

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
der Universität zu Köln  
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl

Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen in Abhängigkeit von Suizidalität,  
Verhaltensauffälligkeiten und emotionaler Dysregulation  
im Geschlechtervergleich

Empirische Untersuchung einer klinischen Stichprobe

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Hohen Medizinischen Fakultät  
der Universität zu Köln

vorgelegt von  
Manju Edanackaparampil  
aus Troisdorf

promoviert am 26. März 2014

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl

2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter

### Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, 10.10.2013

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden von mir selbst, mit Unterstützung meiner Mitdoktorandin Frau Rimma Aliyev, in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln sowie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Kliniken der Stadt Köln erhoben.

Die Basisdaten wurden anhand der Arztbriefe und Krankengeschichten der Patienten von mir und Frau Rimma Aliyev ermittelt.

Die zur Datenerhebung verwendeten Fragebögen wurden durch das medizinische Personal in den Kliniken an die Patienten verteilt.

Die Zusammenstellung des Gesamtfragebogens aus verschiedenen standardisierten Fragebögen und die Erstellung der Basisdatenbögen erfolgte in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UniversitätsKlinikum Heidelberg.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte ohne Hilfe Dritter durch mich selbst.

## **Danksagung**

Mein Dank gilt Herrn Universitätsprofessor Dr. med. Gerd Lehmkuhl für Begleitung, Rat und Ermutigung in allen Phasen der Erstellung dieser Arbeit.

Außerdem danke ich Herrn Professor Dr. med. Christoph Wewetzer für die Möglichkeit der Durchführung eines wichtigen Teils der Datenerhebung in seiner Klinik.

Ich danke Herrn Professor Dr. med. Romuald Brunner und Dr. med. Michael Kaess für die konstruktive Zusammenarbeit mit dem UniversitätsKlinikum Heidelberg und die Koordination der multizentrischen Studie.

Herzlicher Dank gilt Herrn Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Heinz-Dieter Breuer für die gute Betreuung in einer wichtigen Phase dieser Arbeit.

Ebenso danke ich Frau Irene Berens und Frau Sabine Lüdicke sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kliniken der Stadt Köln für die freundliche und tatkräftige Unterstützung bei der Verteilung der Fragebögen. Rimma Aliyev danke ich für die gute Zusammenarbeit während der Datenerhebung.

Ganz besonders möchte ich Elena Weber danken für die vielen wertvollen Anregungen und Gespräche, die mir immer wieder Kraft und Ansporn gaben.

Mein innigster Dank gilt meinen Eltern Rosamma und John Edanackaparampil und meinem Bruder Denny Edanackaparampil für das Vertrauen, den großen Rückhalt und die liebevolle Unterstützung.

Von ganzem Herzen danke ich Daniel Wrzosok für die Hilfe beim Korrekturlesen und die große Selbstverständlichkeit, mit der er mir in vielerlei Hinsicht tagtäglich und unentbehrlich zur Seite stand.

*Meinen Eltern gewidmet*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>10</b>
1.1 Selbstverletzendes Verhalten - Historische und kulturelle Aspekte.....	11
1.2 Pathologie des selbstverletzenden Verhaltens.....	13
1.2.1 Terminologie und Definition.....	13
1.2.2 Nosologie des selbstverletzenden Verhaltens.....	15
1.2.3 Klinische Erscheinungsformen .....	17
1.2.4 Methoden zur Selbstverletzung.....	19
1.2.5 Ätiologie und Ablauf der Selbstverletzung.....	20
1.2.6 Funktion der Selbstverletzung .....	21
1.2.7 Komorbidität des selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter .....	22
1.2.8 Abgrenzung von Suizidalität.....	26
1.3 Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens.....	28
1.4 Selbstverletzendes Verhalten im Geschlechtervergleich.....	29
1.5 Selbstverletzendes Verhalten und emotionale Dysregulation .....	32
1.6 Hinweise zu weiterführender Literatur .....	33
<b>2 Fragestellung.....</b>	<b>34</b>
<b>3 Methodik .....</b>	<b>36</b>
3.1 Studiendesign .....	36
3.2 Ablauf der Datenerhebung in Köln .....	36
3.3 Stichprobenbeschreibung.....	37
3.3.1 Diagnoseverteilung nach ICD-10 innerhalb der Stichprobe.....	39
3.4 Messinstrumente .....	40
3.4.1 FASM - Functional Assessment of Self-Mutilation .....	40
3.4.2 PSS - Paykel Suizid Skala .....	42
3.4.3 DAPP-BQ - Dimensional Assessment of Personality Pathology .....	43
3.4.4 SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire .....	47
3.5 Auswertung der Daten.....	50
3.5.1 Datenaufbereitung.....	50
3.5.2 Umgang mit fehlenden Werten.....	50
3.5.3 Statistische Verfahren .....	52
<b>4 Ergebnisse.....</b>	<b>54</b>
4.1 Skalenbildung und Reliabilitätsanalyse .....	54
4.1.1 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des FASM.....	54

4.1.2	Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala .....	55
4.1.3	Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des DAPP .....	55
4.1.4	Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des SDQ .....	56
4.2	Deskriptive statistische Analysen .....	57
4.2.1	Ergebnisse des Functional Assessment of Self-mutilation (FASM).....	57
4.2.2	Diagnoseverteilung innerhalb der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen nach ICD-10 .....	64
4.2.3	Ergebnisse der Paykel Suizid Skala.....	66
4.2.4	Ergebnisse des Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ).....	68
4.2.5	Ergebnisse des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	72
4.3	Schließende statistische Analysen .....	76
4.3.1	Art und Motivation selbstverletzenden Verhaltens im Geschlechtervergleich, Ergebnisse des FASM .....	76
4.3.2	Suizidalität innerhalb der Stichprobe, Ergebnisse der Paykel Suizid Skala .....	81
4.3.3	Prüfung auf Normalverteilung.....	82
4.3.4	Mittelwertevergleich der Skalen des DAPP-BQ.....	84
4.3.5	Mittelwertevergleich der Skalen des SDQ .....	90
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>93</b>
5.1	Stichprobe .....	93
5.2	Messinstrumente .....	94
5.2.1	Reliabilitätsanalyse.....	94
5.2.2	Reliabilitätsanalyse des FASM.....	94
5.2.3	Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala .....	95
5.2.4	Reliabilitätsanalyse des DAPP-BQ.....	95
5.2.5	Reliabilitätsanalyse des SDQ .....	96
5.3	Ergebnisse der deskriptiven statistischen Analysen.....	96
5.3.1	Prävalenz .....	96
5.3.2	Geschlecht .....	96
5.3.3	Alter .....	97
5.3.4	Methoden der Selbstverletzung.....	97
5.3.5	Motivation der Selbstverletzung .....	97
5.3.6	Impulsivität des Verhaltens .....	98
5.3.7	Schmerzwahrnehmung .....	98
5.3.8	Komorbidität .....	98
5.3.9	Suizidalität.....	99
5.4	Ergebnisse der schließenden statistischen Analysen.....	100
5.4.1	Methoden der Selbstverletzung im Geschlechtervergleich.....	100

5.4.2	Motivation der Selbstverletzung im Geschlechtervergleich .....	101
5.4.3	Suizidalität im Geschlechtervergleich.....	102
5.4.4	Emotionale Dysregulation .....	103
5.4.5	Ausprägung der Emotionalen Dysregulation - Untersuchung der zugehörigen Persönlichkeitsdimensionen .....	104
5.4.6	Verhaltensauffälligkeiten .....	105
5.5	Einschränkungen .....	106
5.6	Fazit und Implikationen für zukünftige Forschung .....	108
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>111</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>114</b>
<b>8</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>124</b>
8.1	Abbildungsverzeichnis.....	124
8.2	Tabellenverzeichnis.....	125
8.3	Fragebögen.....	127
<b>9</b>	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>144</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
APA	American Psychiatric Association
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
d	Effektstärke
DAPP-BQ	Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire
DSH	Deliberate Self-Harm
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FASM	Functional Assessment of Self-Mutilation
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Revision)
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LVR	Landschaftsverband Rheinland
M	Mittelwert
n	Anzahl
NSSV	Nicht-suizidale Selbstverletzung
p	Signifikanzwert
PSS	Paykel Suizid Skala
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SPSS	Software für Predictive Analytics
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organization

# 1 Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten ist ein weit verbreitetes, multikausales Phänomen, welches mit steigender Tendenz unter Jugendlichen zu beobachten ist. Weltweit konnten in den vergangenen Jahren Prävalenzraten zwischen 3 und 37% festgestellt werden [89]. Unter 15-jährigen zeigte sich in Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 25,6% [91].

Die Aktualität des Themas verdeutlicht die diesjährig durch die *American Psychiatric Association* erschienene Neuauflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Revision), kurz DSM-5. In dem Klassifikationssystem wird die "Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV)" erstmalig als eigenständige Diagnose aufgeführt. Die Forschung zum Thema Selbstverletzung intensivierte sich in Deutschland aufgrund der zunehmenden Präsenz, auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext, in den vergangenen Jahren enorm. Im Fokus standen hierbei meist Mädchen, oft in Verbindung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Trotz der hohen Komorbidität zur BPS, gewann auch der Zusammenhang mit weiteren Störungen oder das alleinige Auftreten der Selbstschädigung immer mehr an Bedeutung und wurde Forschungsgegenstand. Obwohl aus vielen Studien hervorgeht, dass selbstverletzendes Verhalten vermehrt bei weiblichen Jugendlichen auftritt, zeigt der Trend der vergangenen Jahre auch eine Zunahme unter männlichen Jugendlichen. Zum Phänomen selbstverletzendes Verhalten bei männlichen Jugendlichen und dem Geschlechtervergleich in diesem Feld, ist in der Literatur bislang allerdings wenig vorzufinden. Auch gibt es derzeit wenige Studien aus klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen bezüglich Selbstverletzung.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist es, anhand der Untersuchung einer klinischen Stichprobe mittels ausgewählter Fragebögen, geschlechterspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten in diversen Aspekten des selbstverletzenden Verhaltens zu analysieren. Neben Methoden zur Selbstverletzung, Motivation, Suizidalität und Verhaltensauffälligkeiten, gilt das besondere Augenmerk der emotionalen Dysregulation, welche zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen verglichen werden soll.

## **1.1 Selbstverletzendes Verhalten - Historische und kulturelle Aspekte**

Der menschliche Körper als Ausdrucksmedium ist in praktisch jeder Kultur eine gängige Erscheinung. Tritt diese in Form von Selbstschädigung auf, so entgegnet ihr unsere heutige Gesellschaft oft mit Unverständnis und Befremden.

Dabei gilt zu bedenken, dass selbstverletzendes Verhalten ein seit Jahrhunderten bestehendes, polymorphes Phänomen darstellt, welches zu den Verhaltensmöglichkeiten des Menschen gehört [30, 88].

