte mich, ob ich wohl ein Gespräch beginnen sollte oder ob ich ihr damit in ihrem Zustand wohl eher auf die Nerven

gehen würde. Vielleicht könnte ich ja sogar alles nur noch schlimmer machen, wenn ich sie jetzt ansprechen würde. Nach einiger Zeit fasste ich mir ein Herz und fragte sie: »Warum bist du denn hier in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?« Sie schaute mich kurz an und antwortete dann etwas schnippisch: »Das sehen Sie doch, oder?« Ich fragte erneut: »Sind deine Selbstverletzungen der einzige Grund, warum du hier in der Klinik bist?« »Nein«, sagte sie, »aber ein wichtiger. Ich möchte endlich damit aufhören.« »Was ist so schwer daran?«, fragte ich erneut und sie antwortete: »Es ist wie eine Sucht! Wenn ich es eine Weile nicht getan habe, geht es mir immer schlechter und in mir baut sich so ein starker Drang auf, sich wieder zu verletzen. Diesmal habe ich es drei Tage lang geschafft, aber dann ging es nicht mehr. Ich brauche das, damit der Druck nachlässt und ich mich besser fühle.« »Und, fühlst du dich jetzt besser?«, fragte ich die Patientin. »Nein, natürlich nicht«, antwortete sie, »jetzt schäme ich mich und bin wütend, dass ich es nicht geschafft habe.«

Diese Aussagen verwirrten mich. Wieso musste sich diese Patientin unbedingt selbst verletzen? Woher kam dieser Druck, den sie beschrieben hatte? Warum half ihr die Selbstverletzung gegen diesen Druck? Und wieso ging es ihr jetzt, wo sie sich selbstverletzt hatte, nicht wenigstens besser? Und obwohl ich inzwischen einiges mehr über selbstverletzendes Verhalten weiß, ja sogar ein Buch zu diesem Thema schreibe, beschäftigen mich genau diese Fragen immer noch.

In den letzten Jahren habe ich mich sowohl bei meiner klinischen Arbeit als auch im Rahmen meiner wissenschaftlichen Tätigkeit innerhalb der Sektion für Störungen der Persönlichkeitsentwicklung intensiv mit dem Thema Selbstverletzung im Jugendalter beschäftigt. Auf einige meiner anfänglichen Fragen habe ich zumindest zum Teil eine Antwort erhalten. Dafür sind jedoch viele weitere Fragen hinzugekommen. Selbstverletzendes Verhalten ist ein merkwürdiges Phänomen, wenn man bedenkt, was die meisten Menschen alles versuchen, um möglichen Schaden von sich und ihrem Körper abzuwenden. Auch haben viele Menschen Angst vor körperlichen Schmerzen und empfinden einen starken Ekel gegenüber dem Fließen ihres eigenen Blutes. Was also muss mit jungen Menschen passieren, damit sie plötzlich das Gefühl haben, sich selbst verletzen zu müssen? Sind diese jungen Menschen alle schwer traumatisiert? Oder kommen sie bereits mit einer angeborenen Störung auf die Welt, die sich dann allerdings erst im Jugendalter manifestiert? Haben solche Jugendliche vor allem Probleme mit sich selbst oder eher mit ihren Familien und Mitmenschen? Welche genauen Umweltfaktoren, biologischen Ursachen und aktuellen Probleme liegen bei solchen Jugendlichen vor? Und nicht zuletzt die zentrale Frage: Wie kann man diesen Jugendlichen helfen? Bei meinen ausgiebigen Literaturrecherchen sowie der eigenen Forschung zu diesem Thema ist es mir bisher nicht gelungen, eine befriedigende und ausreichende Antwort auf all diese Fragen zu finden.

Dennoch möchte ich in diesem Buch versuchen, die Antworten, die verschiedene Wissenschaftler bisher zu selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen gefunden haben, mit Ihnen zu teilen und meine eigenen klinischen Erfahrungen, wissenschaftlichen Ergebnisse und auch persönlichen Meinungen mit einzubringen.