In antiken Schriftzeugnissen lassen sich Darstellungen zu selbstverletzendem Verhalten finden, welche als früheste Berichte diesbezüglich gelten [27].

Akte schwerster Selbstverstümmelung, beispielsweise die E nukleation eines Auges oder die Autokastration, welche bei offenbar schizophrenen Patienten beobachtet wurden, sind in der Psychiatriegeschichte seit über 100 Jahren bekannt.

Der Beginn, der heute häufig bei Jugendlichen vorzufindenden moderaten Formen superfizieller Hautverletzungen, lässt sich in die 70er Jahre einordnen. Seither ist eine stetige Zunahme eines solchen Verhaltens zu verzeichnen [100].

Von den pathologischen sind kulturanthropologische Erscheinungsformen abzugrenzen, wobei die Übergänge fließend sein können [100, 30, 88]. Zu diesen, in einem spezifischen kulturellen Kontext auftretenden Varianten der Selbstbeschädigung, gehören nicht nur solche, die ein Individuum an seinem eigenen Körper vornimmt. Auch mutilative Praktiken, die nach willentlicher Zustimmung eines Individuums diesem durch Mitglieder einer jeweiligen Gemeinschaft zugeführt werden, zählen hierzu [30].

In besagtem kulturellen Zusammenhang, spielt das selbstverletzende Verhalten vor allem im Rahmen von Ritualen eine wichtige Rolle.

Petermann und Winkel (2009) [88] teilen die Formen ritualisierter Selbstverletzung in fünf Bereiche:

- Körperschmuck

- Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft
- Übergangsrituale der Adoleszenz
- religiöse Riten bzw. spirituelle Handlungen
- Gesundheit und Heilung.

### *Körperschmuck*

In der westlichen Kultur gehören hierzu beispielsweise Piercings und Tätowierungen. In anderen Kulturkreisen werden Schmucknarben als ästhetisch empfunden. Auch tiefgreifendere Formen, wie z.B. die künstliche Verlängerung des Halses, bekannt bei Frauen thailändischer Volksgruppen, lassen sich zum Bereich der ritualisierten Selbstverletzung zählen [88].

### *Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft*

In vielen afrikanischen Volksstämmen gelten Skarifizierungen und Tätowierungen nicht nur als ästhetisch, sondern dienen dem Ausdruck der Zugehörigkeit. Auch in unserer Gesellschaft findet man solche Formen von Erkennungsmerkmalen. So sind neben Kleidungsstil und Haartrachten auch Piercing und Tattooing Zeichen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Jugendkultur [88, 50].

### *Übergangsrituale der Adoleszenz*

Um Teil der Erwachsenengesellschaft zu werden, müssen sich in vielen Kulturen Jugendliche Initialriten unterziehen. Hierzu können schmerzhaft und mutilative Praktiken gehören, welche es den Heranwachsenden erlauben, Mut und Stärke zu demonstrieren, um sich dadurch als würdig zu erweisen, einen neuen sozialen Status anzunehmen [88, 26].

### *Religiöse Riten bzw. spirituelle Handlungen*

Mutilationspraktiken im Rahmen religiöser Handlungen können zum einen dazu dienen Willenskraft und moralische Stärke der Anhänger einer Glaubensgemeinschaft unter Beweis zu stellen. Zum anderen ermöglichen die Zeremonie und der Schmerzzustand den Bewusstseinszustand des Gläubigen zeitweilig zu verändern, was als Ekstase beschrieben wird. Geißeln und Peitschen des eigenen Körpers bis hin zur „inszenierten Kreuzigung“, wie sie Christen in der

Stadt Cutud auf den Philippinen durchführen, sind nur einige Beispiele für ein großes Feld des religiös begründeten selbstverletzenden Verhaltens [88].

Um Formen der kulturellen Selbstschädigungen von solchen, die als pathologisch gewertet werden, abzugrenzen, führt Levenkron [61] drei Kriterien an:

Praktiken, welche

- sozial akzeptiert
- in ihrer Ausführung kontrolliert und
- in einen kulturellen Kontext eingebettet sind,

sollten nicht als selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne verstanden werden. Somit kann selbstverletzendes Verhalten, welches in einer Kultur keine Akzeptanz findet, als Hinweis auf eine eventuell pathologische Entwicklung dienen [88].

## **1.2 Pathologie des selbstverletzenden Verhaltens**

### **1.2.1 Terminologie und Definition**

Erst in den letzten Jahren nähert sich die Literatur bezüglich der Terminologie des selbstverletzenden Verhaltens einem gemeinsamen Nenner. Sowohl im deutschsprachigen als auch im angloamerikanischen Raum findet sich ein breites Spektrum an Begriffen, welche lange Zeit uneinheitlich für das Phänomen der Selbstschädigung verwendet wurden [105, 88, 22].

Die folgenden zwei Schemata nach Hänslı [40] verdeutlichen die Vielfalt der im deutsch- und englischsprachigen Raum verbreiteten Bezeichnungen für selbstverletzendes Verhalten.

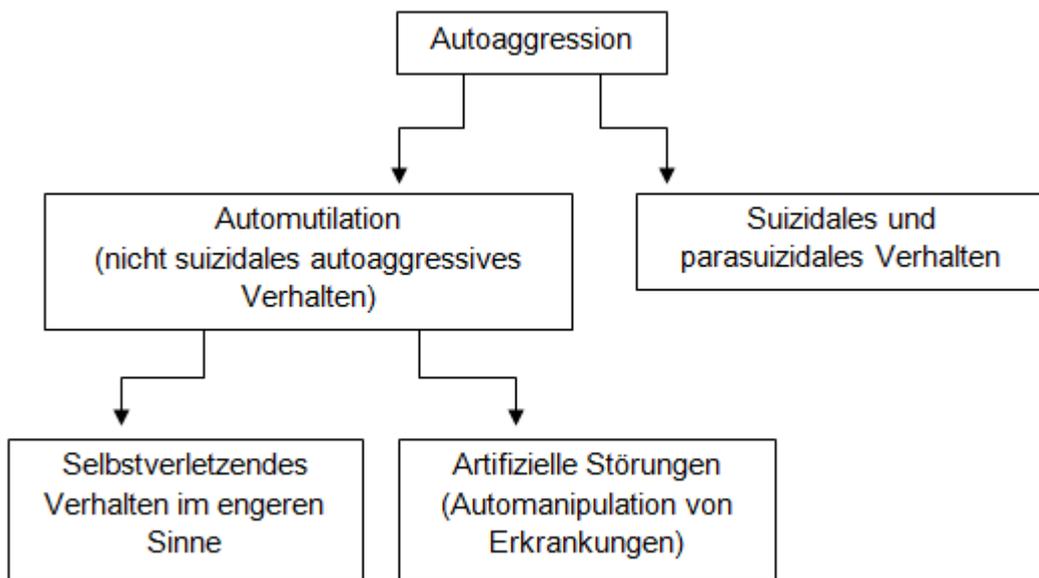


Abbildung 1: Terminologie selbstverletzenden Verhaltens nach Hänslı (1996)  
[40]

<b>Sammelbegriffe mit der Bedeutung Autoaggression</b>	<b>Begriffe mit der spezifischeren Bedeutung von Automutilation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- self-injurious behavior</li> <li>- self-destructive behavior</li> <li>- self-damaging behavior</li> <li>- self-harming behavior</li> <li>- self-aggression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- self-mutilation</li> <li>- deliberate self-harm</li> <li>- self-defacement/self-disfigurement</li> <li>- self-inflicted wounds</li> <li>- self-cutting</li> </ul>

Tabelle 1: Englische Terminologie für selbstverletzendes Verhalten nach Hänslı (1996) [40]

In der deutschsprachigen Literatur findet der Begriff „Nicht-suizidale Selbstverletzung“ (NSSV) in den vergangenen Jahren die häufigste Verwendung, analog zur englischen Bezeichnung „Deliberate Self-Harm“ (DSH) [89]. Unter vielen verschiedenen Definitionen und Begrifflichkeiten, die das selbstverletzende Verhalten umschreiben, gewann in Deutschland besonders folgende Definition an Bedeutung:

*„Selbstverletzendes Verhalten ist eine funktionell motivierte, direkte und offene Verletzung des eigenen Körpers, die nicht sozial akzeptiert ist und ohne Suizidabsicht vorgenommen wird.“ [72]*

## **1.2.2 Nosologie des selbstverletzenden Verhaltens**

Die uneinheitliche Nomenklatur ist nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass das selbstverletzende Verhalten lange Zeit, unter anderem in den für die Psychiatrie zentralen und weltweit genutzten Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10, als Symptom klinisch definierter Syndrome, besonders im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, abgehandelt wurde [88, 94, 35, 122].

### **1.2.2.1 Selbstverletzendes Verhalten im DSM-5**

Im Mai 2013 wurde die Neuauflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* durch die *American Psychiatric Association* veröffentlicht. In dem Klassifikationssystem erscheint "Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV)" nun erstmalig als eigenständige Diagnose.

Diagnosekriterien der Nicht-suizidalen Selbstverletzung nach DSM-5

*"A. Innerhalb des letzten Jahres hat sich das Individuum an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst eine Schädigung an der Körperoberfläche zugefügt, in einer Weise, die Blutungen, Quetschungen oder Schmerzen wahrscheinlich macht (z.B. Schneiden, Verbrennen, Stechen, Schlagen, die Haut aufreiben), mit der Erwartung, dass die Verletzung nur zu einem kleinen bis moderaten körperlichen Schaden führt (z. B. ohne suizidale Intention). Beachte:*

*Die Abwesenheit einer suizidalen Intention wird entweder vom Individuum berichtet oder kann aus dem repetitiven Vorkommen eines Verhaltens hergeleitet werden, von dem der Patient aus Erfahrung weiß oder gelernt hat, dass es wahrscheinlich nicht zum Tod führt.*

*B. Das Individuum unternimmt das selbstverletzende Verhalten mit einer oder mehr der folgenden Erwartungen:*

- 1. Um Erleichterung von einem negativen Gefühl oder kognitiven Zustand zu erfahren*
- 2. Um ein interpersonelles Problem zu lösen*
- 3. Um einen positiven Gefühlszustand herbeizuführen*

*Beachte: Die erwünschte Erleichterung oder Reaktion tritt während oder kurz nach der Selbstverletzung auf und das Individuum zeigt evtl. Muster oder Verhaltensweisen, die eine Abhängigkeit im Sinne eines repetitiven Auftretens nahelegen.*

*C. Die absichtliche Selbstverletzung ist mit mindestens einem der folgenden Umstände assoziiert:*