Selbstverletzendes Verhalten in Literatur, Wissenschaft und Praxis

Einen Großteil der Informationen zum Thema selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen entstammt der aktuellen, teils wissenschaftlichen, teils eher klinischen Literatur zu diesem Thema. Bei meiner Literaturrecherche habe ich mich vor allem auf Medline, die derzeit größte medizinische Datenbank, fokussiert und hier unter verschiedenen Stichwörtern Literatur zum Thema selbstverletzendes Verhalten gesucht. Auch die gängigen klinischen Lehrbücher, die sich mit selbstverletzendem Verhalten und verknüpften Themenbereichen beschäftigen, wurden für die Zusammenstellung dieses Buches miteinbezogen. Zusätzlich habe ich mich bei meinen Recherchen jedoch auch der zweifelsfrei informativen Seiten Google und Wikipedia bedient und zusätzlich viele Tipps und Ratschläge von belesenen und erfahrenen Kollegen erhalten, denen ich hiermit herzlich danken möchte.

Die eigenen wissenschaftlichen Ergebnisse, die in diesem Buch zu den verschiedenen Bereichen beschrieben werden, stammen hauptsächlich aus der sogenannten Heidelberger Schulstudie. Diese groß angelegte, schulbasierte, epidemiologische Untersuchung wurde von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 2004 und 2005 an den Schulen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg durchgeführt. Kooperationspartner waren das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises und die Pädagogische Hochschule Heidelberg. Zielsetzung der Studie war es, aktuelle Daten zur Lebenssituation, Lebensumwelt, dem alterstypischen Verhalten sowie den Sorgen und Problemen von Jugendlichen zu erheben. Hierzu wurden sämtliche 9. Klassenstufen aller Schultypen (Förderschulen, Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien) der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises um die Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Es nahmen 116 von 121 angefragten Schulen an der Untersuchung teil, was einer Gesamtzahl von 6.842 Schülern entsprach. Insgesamt gaben hiervon 5.559 Schülerinnen und Schüler ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie, sodass 95,8 % der angefragten Schüler (85,2 % der Gesamtpopulation der Schüler des Untersuchungsgebietes) in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten.

Meine klinische Erfahrung mit selbstverletzenden Jugendlichen entstammt schließlich zum größten Teil aus meiner Arbeit an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg, in der ich zunächst zwei Jahre als Assistenzarzt auf der Akutstation und danach in der Ambulanz tätig war. Eng verknüpft mit meinen Interessen und auch wissenschaftlichen Schwerpunkten war meine Zuständigkeit für die Spezialambulanz, die Patienten mit einer Borderline-(Entwicklungs-)Störung und/oder selbstverletzendem Verhalten betreut. Zusätzlich habe ich in dieser Zeit auch meine Ausbildung in Dialektisch-behavioraler Therapie für Adoleszente (DBT-A) absolviert. Im Rahmen dieser Ausbildung behandelte ich viele Patienten einzeltherapeutisch und leitete zusammen mit weiteren Kollegen eine sogenannte Fertigkeitengruppe. Inzwischen haben mich mein Fernweh sowie das meiner Frau ans andere Ende der Welt, und zwar nach Melbourne/Australien, getrieben. Hier arbeite ich seit Mitte 2011 als Arzt und Wissenschaftler am Orygen Youth Health, einer Einrichtung, die sich auf die Früherkennung und -intervention von jungen Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern spezialisiert hat. Mein Arbeitsbereich hier ist das ambulante The-

rapieprogramm HYPE (»Helping Young People Early«) zur Behandlung beginnender Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz.

Dieses Buch zu selbstverletzendem Verhalten im Jugendalter

Auch wenn ich in einigen Bereichen schon Erfahrungen mit selbstverletzenden Jugendlichen machen durfte, so würde ich mich dennoch weder als erfahrener Forscher noch Kliniker auf diesem Gebiet bezeichnen und bin daher umso dankbarer, dass ich die Chance erhalten habe, dieses Buch zu schreiben. Ich habe selbst unbeschreiblich viel dabei gelernt. Sollten sich, aufgrund meiner menschlichen Fehlbarkeit und der Tatsache, dass ich die alleinige Autorenschaft für dieses Werk als große Herausforderung empfunden habe, Fehler in dieses Buch eingeschlichen haben oder sollten Sie bezüglich verschiedener Meinungen und Darstellungen grundsätzlich andere Ansichten vertreten, so bitte ich Sie herzlich und inständig, mit mir Kontakt aufzunehmen und mich über diese Dinge zu informieren. Dadurch ist es möglich diese Gegenstände gemeinsam zu diskutieren und bei Bedarf auch zu korrigieren. Hierfür möchte ich mich im Voraus ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Über die Anzeige des Buches auf der Verlagshomepage (www.beltz.de) können Sie übrigens noch eine Liste mit sinnvollen Internetadressen für Fachleute, Angehörige und Betroffene finden. Auch diese Liste erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und kann aktualisiert werden. Nun möchte ich Ihnen abschließend viel Spaß beim Lesen dieses Buches wünschen!

Heidelberg, im Winter 2011

Michael Kaess

4 Therapie

Aus den vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen in unterschiedlichsten Formen, Schweregraden und Kontexten auftreten kann. In jedem Fall aber sollte bei der Entdeckung eines solchen Verhaltens kinder- und jugendpsychiatrisch abgeklärt werden, ob diesem Symptom eine Krise im Rahmen der Adoleszenz oder auch eine manifeste psychiatrische Störung, zum Beispiel eine Borderline-Störung, zugrunde liegt. Problematisch erscheint die Tatsache, dass die meisten Jugendlichen, die unter Selbstverletzung und den damit so oft verbundenen psychischen Problemen und psychiatrischen Komorbiditäten leiden, weder fachlich kompetent diagnostiziert, noch adäquat beraten wurden oder sich gar in Behandlung befinden (Resch et al., 2008b). Auch in der Heidelberger Schulstudie konnte gezeigt werden, dass ein bedeutender Anteil an Jugendlichen, die sich gelegentlich, aber auch repetitiv selbst verletzen, noch keine Beratung oder Behandlung in Anspruch genommen hatte. Dies wird anhand der Zahlen in Tabelle 4.1 nochmals verdeutlicht.

Aus diesen Gründen nehmen im Jugendalter vor allem präventive Maßnahmen einen hohen Stellenwert ein. Die Akutbehandlung von Selbstverletzung und/oder der Erstkontakt mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen, sind jedoch ebenfalls von großer Bedeutung. Während dieser ersten Schritte der Jugendlichen in Richtung Helfersysteme entscheidet sich, ob sich diese angenommen und verstanden fühlen. Die Erstkontakte bilden somit den Grundstein für die weitere Beratung und therapeutische Maßnahmen.

Im weiteren Verlauf können psychotherapeutische Verfahren und teilweise auch → adjuvante medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden. Unter Einbeziehung des familiären Umfeldes und weiterer Helfersysteme ist eine multimodale und interdisziplinäre Therapie selbstverletzenden Verhaltens möglich. Dadurch können weitere Probleme und Konflikte angegangen und → komorbide psychische Störungen behandelt werden.

Tabelle 4.1 Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten in der Heidelberger Schulstudie

Behandlung/Beratung wegen Sorgen/Problemen	Selbstverletzendes Verhalten		
	nie (n = 4.832)	1- bis 3-mal pro Jahr (n = 620)	> 3-mal pro Jahr (n = 225)
ja	6,4 %	14,8 %	27,1 %
nein	93,7 %	85,2 %	72,9 %

Die einzelnen Komponenten einer solchen Behandlung Jugendlicher mit selbstverletzendem Verhalten werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

4.1 Akutbehandlung der Selbstverletzung

Häufig findet der Erstkontakt mit jugendlichen Selbstverletzern nicht als geordneter Regeltermin in einer psychotherapeutischen Praxis statt, sondern als nächtlicher Notfall in der chirurgischen Ambulanz, bei dem günstigstenfalls der kinder- und jugendpsychiatrische Dienstarzt konsiliarisch hinzugezogen wird. Natürlich gibt es eine Vielzahl an Anlaufstellen, bei denen Patienten, die sich selbst verletzen, Hilfe suchen können, der erste Kontakt im Rahmen der Akutversorgung von frisch zugefügten Verletzungen ist jedoch besonders häufig.

Generell empfehlen Walsh und Kollegen (2006, 2007) für den Erstkontakt mit selbstverletzendem Verhalten ein weitgehend emotional neutrales Auftreten. Sie argumentieren, dass eine übermäßige Anteilnahme die Gefahr birgt, weitere und sogar massivere Selbstschädigungen zu verstärken, während ein zu distanzierter oder gar strafender Umgang wiederum ein erneutes hilfesuchendes Verhalten im Keim ersticken könnte (Plener et al., 2009). Diese weitgehende Neutralität sollte prinzipiell nicht nur im Erstkontakt, sondern auch bei jeder weiteren Akutvorstellung aufgrund einer frischen Selbstverletzung beibehalten werden.