- 1. Interpersonelle Probleme, negative Gefühle oder Gedanken, wie Depression, Angst, Anspannung, Wut, generalisierter Stress oder Selbstkritik, welche unmittelbar im Zeitraum vor dem selbstverletzenden Akt auftreten.*
- 2. Vor der Durchführung kommt es zu einer gedanklichen Beschäftigung mit der Handlung, die nur schwer kontrolliert werden kann.*
- 3. Häufiges Nachdenken über Selbstverletzung, auch wenn nicht immer danach gehandelt wird.*

*D. Das Verhalten ist sozial nicht akzeptiert (z.B. Piercing, Tätowierungen, Teil eines religiösen oder kulturellen Rituals) und ist nicht auf das Zupfen an Schorf oder Nägel beißen beschränkt.*

*E. Das Verhalten oder seine Konsequenzen verursachen klinisch signifikanten Stress oder eine Beeinträchtigung in interpersonellen, akademischen, oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*

*F. Das Verhalten tritt nicht exklusiv während psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen durch Substanzen oder im Substanzentzug auf. Bei Individuen mit einer Entwicklungsstörung, ist das Verhalten nicht Teil eines Musters repetitiver Stereotypen. Das Verhalten kann nicht durch eine*

*andere psychische oder medizinische Erkrankung erklärt werden (z.B. psychotische Störung, Autismus-Spektrums-Störung, mentale Retardierung, Lesch-Nyhan-Syndrom, stereotype Bewegungsstörung mit Selbstverletzungen, Trichotillomanie [Haareausreißen], Excoriation [Hautzupfen] Störung)."* [93]

### **1.2.2.2 Selbstverletzendes Verhalten in der ICD-10**

In Deutschland findet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gebrauch (vgl. [98] ). Das selbstverletzende Verhalten wird in der ICD-10 bislang nicht als eigenständige psychiatrische Diagnose, sondern als Symptom anderer Krankheitsbilder geführt bzw. der vierten Achse ("körperliche Symptomatik") unter dem Begriff "vorsätzliche Selbstbeschädigung" zugeordnet. Die Aufnahme der Nicht-suizidalen Selbstverletzung als Diagnose, wie es im DSM-5 bereits erfolgte, wird auch für die in Entwicklung befindliche ICD-11 diskutiert [98].

### **1.2.3 Klinische Erscheinungsformen**

Als multikausales Störungsbild treten selbstschädigende Verhaltensweisen nicht nur in einem breiten Spektrum diverser Kontexte auf, sondern erscheinen auch in den unterschiedlichsten Formen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen [88, 50]. Zur Selbstverletzung an sich kann prinzipiell jede Art von Handlung gezählt werden, durch die ein Individuum seinem eigenen Körper Schaden zufügt [50, 86]. Dies kann durch die eigenen Hände, Fäuste, Fingernägel oder Zähne geschehen, aber auch durch den Gebrauch verschiedenster Instrumente, wobei nicht nur offensichtlich geeignete Gegenstände, wie Rasierklingen und Messer, sondern grundsätzlich alle verfügbaren Objekte zum Verletzen des eigenen Körpers zur Verwendung kommen können [88, 87]. Vor allem die Beschädigung der Haut, durch Zufügen von Schnitt-, Brand-, oder Bisswunden, wird zu den typischen selbstverletzenden Verhaltensweisen gezählt. Eine besondere Bedeutung kommt dabei für viele Selbstverletzende

dem eigenen Blut zu, bei dessen Anblick sich Betroffene selbst wieder wahrnehmen und als „lebendig“ empfinden [88].

Im weiteren Sinne werden auch Verhaltensweisen wie Promiskuität, Drogenmissbrauch, aber auch Rauchen, pathologisches Essverhalten und exzessiver Sport unter dem Begriff der Selbstschädigung verzeichnet [50].

Neben den bereits genannten aktuellen Kriterien im Klassifikationssystem DSM-5 (vgl. Kapitel 1.2.2.1) zu Nicht-suizidaler Selbstverletzung, sind weitere Klassifikationen bekannt, welche das selbstverletzende Verhalten im Allgemeinen einordnen.

Simeon und Favazza (2001) entwickelten eine bis dato weit verbreitete und akzeptierte Klassifikation [107]. In dieser Systematisierung wird ein besonderes Augenmerk auf den Gesichtspunkt des Selbstverletzungsaktes gelegt und zwischen der stereotypen, majoren, kompulsiven und impulsiven Selbstverletzung unterschieden.

*Formen des selbstverletzenden Verhaltens nach Simeon und Favazza (2001):*

#### *Stereotype Selbstverletzung*

Diese Form des selbstverletzenden Verhaltens umfasst Handlungen, wie heftige rhythmische Kopfbewegungen (Head banging), Haarausreißen, Lippenbeißen oder Sich-schlagen. In Erscheinung tritt sie zumeist bei autistischen Störungen oder geistigen Behinderungen. Auch im Rahmen schwerer Stoffwechselerkrankungen, wie dem Lesch-Nyhan-Syndrom, sind solche autoaggressiven Vorgänge zu beobachten.

#### *Majore Selbstverletzung*

Schwere Varianten automutilativer Handlungen, wie die Autokastration oder Enukleation eines Auges und Amputation einer Extremität, werden zu den majoren Selbstverletzungen gezählt. Sie können im Zusammenhang mit Psychosen, Intoxikationen oder schizophrenen Erkrankungen auftreten.

#### *Kompulsive Selbstverletzung*

Kompulsive Selbstverletzungen sind als eher moderat einzustufen. Beispiele sind das Nagelbeißen oder Hautkratzen. Charakteristisch ist die repetitive,

zwanghafte Erscheinungsform. Das Störungsbild der Trichotillomanie wird ebenfalls in diese Gruppe eingeordnet.

#### *Impulsive Selbstverletzung*

Impulsive Selbstverletzungen sind durch ihr habituelles und repetitives Auftreten gekennzeichnet. Sie erfolgen in der Regel ritualisiert und können zwanghafte Züge annehmen. Sich schneiden, verbrennen oder selber schlagen sind klassische Beispiele dieser Form. Im Kontext der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörung, Posttraumatischen Belastungsstörung und Dissoziativen Störung ist diese Form der Selbstschädigung häufig vorzufinden.

#### **1.2.4 Methoden zur Selbstverletzung**

Die häufigste Form der Selbstverletzung ist das unter Betroffenen als „Ritzen“ bezeichnete Schneiden der Haut [87]. Als Instrument wird meist eine Rasierklinge verwendet, andere scharfe Gegenstände, wie z.B. Glasscherben, Scheren, Büroklammern, Zirkelspitzen oder aber die eigenen Fingernägel und Zähne, können hierbei ebenfalls zum Einsatz kommen [4, 50, 87, 86]. Bevorzugte Körperregionen sind die Extremitäten, wobei vor allem Unterarme und Handgelenke verletzt werden. Weitere Bereiche, welche gut zu erreichen sind und sich nach der Handlung durch Kleidung verstecken lassen, sind Oberarme und Oberschenkel. Seltener werden Gesicht, Bauch, Brust oder Genitalbereich verletzt [75, 87].

In etwas geringerer Häufigkeit als das „Ritzen“, treten weitere oberflächliche Verletzungen, wie das Aufkratzen der Haut mit den Fingernägeln oder spitzen Objekten, sich Schlagen, das Haarausreißen oder Nagelbettreißen, auf. Andere Methoden, die Betroffene verwenden, um sich selbst zu schaden, sind z.B. das Schlagen des Kopfes mit der Hand, einem Gegenstand oder gar gegen die Wand [86]. Auch das Verbrennen der Haut mit Zigarettenstummeln, das sich Stechen mit Nadeln oder das Zufügen von Bissverletzungen können mitunter vorkommen [75, 105, 50]. Meist wird eine Methode zur Selbstverletzung präferiert, viele Jugendliche verwenden allerdings auch unterschiedliche Methoden, die im Laufe der Störung variieren können [123].

Schwere Formen der Selbstverletzung wie die Autoenukleation, Verstümmelung der Genitale oder Amputation von Extremitäten sind weitaus seltener und meist im Kontext von schweren psychiatrischen Erkrankungen wie organischen oder drogeninduzierten Psychosen oder schizophrenen Erkrankungen vorzufinden [100, 123, 42].

### **1.2.5 Ätiologie und Ablauf der Selbstverletzung**

Das selbstverletzende Verhalten kann als eine Art Handlungssprache verstanden werden, die einerseits einem selbstregulatorischem Zweck dient – sich schneiden, um sich selbst wieder zu spüren [100] – andererseits als Bewältigungsversuch und Darstellung seelischen Leids fungiert [66, 109]. Ursächlich ist bei selbstverletzendem Verhalten von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Dabei besteht vermutlich eine genetische Vulnerabilität über Funktionsstörungen diverser Neurotransmitter (für weitere Informationen bezüglich neurobiologischer Theorien zu selbstverletzendem Verhalten vgl. bspw. [106, 51]).

Traumatische Kindheitserlebnisse, emotionale Vernachlässigung und aktuelle, vor allem interpersonelle Konflikte, für welche den Jugendlichen keine Copingstrategien zur Verfügung stehen, können an der komplexen Ätiologie dieser Störung beteiligt sein [97, 87, 68, 54, 21, 95].

Nicht-suizidale Selbstverletzungen weisen zwar einen impulsiven Charakter auf, die Handlungen werden aber in der Regel kontrolliert und ritualisiert durchgeführt [50]. Auch wenn es individuell große Unterschiede im Ablauf und Erleben der Selbstverletzung bei den Betroffenen gibt, sind insgesamt spezielle Verhaltensmuster zu erkennen.

Resch (2001) beschreibt als besonderes Charakteristikum des Selbstverletzungsaktes den Spannungsbogen [100]. Im Vorfeld der Selbstverletzung steht meist ein für den Betroffenen stressassoziiertes Erlebnis. Bei den Auslösern kann es sich um geringfügige Ereignisse handeln, welche subjektiv als sehr belastend wahrgenommen werden und in zunehmende Anspannung und unkontrollierbaren emotionalen Zuständen wie Ärger, Angst, Traurigkeit,

Hilflosigkeit, Wut und Schuld münden [68, 117]. Wenn dem Betroffenen die Bewältigung dieser negativ gefärbten Affekte nicht gelingt, richtet er die Aggression letztendlich gegen sich selbst [50]. Hierbei wird das Bewusstsein regelrecht von dem Wunsch beherrscht sich selbst zu verletzen, meist verknüpft mit dem Gefühl der Depersonalisation und dissoziativen Zuständen [32, 16]. Auf dem Höhepunkt des Spannungsbogens kommt es dann, in der Regel impulshaft, zum Akt der Selbstverletzung [100]. Die Zeit zwischen den Gedanken sich selbst zu verletzen und der eigentlichen Handlung beträgt hierbei häufig nur wenige Minuten. Das schnelle Anfluten verdeutlicht die Intensität der Spannungszustände, die meist keine Zeit für alternative Copingstrategien lässt [97, 80].