Wundversorgung

Ein wichtiger Aspekt der Akutbehandlung einer Selbstverletzung ist natürlich die medizinisch adäquate Versorgung der zugefügten Wunden. Diese Wunden können von oberflächlichen Kratzern bis hin zu großen Schnitten in tiefere Hautschichten oder andere Strukturen reichen. Auch Brandwunden, Erfrierungen oder großflächige Schürfwunden kommen vor. Bei weniger großen oder tiefen Wunden besteht die Wundversorgung in der Regel aus einer gründlichen Reinigung der Wunde und einer anschließenden Desinfektion. Selbstverletzungen bergen immer ein nicht unerhebliches Infektionsrisiko durch Keime und Schmutz, die bei der Verletzung der Hautoberfläche in das darunterliegende Gewebe oder den Blutkreislauf eingeschleppt werden können. Dieses Risiko kann durch eine Säuberung der Wunde sowie desinfizierende Maßnahmen deutlich gesenkt werden. Bei tieferen Schnittwunden oder starken Verbrennungen kann eine chirurgische Wundversorgung (Kleben oder Nähen einer klaffenden Wunde, chirurgisches Abtragen von verbranntem und abgestorbenem Gewebe) notwendig werden, um eine gute Wundheilung mit möglichst geringer Narbenbildung zu gewährleisten. Im Anschluss an die Säuberung, Desinfektion und ggf. chirurgische Versorgung der Wunde sollte dann auch ein adäquater Wundverband angelegt werden, der die Wunde vor Verunreinigung schützt und die Patienten zunächst auch von einer erneuten Manipulation an der Wunde abhält. Eine ausreichende medizinische Versorgung jeder einzelnen Selbstverletzung sollte bei Jugendlichen mit repetitivem selbstverletzendem Verhalten immer bereits zu Beginn einer Therapie

thematisiert werden. Selbstverständlich muss in solchen Fällen nicht jede oberflächliche Ritzwunde gleich in einer chirurgischen Ambulanz vorgestellt und versorgt werden, jedoch ist unbedingt darauf zu achten, dass Jugendliche ihre selbstzugefügten Schnittwunden, im Sinne einer gewissen Selbstfürsorge, nach der Verletzung säubern, desinfizieren und verbinden. Auch sollten sie die Kriterien für die Notwendigkeit einer chirurgischen Wundversorgung kennen. Wichtig ist zudem, dass die Jugendlichen über Symptome und Zeichen einer Wundinfektion informiert sind. Der Wundstatus solcher Patienten sollte in regelmäßigen Abständen auch durch die Ärzte oder Therapeuten kontrolliert werden.

Gerade bei Jugendlichen mit repetitivem selbstverletzendem Verhalten und komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine schlechte Wundversorgung oder sogar die bewusste Manipulation von Wunden zum Teil Ausdruck ihrer Ablehnung des eigenen Körpers, ihrer geringen Selbstfürsorge und massiven Selbstschädigungswünsche. Hier kann es teilweise zu gefährlichen Situationen mit deutlicher Eigengefährdung kommen, welche durch Ärzte und Therapeuten rechtzeitig erkannt werden sollten.

Fallbeispiel

Meggy, 17 Jahre, mit Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, tauchte das erste Mal in der chirurgischen Ambulanz der Universitätsklinik auf

Meggy hatte sich massive Schnittverletzungen am Unterarm zugefügt, die mit mehreren Stichen genäht werden mussten. Da die diensthabende Ärztin in Sorge um den körperlichen und seelischen Zustand der Patientin war, forderte sie ein kinder- und jugendpsychiatrisches Notfallkonsil an, gleichzeitig entschied sie sich noch zu einer ausführlichen körperlichen Untersuchung. In der körperlichen Untersuchung entdeckte sie noch zahlreiche, nahezu über den ganzen Körper verteilte Narben von früheren Verletzungen. Dann fiel ihr eine relativ frische Schnittwunde am rechten Bein auf, die offensichtlich gerötet und angeschwollen und somit infiziert war. Als die Ärztin mit Meggy die stationäre Aufnahme in der Klinik besprechen wollte, verschwand diese, bevor der kinder- und jugendpsychiatrische Konsilarzt zugegen war. Im weiteren Verlauf tauchte die Patientin mit der zunehmend infizierten Wunde noch zwei Mal bei niedergelassenen Hausärzten auf, jedoch verschwand sie jedes Mal, wenn die Ärzte die dringend indizierte stationäre Einweisung durchführen wollten. Durch die jeweils im Anschluss informierte Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik wurde letztlich dann eine Fahndung mit richterlichem Unterbringungsbeschluss beantragt, da Meggy sich aufgrund der inzwischen massiv infizierten Wunde in zunehmender Lebensgefahr befand. Nachdem sie von der Polizei aufgegriffen worden war, wurde sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunächst einmal intravenös antibiotisch behandelt, danach erfolgte eine lange stabilisierende psychiatrische Behandlung.

Dieser Fall zeigt relativ deutlich, in welche Gefahr sich Patienten bisweilen mit schlecht versorgten Selbstverletzungen begeben. Gerade bei Patienten mit wenig ausgeprägter Selbstfürsorge sollte die adäquate Versorgung der Wunden thematisiert werden sowie regelmäßige medizinische Kontrollen stattfinden.

Tetanus-Impfschutz

Ein wesentlicher medizinischer Aspekt, der im Rahmen von Erstkontakten mit Selbstverletzungen zu beachten ist, ist der Impfschutz für Wundstarrkrampf (Tetanus). Einen solchen Tetanus-Impfschutz sollten eigentlich alle Jugendlichen besitzen, dennoch muss dieser zumindest erfragt oder durch Vorlage des Impfpasses geprüft werden. Herrscht Unklarheit über den Impfschutz, kann eine Nachimpfung indiziert sein, da eine Tetanus-Infektion zu schweren Komplikationen führen oder sogar tödliche Folgen haben kann.

Infektionskrankheiten

Medizinisch relevant ist auch, im Rahmen des Erstkontaktes, vor allem aber auch bei repetitiven Selbstverletzern aus bestimmten Peer-Gruppen, die Möglichkeit einer Infektion durch gemeinsames Benutzen von Rasierklingen oder anderen Gegenständen zu bestimmen. Dadurch können Infektionskrankheiten mit → parenteralem Übertragungsweg, wie zum Beispiel HIV oder Hepatitis, auf dem Blutweg direkt übertragen werden. Eine solche gemeinsame Nutzung sollte daher erfragt und die Patienten ggf. ausführlich und sehr eindringlich über die Möglichkeit der Übertragung solcher Erkrankungen aufgeklärt werden.

Suizidalität

Neben der medizinischen Versorgung der Selbstverletzung stellt die Abklärung der Suizidalität einen sehr wesentlichen Aspekt im Rahmen der Akutbehandlung selbstverletzenden Verhaltens dar. Da selbstschädigende Handlungen und Suizidalität häufig miteinander einhergehen, muss im Rahmen einer akut vorgestellten Selbstverletzung auch eine fachlich kompetente Einschätzung der Suizidalität erfolgen (Kaess et al., 2010). Daher sollte, entweder zeitgleich oder direkt im Anschluss an die hausärztliche, kinderärztliche oder chirurgische Vorstellung der Patienten auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erfolgen. Hier muss in einer ausführlichen Exploration, ggf. unter Miteinbeziehung von fremdanamnestischen Angaben, geklärt werden, ob die stattgefundene Selbstverletzung in suizidaler Absicht erfolgte (also eigentlich ein Suizid oder Parasuizid vorliegt), oder ob zusätzlich zum selbstverletzenden Verhalten auch akute Suizidgedanken und sogar -pläne bestehen. Während selbstschädigende Handlungen allein keine Indikation für eine unmittelbare stationäre Aufnahme in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen, sollte bei akuter Suizidalität eine sofortige Einweisung erfolgen, um die Jugendlichen vor akuter Eigengefährdung zu schützen.