Die ebenfalls oft empfundene Selbstentfremdung und Dissoziation kognitiver Denk- und Wahrnehmungsprozesse kann bei einigen Patienten zur vorübergehenden Analgesie führen, sodass im Moment der Verletzung kein Schmerz verspürt wird [80, 11, 86]. Auch wird von Amnesien für den Vorgang der eigentlichen Selbstbeschädigung berichtet [103]. Die Selbstverletzungshandlung führt zu einer abrupten Beendigung des Spannungsgefühls und zur Erleichterung bis hin zu euphorischen Zuständen [15]. Diese kurzzeitige Stimmungsaufhellung, ausgelöst durch Endorphinausschüttung infolge der Gewebsverletzung, könnte den repetitiven Charakter und das kontrovers diskutierte Suchtpotential der Störung erklären [84, 16]. Das Gefühl des Wohlbefindens wird allerdings schon in Kürze von negativen Affekten wie Ekel, Scham und Schuld eingeholt. Es entstehen Ängste vor entstellenden Narben und der negativen Reaktion des Umfelds. Aus Selbstvorwürfen und Selbsthass baut sich aufs Neue ein Spannungsbogen auf, für den die Betroffenen wiederum keine alternativen Bewältigungsstrategien finden, als sich erneut selbst zu verletzen [99].

### **1.2.6 Funktion der Selbstverletzung**

Neben der bereits erwähnten affektregulatorischen Komponente, gibt es weitere Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens. Klonsky (2007) fasst diese in sieben Unterpunkte [54].

### *Sieben Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens nach Klonsky*

<i>Funktion</i>	<i>Beschreibung</i>
(1) Affektregulation	Erleichterung einer akut negativen Affektlage
(2) Anti-Dissoziation	Beendigung eines dissoziativen Erlebens oder einer Depersonalisation
(3) Anti-Suizid	Meidung oder Ersatz eines suizidalen Impulses
(4) Interpersonelle Beziehungen	Behauptung der eigenen Autonomie, Abgrenzung gegenüber anderen
(5) Interpersonelle Beeinflussung	Manipulation anderer oder Hilfesuch bei anderen
(6) Selbstbestrafung	Selbstabwertung, Ausdruck der Wut gegen sich selbst
(7) "Sensation seeking"	Verursachen von Aufregung, eigene Aufheiterung

### **1.2.7 Komorbidität des selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter**

Im klinischen Alltag zeigen sich selbstverletzende Verhaltensweisen häufig im Zusammenhang mit psychiatrischen Syndromen, wobei zu beachten ist, dass Selbstverletzungen im Jugendalter auch ohne das Vorliegen einer psychischen Störung in Erscheinung treten können [84]. Dies wird durch die weite Verbreitung von Selbstverletzungshandlungen und die hohe Lebenszeitprävalenz, die ein alleiniges Auftreten des Phänomens im Kontext schwerer psychischer Störungen unwahrscheinlich macht, verdeutlicht [97].

In einer Übersichtsarbeit fassten Nitkowski und Petermann die Ergebnisse 21 ausgewählter internationaler Studien aus den Jahren 2000-2010 zusammen, in denen selbstverletzendes Verhalten im Zusammenhang mit komorbiden psychischen Störungen erfasst worden waren [74]. Die Stichproben der Studien entstammten sowohl klinischen Inanspruchnahmepopulationen als auch der Allgemeinbevölkerung, welche in die Gruppen "Jugendliche" und "Erwachsene"

unterteilt wurden. Dabei zeigte sich in der Gruppe der jugendlichen Selbstverletzer am häufigsten eine affektive Störung (48.19%), darunter vor allem die rezidivierende Major Depression (M=51.68%). An zweiter Stelle trat selbstverletzendes Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen auf (44.0%), hierbei erwartungsgemäß am häufigsten beim Borderline-Typus (M=35.3%), gefolgt von der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (M=15.50%). Außerdem zeigten sich häufig Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsstörungen (21.13%), meist eine Alkoholabhängigkeit oder eine Alkoholabhängigkeitsstörung (M=14.33%). 19.93% der jugendlichen Betroffenen mit selbstverletzendem Verhalten wiesen eine Störung aus dem Spektrum der externalisierenden Störungen auf, zu welchem die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, die Störung des Sozialverhaltens und die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten zählen. Tabelle 2 zeigt eine Gesamtübersicht der Analyse von Nitkowski und Petermann. Im Vergleich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen wurde festgestellt, dass die Prävalenzzahlen für komorbide psychiatrische Störungen bei jugendlichen Selbstverletzern deutlich höher waren als bei Erwachsenen. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass selbstverletzendes Verhalten bei männlichen Jugendlichen häufiger im Zusammenhang mit einer Störung des Sozialverhaltens, einer Substanzabhängigkeits-/Substanzmissbrauchsstörung oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung standen, während bei weiblichen Personen eher Essstörungen und generalisierte Angststörungen vordergründig waren.

Im Folgenden soll auf die zwei wichtigsten Komorbiditäten des selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter konkret eingegangen werden.

Tabelle 2: Komorbiditäten selbstverletzenden Verhaltens aus Nitkowski und Petermann 2011 [74]

psychiatrische Störungen	allgemeine Analyse % (min. bis max.)		hinreichende Messgüte % (min. bis max.)
	Jugendliche	Erwachsene	Jugendliche
affektive Störungen	48,19 (28,9 – 66,0)	26,35 (0,0 – 94,6)	44,24 (28,9 – 65,4)
– Major Depression Episode/Depressive Episode	0,00 –	10,25 (0,0 – 42,0)	0,00 –
– rezidivierende Major Depression/rezidivierende depressive Störung	51,68 (41,6 – 66,0)	3,84 (0,0 – 21,0)	48,10 (41,6 – 58,1)
– dysthyme Störung/Dysthymia	28,00 –	21,87 (15,2 – 32,4)	28,00 –
phobische und Angststörungen	18,01 (1,1 – 48,8)	11,11 (0,0 – 37,5)	13,73 (3,2 – 19,7)
– posttraumatische Belastungsstörung	12,40 (0,0 – 23,6)	6,22 (0,0 – 27,7)	12,40 (0,0 – 23,6)
– generalisierte Angststörung	15,20 (3,2 – 26,7)	3,51 (0,0 – 11,05)	15,20 (3,2 – 26,7)
– soziale Phobie	13,30 –	18,00 –	13,30 –
Essstörungen	5,54 (0,0 – 14,6)	11,59 (0,0 – 38,9)	5,04 (0,0 – 12,0)
externalisierende Störungen	19,93 (0,0 – 54,3)	5,09 (0,0 – 29,6)	25,62 (0,0 – 54,3)
Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeitsstörungen	21,13 (0,0 – 59,6)	11,43 (0,0 – 33,3)	23,45 (0,0 – 59,6)
– Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	14,33 (2,4 – 23,3)	5,65 (0,0 – 25,1)	20,30 (17,3 – 23,3)
Persönlichkeitsstörungen	43,95 (20,6 – 67,3)	36,52 (0,0 – 80,0)	46,7 (20,6 – 67,3)
– Borderline-Typus	35,30 (18,9 – 51,7)	27,42 (0,0 – 56,0)	35,30 (18,9 – 51,7)
– antisozialer Typus	0,00 –	12,80 (0,0 – 46,2)	0,00 –
– ängstlich-vermeidender Typus	15,50 (0,0 – 31,0)	0,00 –	11,68 (0,0-31,0)

### 1.2.7.1 Selbstverletzendes Verhalten und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; nach ICD-10 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus, F60.31) ist die häufigste Persönlichkeitsstörung im klinischen Setting [34, 55, 108]. Selbstschädigung wird in den Klassifikationssystemen DSM-5 und ICD-10 auch als Symptom dieser Störung geführt und daher häufig mit BPS assoziiert. Nach aktuellen Studien verletzen sich zwischen 73% und 90% der Patienten mit einer BPS selbst [20, 46, 127].

Charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind eine affektive Labilität und Instabilität in interpersonellen Beziehungen sowie im Selbstbild. Ebenfalls kennzeichnend sind Verhaltensprobleme wie impulsive und aggressive Durchbrüche, Selbstverletzung, chronische Suizidalität und Dissoziation [108, 112]. Untersuchungen zufolge liegen bei der BPS eine affektive Hyperreagibilität sowie eine verminderte kognitive Emotionsregulation vor [71, 24]. Selbstverletzung wird als "Ersatzmaßnahme" zur Ablenkung der Aufmerksamkeit von negativen Affekten und Spannungszuständen bei gestörten emotionalen Regulationsprozessen eingesetzt [71]. Die hohe Lebenszeitprävalenz für selbstverletzendes Verhalten bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung darf nicht zum Umkehrschluss führen, dass bei Selbstverletzung stets von einer BPS auszugehen ist. In der Übersichtsarbeit von Nitkowski und Petermann zeigten lediglich 30% der Patienten mit Selbstverletzung eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diagnostisch bedeutet dies, dass aufgrund der affektregulatorischen Komponente des selbstverletzenden Verhaltens, dieses häufig von Borderline-Patienten angewandt wird, Nicht-suizidale Selbstverletzung allerdings nicht als präziser Indikator für eine BPS angenommen werden kann [74].

#### **1.2.7.2 Selbstverletzendes Verhalten und Depression**

Depression und depressive Episoden werden zu den affektiven Störungen gezählt und weisen sowohl in der ICD-10, als auch im DSM-5 als wichtigste Kriterien gedrückte Stimmung, ausgeprägten Interessenverlust, sowie Freudlosigkeit und verminderten Antrieb auf [30, 98]. Weitere Symptome wie Schlaf-, Appetit- und Konzentrationsstörung gehören zum Gesamtbild der Depression. Ein vermindertes Selbstwertgefühl sowie pessimistische Zukunftserwartungen können zu Suizidgedanken und Suizidhandlungen führen. In einigen Studien wie beispielsweise der Heidelberger Schulstudie [37] ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und Depression auszumachen. Brunner et al. (2007) zeigten des Weiteren, dass Depressivität kombiniert mit Angst als begünstigender Faktor für selbstverletzendes Verhalten einzustufen ist [14]. Jüngste Untersuchungen an amerikanischen Studenten weisen Depression als wichtigen Prädiktor für das Vorkom-

men von Selbstschädigung nach [121]. Nitkowski und Petermann konnten in ihrer Metaanalyse die DSM-Diagnose "rezidivierende Major Depression", dem Äquivalent zur "rezidivierenden depressiven Störung" (F33) in der ICD-10, als häufigste komorbide Störung unter Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten nachweisen [74].