Weiterversorgung veranlassen

Nach erfolgter medizinischer Grundversorgung der Verletzungen, sowie ausreichender Abklärung der Suizidalität stellt sich nun eine der herausforderndsten Aufgaben an die jeweiligen Helfer des akuten Erstkontaktes. Die Jugendlichen fühlen sich nach dieser oft nervenaufreibenden und zeitaufwendigen Prozedur, meist erschöpft und wollen nach Hause. Hier entsteht nun eine wesentliche Schnittstelle, an der sich entscheidet, ob die Jugendlichen diese akute Vorstellung zum Anlass für weitere Beratung und Behandlung nehmen, oder ob sie ihrem selbstverletzenden Verhalten weiterhin ohne Inanspruchnahme von professionellen Hilfen nachgehen. Grundsätzlich können zwei verschiedene Ansätze hilfreich sein:

Ein möglicher Ansatz ist das Erreichen eines sogenannten → Commitments beim Jugendlichen selbst für das Aufsuchen weiterer Hilfen. Dies ist sicherlich der erfolgversprechendste Weg, da Eigenmotivation in der Regel eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterbehandlung von psychischen Problemen ist. Eine ausgiebige Aufklärung der Patienten mit der Enttabuisierung des selbstverletzenden Verhaltens und der Förderung einer Störungseinsicht können hierbei hilfreich sein. Auch die Erklärung, dass selbstverletzendes Verhalten eine Funktion erfüllt, und dass das Erlernen anderer → Coping-Strategien eine Möglichkeit zu alternativem Handeln darstellen kann, ist für Jugendliche oft ein Anreiz zur weiteren Behandlung. Insgesamt sollte es gelingen, den Jugendlichen auf der einen Seite Verständnis für ihre Selbstverletzungen sowie die auslösenden bzw. begleitenden Probleme und Konflikte entgegenzubringen, ihnen andererseits aber auch die Möglichkeiten einer Veränderung aufzuzeigen. Konkrete Anlaufstellen oder eventuell bereits feste Terminabsprachen können dazu beitragen, die Jugendlichen an weitere Hilfsmaßnahmen heranzuführen und ihnen ein Gefühl von Verlässlichkeit und Sicherheit zu vermitteln. Dies kann bei der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -therapeutischen Versorgungslage in Deutschland bisweilen sehr, sehr schwierig werden. Nicht selten geht Jugendlichen in der Zeit von der Akutvorstellung bis zum Anlaufen weiterer Hilfe »die Puste aus«, da hier Monate dazwischen liegen können und sich die Jugendlichen erneut mit ihren Problemen allein gelassen fühlen.

Daher ist der zweite Ansatz, eine Weiterversorgung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten sicher zu stellen, ebenfalls wichtig. Er kann sogar zur alleinigen Möglichkeit werden, falls sich mit dem Jugendlichen kein Commitment erarbeiten lässt. Dieser Ansatz besteht in der Benachrichtigung der Eltern bzw. der Sorge- oder Erziehungsberechtigten dieser Jugendlichen, am besten in Verbindung mit einem zeitnah erfolgtem Informationsgespräch. Auch hier kann durch ausführliche Aufklärung und Beratung ein besseres Verständnis für das selbstverletzende Verhalten und begleitende Faktoren erzielt werden. Außerdem muss unbedingt auf die Notwendigkeit einer weiterführenden Diagnostik und Behandlung hingewiesen und an die Verantwortung gegenüber den Jugendlichen appelliert werden.

Im Idealfall sollten folgende Bereiche bei der akuten Vorstellung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten beachtet werden:

- medizinische Versorgung der Wunden

- ▶ Abklärung der Suizidalität
- ▶ Ausführliche Aufklärung der Patienten
- ▶ Planung weiterer Termine bzw. Hilfen mit den Patienten
- ▶ Information der Eltern oder anderer Sorgeberechtigter

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte kann die Akutvorstellung der Patienten ein wesentlicher erster Schritt sein, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten und erste Wege in Richtung einer Therapie zu gehen. Hierbei besteht die Chance, das → Commitment aller Beteiligten für eine langfristige Behandlung der Selbstschädigung zu erlangen und weitere Maßnahmen einzuleiten.