### **1.2.8 Abgrenzung von Suizidalität**

Um eine korrekte Diagnostik und Therapie zu gewährleisten, ist es von großer Wichtigkeit selbstverletzendes Verhalten im klinischen Alltag von anderen ähnlichen Störungsbildern abzugrenzen. Besondere Bedeutung kommt hier der Suizidalität zu [88, 18]. Eine klare Differenzierung zwischen Nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten und Suizidabsicht, wenn diese nicht konkret geäußert wurde, fällt in der Praxis nicht selten schwierig aus [73]. Der Zusammenhang zwischen den beiden Phänomenen wird in einschlägiger Literatur kontrovers diskutiert. Während die meisten Autoren die strikte Trennung zwischen selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität befürworten, betrachten einige das selbstverletzende Verhalten als zugehörigen Bereich der Suizidalität [119]. In diversen Studien konnten definitive Zusammenhänge zwischen selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität dargelegt werden [78, 52, 13, 120]. Nock et al. (2006) etwa konnten in einer Untersuchung an amerikanischen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zeigen, dass 70% der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten bereits einen Suizidversuch und 55% mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte zu verzeichnen hatten [78]. In der Heidelberger Schulstudie ließ sich ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko für selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen mit häufigen suizidalen Gedanken nachweisen [37]. In Bezug auf die Wahrnehmung und Zielsetzung des Verhaltens durch die Betroffenen, erweisen sich die beiden Störungen jedoch als different. Der Intention kommt hierbei die größte Bedeutung zu. Beim Suizidversuch steht die "Intention durch die Handlung zu sterben" an erster Stelle [89]. Wie bereits in Kapitel 1.2.5 und 1.2.6 ausführlich erörtert, sind die Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens hingegen meist affektregulatorischer Natur. Zur Diskussion steht auch, ob selbstverletzendes

Verhalten von einigen Betroffenen nicht gar im Sinne eines "Anti-Suizid" zur Abwendung von suizidalen Impulsen angewandt wird [54].

Ein Vergleich mehrerer Studien durch Petermann et al. 2009 [73] zur Konkretisierung der Differentialdiagnostik zwischen selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuchen ergab, dass sowohl der Suizidversuch als auch das selbstverletzend Verhalten zur Emotionsbewältigung genutzt werden und die Flucht aus einer unerträglichen Situation ermöglichen sollen. Während das Ziel der Selbstverletzung hierbei die kurzfristige Reduzierung eines solchen belastenden Zustandes darstellt, wird beim Suizidversuch ein dauerhaftes Ausschalten negativer Emotionen durch den Tod angestrebt. Auch die Emotionen selber können bei beiden Phänomenen variieren. So scheinen beim selbstverletzenden Verhalten akute, erregende, aversive Affekte wie Wut, Frustration oder Angst im Vordergrund zu stehen, während ein Suizidversuch eher durch anhaltende negative Emotionen wie Leere, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit motiviert ist [73]. Dies schließt nicht aus, dass auch Suizidversuche aus impulsiven Gefühlen resultieren können. Auch in der Methodenwahl kann es laut der Übersichtsarbeit klare Unterschiede geben. Während Selbstverletzer eher auf moderate Praktiken wie Schneiden oder Selbstschlagen (vgl. Kapitel 1.2.4) zurückgreifen, werden für Suizidversuche häufig schwere Methoden gewählt (Überdosis, Verwendung einer Schusswaffe), welche zu bedrohlicheren Verletzungen führen können. Die Kenntnis der Betroffenen über die Folgeschwere der gewählten Verletzungsmethode ist bei der Differentialdiagnose ebenfalls zu berücksichtigen. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Selbstverletzer eine deutlich höhere Episodenzahl an Selbstverletzungshandlungen über die Lebenszeit aufweisen als Patienten, welche Suizidversuche begehen.

Letztendlich geht aber auch aus dieser Übersichtsarbeit hervor, dass das entscheidende Merkmal, welches den Suizidversuch vom selbstverletzenden Verhalten abgrenzt, die deutliche Suizidabsicht darstellt.

### **1.3 Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens**

Die Prävalenzzahlen zum selbstverletzenden Verhalten im Jugendalter schwanken innerhalb unterschiedlicher Studien stark. Die verschiedenen Definitionen des selbstverletzenden Verhaltens und die häufig stark variierenden psychometrischen Instrumente, durch die Selbstschädigungen erfasst werden, sind hier ein entscheidender Faktor für die teilweise hohe Diskrepanz [16].

Wichtig ist es bei den Prävalenzangaben zwischen populationsbasierten und klinischen Studien zu unterscheiden. In einer Übersichtsarbeit fassten Plener et al. die Prävalenzdaten aus 26 schulbasierten Studien zu Selbstverletzung bei Jugendlichen aus den Jahren 2002-2008 und vier Studien zu Selbstverletzung aus kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen aus den Jahren 1995-2006 zusammen [89]. Es konnte für die jugendliche Allgemeinbevölkerung eine Lebenszeitprävalenz für Selbstverletzung von 3.4%-18% festgestellt werden.

Der 2012 erschienene Vergleich von 52 internationalen Studien aus den Jahren 2005-2011 von Muehlenkamp et al. zeigte eine Lebenszeitprävalenz von 19% für selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung [69].

In klinischen Stichproben ist die Prävalenz für Selbstverletzung weitaus höher. Aus der Übersichtsarbeit von Plener et al. geht eine Lebenszeitprävalenz von über 30% hervor [89]. In weiteren Studien werden Lebenszeitprävalenzen zwischen 40% und 60% angegeben [16].

Neuesten Untersuchungen zufolge gehört Deutschland innerhalb Europas zu den Ländern mit der höchsten Prävalenz für Selbstverletzung unter Jugendlichen [92].

Während die meisten Analysen zeigen, dass die Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens weiter ansteigt und sich zum Massenphänomen entwickelt [118], stellen andere eine gleichbleibende Prävalenzrate in den letzten fünf Jahren fest [92]. Die weite Verbreitung von Selbstverletzung unter Jugendlichen scheint mit der stetig zunehmenden Präsenz der Thematik in Medien und

Internet in Verbindung zu stehen [97, 29]. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist auch das vermeintliche "Ansteckungspotenzial" des selbstverletzenden Verhaltens innerhalb von Peer-Groups. So wird vor allem im schulischen oder klinischen Kontext des Öfteren von einer zeitlichen Häufung von Selbstverletzungen innerhalb einer Gruppe von Jugendlichen berichtet [92, 41, 124].

#### **1.4 Selbstverletzendes Verhalten im Geschlechtervergleich**

Lange Zeit galt das selbstverletzende Verhalten als ein primär dem weiblichen Geschlecht zuzuordnendes Störungsbild. International wird diese Annahme derzeit kontrovers diskutiert.

Die meisten Studien ergeben noch immer ein erhöhtes Selbstverletzungsverhalten beim weiblichen Geschlecht [14, 91, 81, 44]. Einige Autoren führen diese Unterschiede in der Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten jedoch auf die erhöhte Repräsentation des weiblichen Geschlechts in psychiatrischen Populationen zurück [123, 113]. Unabhängig vom Alter ist der Anteil an weiblichen Patienten hier deutlich höher als der Anteil an männlichen. Einige Studien an der Allgemeinbevölkerung, wie z.B. die Heidelberger Schulstudie, zeigten allerdings ebenfalls ein häufigeres Auftreten von selbstverletzendem Verhalten beim weiblichen Geschlecht [37]. Gelegentliches selbstverletzendes Verhalten trat nach der Heidelberger Schulstudie bei Mädchen doppelt so häufig, repetitive Selbstverletzung sogar dreimal häufiger auf als bei Jungen. Andere populationsbasierte Studien wie beispielsweise eine Untersuchung von 1258 britischen 18 bis 20-jährigen im Jahre 2007 durch Young et al. zeigten hingegen nahezu keinen Unterschied in der Prävalenz selbstverletzenden Verhaltens zwischen jungen Frauen und Männern [125]. Van Camp et al. diskutieren nach der Untersuchung von 471 Psychologiestudenten in Belgien im Jahr 2011 gar ein Angleichen der Geschlechter sowohl im selbstverletzenden Verhalten an sich als auch in weiteren Gesichtspunkten wie Häufigkeit oder Art und Motivation der Selbstverletzung [113]. Allerdings gilt bei beiden Studien zu berücksichtigen, dass es sich bei den Teilnehmern um junge Erwachsene, nicht um Jugendliche handelte.

In einer 2011 von Kirchner et al. durchgeführten spanischen Studie an 1171 Schülern zwischen 12 und 16 Jahren konnten allerdings auch keine geschlechterassoziierten Unterschiede im selbstverletzenden Verhalten Jugendlicher festgestellt werden [52].

Solche Studien, die sich eigens mit geschlechtsspezifischen Aspekten selbstverletzenden Verhaltens befassen, sind insgesamt rar. In der bereits erwähnten britischen Studie von Young et al. ließ sich nachweisen, dass sich männliche Probanden "härterer" Methoden zur Selbstverletzung bedienten (z.B. Schlagen des Kopfes gegen die Wand) als weibliche Jugendliche (Schneiden der Haut) [125, 113]. Bezüglich der Motivation zur Selbstschädigung stand bei beiden Geschlechtern meist die negative Verstärkung, im Sinne einer Beendigung negativer Affekte, im Vordergrund. Im deutschsprachigen Raum ist bis dato keine ähnliche Studie bekannt, welche geschlechterspezifische Merkmale selbstverletzenden Verhaltens untersucht.

Das Gesamtspektrum psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland zeigt bei Mädchen ein höheres Auftreten internalisierender Störungen wie Angststörungen und Depressivität, während Jungen eher zu externalisierenden Störungen, z.B. hyperkinetischen Syndromen, Substanzmissbrauch und dissozialen Störungen neigen (vgl. Tab. 3) [48]. Die höhere Inzidenz internalisierender Störungen bei Mädchen kann als begünstigender Faktor für das von vielen Autoren beschriebene, häufigere Auftreten von Selbstschädigung gedeutet werden. Auch die unterschiedliche Art der Konfliktbewältigung ist als mögliche Ursache für die erhöhte Selbstverletzungsrate bei Mädchen anzunehmen. Während Jungen negative Affekte und Aggression durch expansives und fremdaggressives Verhalten zu bewältigen suchen, richtet sich die Aggression der Mädchen zur Bewältigung emotionaler Anspannung verstärkt gegen sich selbst [50]. Van Camp et al. mutmaßen eine Veränderung dieser Verhaltensweisen, durch die sich immer mehr angleichenden Rollenmodelle der Geschlechter in der westlichen Gesellschaft, was ursächlich für einen Wandel in der geschlechterspezifischen Psychopathologie des selbstverletzenden Verhaltens sein könnte [113].

Tabelle 3: Diagnoseverteilung in deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrien -  
Gesundheitsberichterstattung des Bundes [47]

<b>Diagnose</b>	<b>Jungen</b>	<b>Mädchen</b>	<b>Gesamt</b>
Sonstige Störungen des Kindes- und Jugendalters (F94 bis 99)	4.3 %	2.6 %	3.5 %
Emotionale Störungen (F93)	5.3 %	5.1 %	5.2 %
Störungen des Sozialverhaltens kombiniert mit emotionalen Störungen (F92)	23.4 %	17.0 %	20.4 %
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	10.7 %	6.1 %	8.6 %
Hyperkinetische Störungen (F90)	17.0 %	3.0 %	10.4 %
Entwicklungsstörungen (F8)	3.0 %	1.0 %	2.0 %
Intelligenzminderung (F7)	1.6 %	0.8 %	1.3 %
Persönlichkeitsstörungen (F6)	2.1 %	6.4 %	4.1 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	0.7 %	9.1 %	4.7 %
Sonstige neurotische Störungen (F40 bis 42, F44 bis 48)	4.4 %	6.8 %	5.5 %
Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	10.7%	24.6 %	17.2 %
Affektive Störungen (F3)	4.9 %	10.5 %	7.5 %
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	4.7 %	3.3 %	4.0 %
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	6.7 %	3.5 %	5.2 %
Organische psychische Störungen (F0)	0.5 %	0.3 %	0.4 %

## **1.5 Selbstverletzendes Verhalten und emotionale Dysregulation**

Die Rolle der emotionalen Dysregulation als wichtiger Prädiktor für die Entstehung von psychischen Störungen rückt in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der Forschung. Eine feste Definition des Begriffs oder einheitliche psychometrische Instrumente zur Erfassung liegen bis dato nicht vor und erschweren die Untersuchung in diesem Feld [23, 85, 6]. Petermann et al. beschäftigen sich mit der Problematik der Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und beschreiben die Emotionsregulation als einen Prozess, "bei welchem spezifische Strategien eingesetzt werden, durch die Emotionen (positive und negative) und die daraus hervorgehenden Verhaltensweisen, Interaktionen und physiologische Zustände reguliert werden" [85]. Eine solche Regulierung kann während, nach oder bereits vor dem Aufkommen einer Emotion einsetzen [5]. Mit der Reifung kognitiver Prozesse entwickeln sich neben bestehenden Emotionsregulationsfähigkeiten kognitive Strategien zur Affektregulation wie Ablenkung oder positives Denken [25, 58]. Können diese Emotionsregulationsstrategien nicht adäquat angewendet werden, spricht man von Emotionsdysregulation [58, 12]. Zusammenhänge zwischen emotionaler Dysregulation und Psychopathologie wurden vor allem für affektive Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Kapitel 1.2.7.1) und die generalisierte Angststörung erforscht.

Linehan (1993) beschreibt eine solche dysfunktionale Affektregulation als eines der zentralen Probleme der Borderline-Persönlichkeitsstörung [62]. Eine affektive Labilität, sowie Probleme im Umgang mit Wut und Ärger führen zu schnellen und sehr energischen Reaktionen [104]. Zwischen der dysfunktionalen Emotionsregulation und selbstverletzendem Verhalten scheint es einen engen, bislang allerdings wenig erforschten Zusammenhang zu geben, da wie bereits in Kapitel 1.2.5 erläutert, die affektregulatorische Komponente zum Beenden starker Spannungszustände bei eingeschränkten alternativen Bewältigungsstrategien eine wichtige Motivation zur Selbstverletzung darstellt [97, 1, 17, 38].

## **1.6 Hinweise zu weiterführender Literatur**

Weitere wichtige Aspekte selbstverletzenden Verhaltens sind die "Diagnostik" und "Therapie" von Selbstverletzung. Da diese jedoch nicht Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit darstellen, wird an dieser Stelle lediglich auf weiterführende Literatur hingewiesen, welche dem Literaturverzeichnis anhand der folgenden Nummerierung zu entnehmen ist: [35, 76, 77, 82, 116].

## 2 Fragestellung

Wie in Kapitel 1.4 bereits ausgeführt, wird die Geschlechterverteilung bei selbstverletzendem Verhalten derzeit kontrovers in der Forschung diskutiert. Die meisten Studien berichten von einer höheren Prävalenz bei weiblichen Jugendlichen. Abgesehen von der Auftretenswahrscheinlichkeit sind weitere Unterscheidungsmerkmale im selbstverletzenden Verhalten bezüglich des Geschlechts jedoch kaum untersucht. Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Frage, ob signifikante Unterschiede im selbstverletzenden Verhalten zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen bezüglich der Methodenwahl und Motivation der Selbstverletzung auszumachen sind. Weitere Ziele der Arbeit sind es, Suizidalität, Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsmerkmale und insbesondere den Aspekt der emotionalen Dysregulation innerhalb der Stichprobe zu beleuchten. Für diesen Teil der Studie gilt zunächst die Frage zu klären, ob es einen deutlichen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen in der Gesamtstichprobe gibt. Erst dann wird die Subgruppe der selbstverletzenden Jugendlichen auf dieselben Aspekte untersucht. Auf diese Weise wird zusätzlich ein geschlechtergetrennter Vergleich zwischen Jugendlichen der Gesamtstichprobe und den Subgruppen (Jugendliche, die sich nicht selbstverletzen und Jugendliche, die sich selbstverletzen) gezogen. Die konkreten Fragen sind im Folgenden formuliert:

- Lassen sich signifikante Unterschiede in den Methoden selbstverletzenden Verhaltens zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen feststellen?
- Lassen sich signifikante Unterschiede in der Motivation selbstverletzenden Verhaltens zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen feststellen?
- Weisen Jugendliche, die sich selbst verletzen eine signifikant höhere emotionale Dysregulation auf als Jugendliche, die sich nicht selbstverletzen?
- Gibt es signifikante Unterschiede in den Ausprägungsformen (Persönlichkeitsdimensionen) emotionaler Dysregulation zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen?

- Gibt es signifikante Unterschiede in den Ausprägungsformen (Persönlichkeitsdimensionen) emotionaler Dysregulation zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen?
- Gibt es einen signifikanten Unterschied in der Suizidalität zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen?
- Gibt es einen signifikanten Unterschied in der Suizidalität zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen?
- Lassen sich signifikante Unterschiede bezüglich Verhaltensauffälligkeiten zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen feststellen?
- Lassen sich signifikante Unterschiede bezüglich Verhaltensauffälligkeiten zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen, feststellen?

## **3 Methodik**

### **3.1 Studiendesign**

Die zugrunde liegende Untersuchung ist Teil einer Querschnittstudie, welche multizentrisch an der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln, der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie der Kliniken der Stadt Köln sowie an den Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UniversitätsKlinikum Heidelberg und der LVR-Klinik Bedburg-Hau durchgeführt wurde.

In der vorliegenden Arbeit wurden lediglich die Daten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kliniken der Stadt Köln berücksichtigt.

### **3.2 Ablauf der Datenerhebung in Köln**

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln und der Kliniken der Stadt Köln wurde die Studie über einen Zeitraum von sechs Monaten, beginnend am 01.06.2010, durchgeführt. Es nahmen Patienten zwischen 12 und 18 Jahren teil, die zur stationären Behandlung aufgenommen worden waren.

Gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UniversitätsKlinikum Heidelberg wurde aus standardisierten Fragebögen ein 13-seitiger, zusammenhängender Fragebogen erstellt (s. Anhang). Zusätzlich zu den Fragebögen wurden zu jedem an der Studie beteiligten Patienten sogenannte Basisdaten (Geburtsdatum, ICD-10 Diagnose, Aufnahmetag, Behandlungsdauer etc.) erhoben.

Die Fragebögen wurden in beiden Kölner Kinder- und Jugendpsychiatrien routinemäßig in den ersten Tagen nach der stationären Aufnahme an die Patienten verteilt, die auf eine der vier Jugendstationen, darunter auch die geschützte Station, aufgenommen worden waren.

Dem Datenschutzgesetz und dem Konzept der Ethik-Kommission der Universität zu Köln entsprechend, wurden die Jugendlichen vor Testungsbeginn

bezüglich des Inhalts und Ablaufs der Studie verbal und schriftlich informiert und darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig sei.

Im Laufe des behandlungsbedingten Aufenthaltes füllten die Patienten die Bögen in Ruhe und ohne Fremdbeeinflussung aus und übergaben sie dem Klinikpersonal. Bei Verständnisproblemen, während der Bearbeitung der Selbstbeurteilungsfragebögen, bestand Gelegenheit zur Nachfrage. Jugendliche, die nicht in der Lage waren Deutsch zu lesen oder zu sprechen, wurden nicht in die Studie aufgenommen. Das Konzept schloss auch jene Patienten aus, die aus kognitiven Gründen (IQ unter 70) nicht in der Lage waren die Fragebögen selbstständig auszufüllen.

Die Teilnahme an der Studie wurde von n=9 Patienten verweigert. N=11 Patienten mussten aus der Studie genommen werden, da ihre bearbeiteten Fragebögen zu große Lücken aufwiesen. Bei n=6 Patienten führte ein zu kurzer stationärer Aufenthalt dazu, dass die Fragebögen nicht an das Klinikpersonal zurückgegeben wurden. Aufgrund wiederholter Klinikaufenthalte im Zeitraum der Untersuchung füllten n=21 Patienten den Fragebogen mehrfach aus. Hier wurden lediglich die Daten des ersten Klinikaufenthaltes in der Studie berücksichtigt. Von 230 ausgeteilten Fragebögen gingen 183 in die Auswertung ein. Die Erhebung der Basisdaten erfolgte mittels eines eigens dafür angelegten Basisdatenbogens (s. Anhang). Dieser wurde anhand der Anamnesen und der Arztbriefe, der jeweiligen in die Studie aufgenommenen Patienten, ausgefüllt.

### **3.3 Stichprobenbeschreibung**

Die Stichprobe dieser Studie umfasst 183 Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Die stationäre Behandlung erfolgte bei n=55 (30.1%) Jugendlichen in der KJP der Uniklinik Köln, n=128 (69.9%) Jugendliche der Stichprobe waren in der KJP der Kliniken der Stadt Köln in Behandlung.

Die Stichprobe setzt sich aus n=72 (39%) männlichen Patienten und n=111 (61%) weiblichen Patientinnen zusammen.

Es sind Patienten im Alter von 12-18 Jahren vertreten. Das Durchschnittsalter liegt bei 15.9 Jahren, bei einer Standardabweichung von 1.4.

Die durchschnittliche Dauer des Klinikaufenthaltes liegt bei 32 Tagen ( $\pm 27.9$ ) mit einer Spannweite von 142 Tagen (1 bis 143 Tage).

Der größte Anteil der Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung sind Schüler des Gymnasiums  $n=38$  (20.8%). Die Haupt- und Realschule werden zum Testzeitpunkt von jeweils  $n=35$  Patienten (19.1%) besucht. Eine detaillierte Darstellung der Beschulungsform zeigt die folgende Abbildung.