4.2 Psychotherapie

Inzwischen existieren sehr wirksame psychotherapeutische Interventionen für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten. Daher sollte die Psychotherapie immer das Mittel der Wahl bei der Behandlung solcher Jugendlicher darstellen. Wesentliche Grundsätze in der psychotherapeutischen Behandlung selbstverletzenden Verhaltens gelten unabhängig von der jeweiligen spezifischen Therapieform und können prinzipiell auch bei Jugendlichen angewandt werden. Es gibt jedoch auch Besonderheiten, die in der Therapie mit dieser Altersgruppe beachtet werden sollten.

Grundsätze

Allen Therapieformen, unabhängig von Alter und Setting, sind folgende Grundsätze gemeinsam: Bereits zu Beginn oder sogar vor Beginn der eigentlichen Behandlung werden klare Regeln und Vereinbarungen bezüglich des Umgangs mit Suizidalität, Kriseninterventionen und Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen und natürlich auch Selbstverletzungen benötigt. Diese sollten in den ersten gemeinsamen Stunden in Therapieverträgen vereinbart werden. Gleichzeitig arbeiten nahezu alle etablierten psychotherapeutischen Verfahren mit »Krisenplänen«, welche die genauen Abläufe und Handlungsschritte beschreiben, falls notwendige und festgelegte Rahmenbedingungen nicht mehr eingehalten werden können.

Dynamische Hierarchisierung

In der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, besonders der Borderline-Störung, hat sich besonders die sogenannte »dynamische Hierarchisierung« (Herpertz, 2009) bewährt. Das bedeutet, dass sich die Behandlungsschwerpunkte zwar an der momentanen Situation und dem Bedarf des Patienten orientieren, dabei aber einer hierarchischen Ordnung folgen. Vorrangig werden stets suizidale Ideen behandelt, es folgen weitere schädigende und gefährdende Verhaltensweisen, zu denen dann vor allem die schwereren Selbstverletzungen zählen und schließlich therapiegefährdendes Verhalten. Weiterhin werden aktuell besonders belastende Ereignisse oder Konflikte im Leben und Umfeld der Patienten thematisiert und erst, wenn nach Durchlaufen dieser Hierarchie eine gewisse Stabilität hergestellt ist, kann die eigentliche, dem jewei-

ligen Behandlungsmanual folgende Therapie beginnen bzw. fortgesetzt werden. Da Selbstverletzungen in den meisten Fällen von einer weiteren Symptomatik oder komorbiden Störungen begleitet werden, sind solche therapeutischen Hierarchien auch in der Behandlung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten angebracht. Diese können sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten als Orientierung und Leitfaden für die verschiedenen Problembereiche und Therapieschwerpunkte dienen.

Die Einhaltung dieser Hierarchien kann in der praktischen Arbeit mit selbstverletzenden Jugendlichen teilweise sehr schwierig werden, da diese häufig ganz andere Vorstellungen von der Wertigkeit ihrer Probleme haben. So stellen für die meisten Jugendlichen interpersonelle Konflikte, familiäre oder schulische Probleme sowie der eigene Selbstwert und die Identität häufig wichtige Themen dar, die die Jugendlichen schnell in der Therapie bearbeiten wollen. Ein häufige Aussage von jugendlichen Patienten ist: »Wenn ich meine Probleme hier gelöst habe und selbstbewusster und glücklicher bin, dann kann ich ja auch mit dem Selbstverletzen aufhören und habe wahrscheinlich auch keine Suizidgedanken mehr«. Solche Patienten sind bisweilen nicht leicht davon zu überzeugen, dass das Unterlassen der selbstschädigenden Handlungen eine der vorherrschenden Bedingungen von den Therapeuten in der Behandlung ist. Sie haben große Angst, dass man ihnen mit der Rasierklinge ihre stabilisierendes »Werkzeug« wegnimmt, ohne ihnen bei den wirklichen Problemen zu helfen. Daher ist es wichtig, den Jugendlichen in der Anfangsphase der Behandlung viel Unterstützung zu bieten, um die an sie gestellten Aufgaben (Anti-Suizid-Vertrag, Unterlassen der Selbstverletzungen etc.) auch bewerkstelligen zu können. Die etablierten Therapieverfahren, allen voran die Dialektisch-Behaviorale Therapie, zeigen hier verschiedenste Hilfestellungen und Maßnahmen auf.

Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Eine Besonderheit bei der Behandlung Jugendlicher ist die Tatsache, dass diese aufgrund ihrer noch bestehenden Unselbstständigkeit und Abhängigkeit häufig Bestandteil eines komplexen Systems sind. Dieses besteht einerseits aus der Familie, den Lehrern und institutionellen Helfern und andererseits aus den Freunden und anderen Jugendlichen aus der → Peer-Gruppe.

Mehr als im Erwachsenenbereich muss daher auch das Umfeld der Patienten in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Konflikte und Problemherde in diesem System zu erkennen und mit den Patienten, aber auch wichtigen anderen Bezugspersonen, zu bearbeiten. Gleichzeitig sollte das System aber auch als Ressource genutzt werden und die Kooperation der verschiedenen Bezugspersonen und Helfersysteme gefördert werden. Häufig kann eine erfolgreiche Therapie von Jugendlichen nur gelingen, wenn wichtige Bezugspersonen im Umfeld zur Zusammenarbeit bewegt werden können und eine einheitliche Linie aller Beteiligten im Umgang mit den Jugendlichen und ihrer Erkrankung erreicht wird.

Therapiebeziehung

Jugendliche kommen häufig nicht freiwillig in eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, sondern werden von Eltern, Lehrern oder anderen institutionellen Einrichtungen (z. B. Jugendamt) dazu gedrängt. Zugleich wollen und können sie häufig nicht mit Erwachsenen über ihre Konflikte und Sorgen sprechen, bleiben im Kontakt lange vage und ausweichend. Eine Schwierigkeit bei der Behandlung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten liegt daher nicht selten in der Beziehungsgestaltung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Der Therapieerfolg wird daher in besonders hohem Maße davon abhängen, ob es dem Therapeuten gelingt, eine vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung zu seinen Patienten aufzubauen (Luborsky, 1984) und die Jugendlichen auch in dieser Beziehung zu halten. Von Patienten mit Borderline-Störungen sind die häufig grundlegenden Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau und der Beziehungsaufrechterhaltung bekannt. Solche Probleme können jedoch auch bei anderen Patienten mit selbstverletzendem Verhalten vorkommen und sind sogar ein häufiges Begleitphänomen. Dies gilt besonders für das Jugendalter, da hier die ohnehin von einer gewissen Unentschlossenheit und Unsicherheit geprägte Lebensphase der Adoleszenz erschwerend hinzukommt. Vorher erlebte negative Erfahrungen in Beziehungen werden insbesondere von jugendlichen Patienten in der therapeutischen Beziehung im Sinne einer Übertragung wieder erlebt. Die Therapeuten müssen daher ständig auf solche Übertragungsbeziehungen achten und diese gegebenenfalls ansprechen und bearbeiten. Das Vertrauen der Jugendlichen muss langsam und geduldig erarbeitet werden (Streeck-Fischer, 2008). Weiterhin wird das einmal geschlossene Arbeitsbündnis von den Patienten häufig in Frage gestellt und der Therapeut dadurch in seiner Loyalität und Beanspruchbarkeit geprüft. Dies geschieht häufig durch Regelübertritte und Grenzüberschreitungen im Rahmen der Therapie. Gerade hinsichtlich der selbstverletzenden Handlungen selbst werden Jugendliche ihr → Commitment zur Reduktion dieser Verhaltensweisen und der Suche nach alternativen → Coping-Maßnahmen immer wieder in Frage stellen. Es ist möglich, dass eine psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten über lange Strecken hinweg aus Commitment-Arbeit zur Reduktion dieser dysfunktionalen Verhaltensweisen besteht. Um nicht zu schnell mit den Patienten in Situationen zu geraten, in denen Therapeuten ihre »therapeutische« Haltung zugunsten von pädagogischen Interventionen, die im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen hohen Stellenwert haben, verlassen müssen, empfiehlt es sich, vorab einen sehr strukturierten und konsistenten Rahmen für die Therapie zu schaffen. Gleichzeitig sollte dysfunktionales Verhalten der Patienten in der Beziehungsgestaltung (Schweigen, Unpünktlichkeit, Feindseligkeit) rasch angesprochen und korrigiert, eine vertrauensvolle Kooperation jedoch verstärkt werden (Herpertz, 2009).

Therapiesetting

Ein wichtiger Faktor des Gelingens einer Therapie mit selbstverletzenden Jugendlichen ist die Auswahl des geeigneten Settings. In der Regel ist bei solch einer Therapie