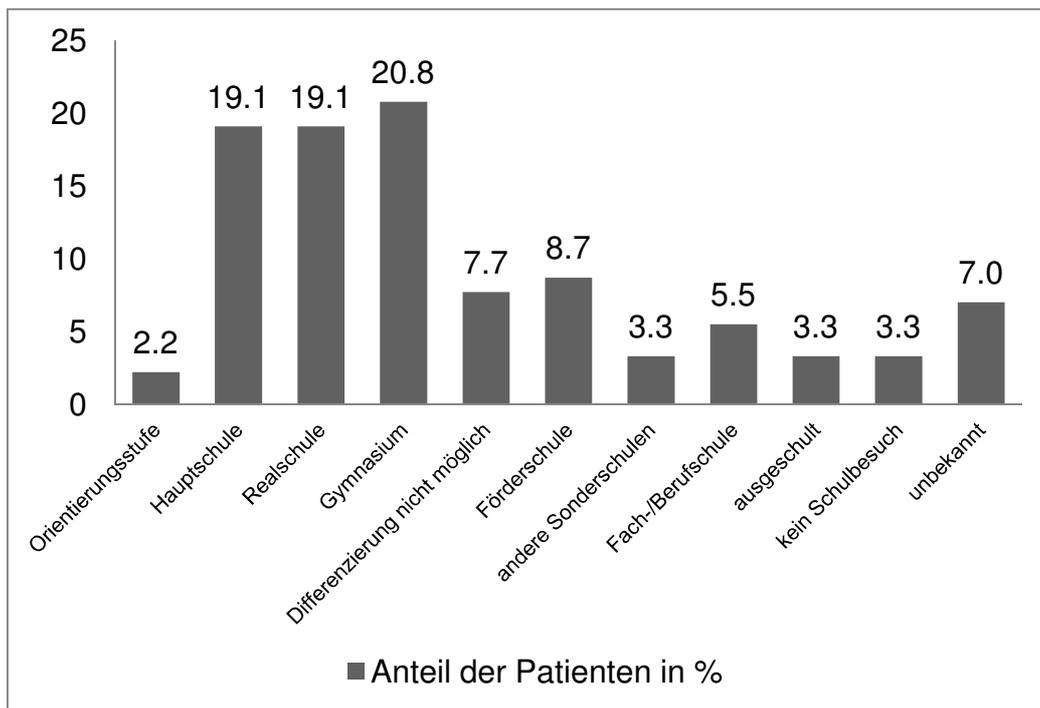


Abbildung 2: Beschulungsform zum Zeitpunkt der Datenerhebung

Die meisten Patienten der Stichprobe sind deutsche Staatsbürger n=137 (74.9%). Die Verteilung der Staatsangehörigkeiten innerhalb der Stichprobe stellt das nächste Diagramm dar:

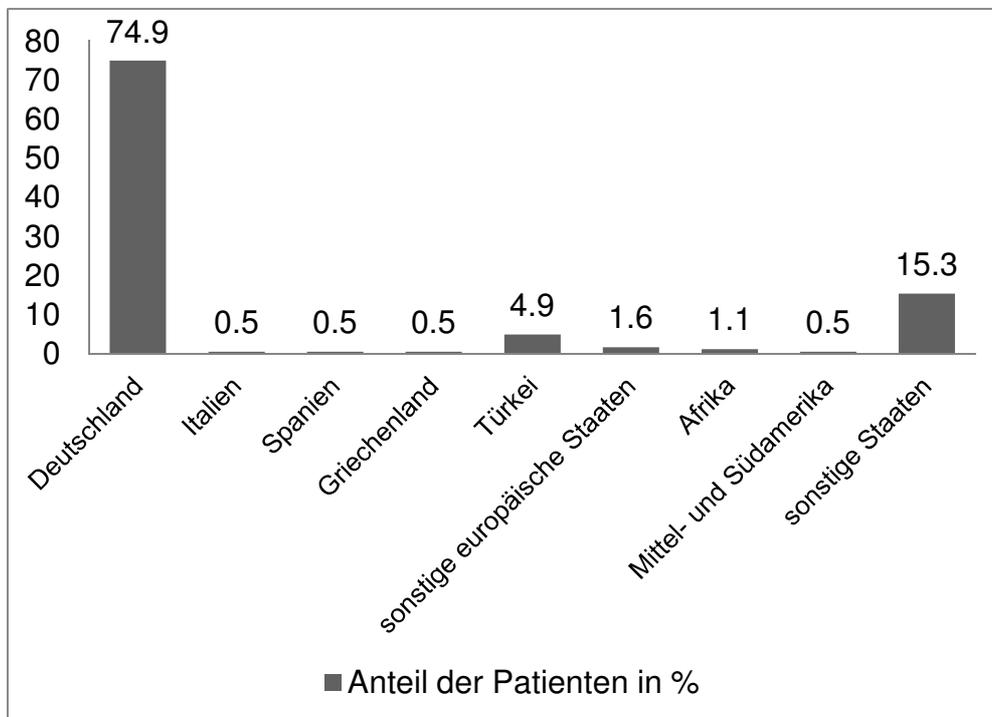


Abbildung 3: Verteilung der Staatsangehörigkeiten

### 3.3.1 Diagnoseverteilung nach ICD-10 innerhalb der Stichprobe

Die klinischen Diagnosen der Patienten zum Testzeitpunkt sind in Abbildung 4 dargestellt. Am häufigsten sind innerhalb der Gesamtstichprobe "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" (F9) vorzufinden (23.2%). Des Weiteren wurden für viele Patienten "Affektive Störungen" (F3) (19.6%), sowie "Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen" (F4) (19.3%) diagnostiziert. Unter den männlichen Jugendlichen der Stichprobe sind ebenso "Psychische und Verhaltensstörungen durch psycho- trope Substanzen" (F1) besonders häufig (23.7%).

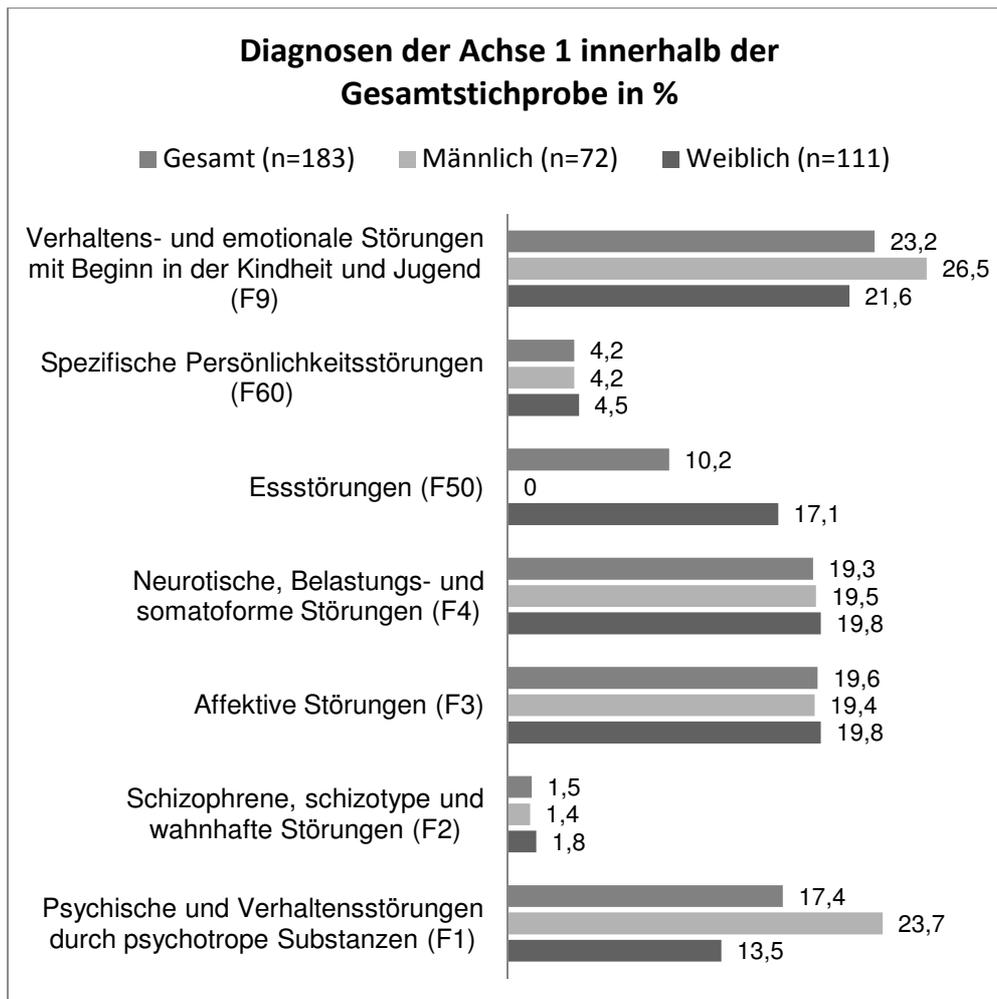


Abbildung 4: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10

### 3.4 Messinstrumente

Im Folgenden werden die vier standardisierten Fragebögen beschrieben, die für die vorliegende Arbeit verwendet wurden.

#### 3.4.1 FASM - Functional Assessment of Self-Mutilation

Das Functional Assessment of Self-Mutilation ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher zur Erfassung von Methoden, Häufigkeit und Funktion selbstverletzenden Verhaltens entwickelt wurde [64]. Des Weiteren werden anhand des Instruments die Ein-Jahres- und Lebenszeitprävalenz für selbstverletzendes Verhalten untersucht sowie eine Abgrenzung zur Suizidalität

vorgenommen. Der zweiteilige Fragebogen besteht aus insgesamt 42 Items (darunter zwei offenen Antwortkategorien) und einigen Unterfragen. Im ersten Fragebogenabschnitt wird eine Checkliste von elf Verletzungsmethoden (ohne harte Methoden wie z.B. Erhängen) abgefragt. Der Zeitraum des aufgetretenen Verhaltens beschränkt sich dabei auf das vergangene Jahr. Neben der Art der Selbstverletzung, wird nach der Häufigkeit und der eventuellen Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung gefragt. Es folgen Fragen, die das Verhalten näher spezifizieren. Der zweite Teil besteht aus 22 Items, die sich mit Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens befassen. Diese sind in den Häufigkeiten "nie", "selten", "manchmal" und "oft" anzugeben.

Die im FASM genannten Verletzungsmethoden lassen sich in leichte und mittelschwere bis schwere Verletzungen einteilen [36] (s. Tab. 4). Die 22 Funktionen können nach Nock und Prinstein (2004) [79] in ein Vier-Skalen-Modell aufgegliedert werden. Diese vier Subskalen wurden anhand des Lokus (automatisch und sozial) und der Qualität der Verstärkung (positiv und negativ) definiert: "Automatische positive Verstärkung", "Automatische negative Verstärkung", "Soziale positive Verstärkung" und "Soziale negative Verstärkung".

Der Selbstbeurteilungsfragebogen gehört zu den international am häufigsten verwendeten Forschungsinstrumenten für selbstverletzendes Verhalten. Obgleich die deutsche Version schon in einigen Studien Anwendung gefunden hat, liegt bisher keine deutsche Validierung vor.

Tabelle 4: Einteilung des selbstverletzenden Verhaltens nach Schweregrad

Leichtes SVV	Mittelschweres/Schweres SVV
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sich selbst absichtlich schlagen</li> <li>- Haare ausreißen</li> <li>- Gegenstände unter die Nägel oder Haut stecken</li> <li>- sich selbst beißen</li> <li>- an Teilen des Körpers zupfen, bis Blut kommt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schneiden oder Ritzen der Haut</li> <li>- die Haut verbrennen</li> <li>- sich selbst tätowieren</li> <li>- die Haut aufkratzen</li> <li>- die Haut aufschürfen</li> </ul>

Tabelle 5: Die Skalen des FASM nach dem Vier-Skalen-Modell

Automatische negative Verstärkung	Automatische positive Verstärkung
<ul style="list-style-type: none"> <li>- um schlechte Gefühle zu beenden</li> <li>- um sich nicht „betäubt“ oder „leer“ zu fühlen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- um dich selbst zu bestrafen</li> <li>- um sich entspannt zu fühlen</li> <li>- um etwas zu fühlen, auch wenn es Schmerz ist</li> </ul>
Soziale negative Verstärkung	Soziale positive Verstärkung
<ul style="list-style-type: none"> <li>- um etwas Unangenehmes, was nicht tun will, zu vermeiden</li> <li>- um Schule, Arbeit oder andere Aktivitäten zu vermeiden</li> <li>- um Strafen oder Konsequenzen zu vermeiden</li> <li>- um zu vermeiden unter Menschen zu sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- um Kontrolle über eine Situation zu bekommen</li> <li>- damit andere Leute sich anders verhalten oder ändern</li> <li>- um eine Reaktion von jemandem zu bekommen, auch wenn es eine negative ist</li> <li>- um deine Eltern dazu zu bringen, dich zu verstehen oder zu beachten</li> <li>- um andere wütend zu machen</li> <li>- um wie jemand zu sein, den du bewunderst</li> <li>- um dich zu beschäftigen, wenn du alleine bist</li> <li>- um mehr Aufmerksamkeit von deinen Eltern oder Freunden zu bekommen</li> <li>- um zu einer Gruppe zu gehören</li> <li>- um andere wissen zu lassen, wie verzweifelt du bist</li> <li>- um Aufmerksamkeit zu bekommen</li> <li>- um Hilfe zu bekommen</li> </ul>

### 3.4.2 PSS - Paykel Suizid Skala

Bei der Paykel Suizid Skala nach Paykel et al. (1974) [83] handelt es sich um einen 6-stufigen Fragebogen. Die Skala ist aufsteigend nach Intensität suizidalen Verhaltens geordnet (s. Tab. 6). Als Antwortmöglichkeiten stehen "ja" oder "nein" zur Verfügung. Die maximale Punktzahl beträgt 5 (Zustimmung der letzten Frage), minimal können 0 Punkte erreicht werden (keine Zustimmung).

Die Skala ist ein international etabliertes, standardisiertes Messinstrument zur Erfassung von Suizidalität.

Tabelle 6: 6 Stufen der Paykel Suizid Skala

Stufe	Suizidalität
1	Nicht suizidal
2	Leben nicht lebenswert
3	Todeswünsche
4	Suizidideen
5	Ernsthafte Suizidideen
6	Vergangener Suizidversuch

### 3.4.3 DAPP-BQ - Dimensional Assessment of Personality Pathology

Mit Hilfe des Dimensional Assessment of Personality Pathology lassen sich Persönlichkeitsstörungen und -auffälligkeiten dimensional erfassen. Der international etablierte Selbstbeurteilungsfragebogen gilt als reliabel und valide und bietet die Möglichkeit einen graduellen Übergang von Normalität zu pathologischen Persönlichkeitsausprägungen darzustellen [10, 96].

Auf Grundlage intensiver Analysen wesentlicher Merkmale von Persönlichkeitsstörungen wurde das DAPP-BQ Mitte der achtziger Jahre, an bestehenden Klassifikationen orientiert, über mehrere Jahre hinweg entwickelt und kommt mittlerweile als diagnostisches Instrument weitverbreitet zum Einsatz. Die deutsche Übersetzung des Fragebogens wurde in Zusammenarbeit des Autors der Originalversion und der psychologischen Fakultät der Universität Bielefeld erstellt [96]. In dem aus 290 Items und einer 5-stufigen Ratingskala (-2: völlig

unzutreffend, -1: unzutreffend, 0: teils zutreffend/teils unzutreffend, +1: zutreffend, +2 völlig zutreffend) bestehenden Fragebogen werden vier grundlegende Dimensionen unterschieden: "Emotionale Dysregulation", "Dissoziales Verhalten", "Gehemmtheit" und "Zwanghaftigkeit". Ihnen sind folgende 18 Subskalen ("Traits") unterzuordnen: "Unterwürfigkeit", "Kognitive Verzerrung", "Identitätsprobleme", "Affektive Labilität", "Oppositionelles Verhalten", "Ängstlichkeit", "Misstrauen", "Soziale Vermeidung", "Unsichere Bindung", "Selbstschädigung", "Narzissmus", "Reizsuche", "Ablehnung", "Hartherzigkeit", "Verhaltensprobleme", "Intimitätsprobleme", "Ausdrucksarmut" und "Zwanghaftigkeit". Durch die jeweilige Anzahl der Items dividiert ergeben sich die Summenscores der 18 Subskalen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine verkürzte Variante (DAPP-BQ Kurzform) mit 172 Items und 13 Subskalen verwendet, welche sich gerade zur Durchführung bei Jugendlichen bewährt hat [57, 111, 56].

Tabelle 7: Skalen und Subskalen der DAPP-BQ Kurzform

Emotionale Dysregulation	Dissoziales Verhalten
Affektive Labilität Ängstlichkeit Kognitive Verzerrung Identitätsprobleme Unsichere Bindung Oppositionalität Unterwürfigkeit	Narzissmus
Gehemmtheit	Zwanghaftigkeit
Eingeschränkter Ausdruck Soziales Vermeiden	Zwanghaftigkeit
Andere	
Selbstverletzung Misstrauen	

### 3.4.3.1 Die Skalen der DAPP-BQ Kurzform

#### *Affektive Labilität*

Diese, aus 16 Items bestehende Subskala, beschreibt eine emotionale Instabilität. Kennzeichnend sind eine Überempfindlichkeit und Reizbarkeit, welche durch leicht provozierbare Gefühle wie Ärger, Wut und Entrüstung zum Ausdruck kommen.

#### *Ängstlichkeit*

Personen, die auf dieser, aus 16 Items zusammengestellten Dimension, erhöhte Ausprägung erreichen, neigen zu Unentschlossenheit, Schuldgefühlen und zum Grübeln. Auch eine situationsunabhängige erhöhte Ängstlichkeit ist typisch.

### *Kognitive Verzerrung*

Dieser Trait, bestehend aus 16 Items, ist durch kurze stressassoziierte psychotische Erfahrungen, schizotypische Kognitionen und dissoziatives Erleben gekennzeichnet.

### *Identitätsprobleme*

Das chronische Gefühl innerer Leere, Pessimismus und Selbstabwertung sind typische Merkmale dieser Subskala, die sich aus 16 Items zusammensetzt, von denen die Items "Mein Leben macht mir Spaß", "Ich habe ein klares Empfinden davon, wer ich bin" und "Mein Leben ist voller interessanter Dinge" als inverse Items definiert sind.

### *Unsichere Bindung*

Durch diese, aus 16 Items gebildete Subskala, werden Personen beschrieben, die unter Verlust- und Trennungsängsten leiden. Ständige Suche nach Nähe und ein starkes Sicherheitsbedürfnis sind ebenfalls kennzeichnend.

### *Oppositionalität*

Charakteristisch für diese Subskala ist eine oppositionelle Grundhaltung, mangelnde Systematik und passive Aggressivität. Sie besteht aus 16 Items.

### *Unterwürfigkeit*

Gehorsames, devotes Verhalten, Manipulierbarkeit und das starke Bedürfnis nach Unterstützung und Rat durch andere zeichnet diesen Trait aus. Diese Skala besteht aus 16 Items.

### *Narzissmus*

Die Subskala besteht aus 16 Items und ist definiert durch ein übermäßiges Verlangen nach Anerkennung, Bewunderung und Aufmerksamkeit. Dabei besteht die Tendenz andere Menschen für diese Zwecke auszunutzen.

### *Eingeschränkter Ausdruck*

Dieser Trait ist definiert durch eingeschränktes Ausdrucksvermögen für positive, aber auch negative Affekte. Personen, die in dieser Dimension hohe Ausprägung erreichen, sind wenig mitteilbar und verlassen sich lieber auf sich selbst, als auf andere Personen. Die Skala besteht aus 16 Items.

### *Zwanghaftigkeit*

Perfektionismus, übersteigertes Ordnungssinn, Präzision und Gewissenhaftigkeit zeichnen diese, aus 16 Items zusammengesetzte, Subskala aus.

### *Misstrauen*

Misstrauen und übersteigerte Vigilanz im interpersonellen Kontakt sind Merkmale dieser Persönlichkeitseigenschaft. Sie setzt sich im DAPP-BQ aus 14 Items zusammen.

### *Selbstverletzung*

Häufige Gedanken über Selbstverletzung und tatsächliches selbstverletzendes Verhalten bis hin zu Suizidversuchen definieren diesen Trait, der aus zwölf Items zusammengesetzt ist.

### *Soziale Vermeidung*

Persönlichkeitsmerkmale dieser, aus 16 Items bestehenden Subskala sind Meiden sozialer Kontakte auf sozialer und auf intimer Ebene. Menschen, die hohe Ausprägung in dieser Dimension erreichen, fürchten sich vor Enttäuschungen durch andere Menschen und weisen mangelnde soziale Fähigkeiten, bei gleichzeitigem Wunsch nach sozialen Kontakten, auf.

## **3.4.4 SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire**

Bei dem Strengths and Difficulties Questionnaire nach Goodman handelt es sich um ein Erhebungsinstrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten von Kindern- und Jugendlichen [33]. Der kurze Fragebogen wurde in Großbritannien entwickelt und 1997 in die deutsche Sprache übersetzt. Vor allem das englische Original gilt als umfassend validiert und wird in der Praxis vielseitig zur klinischen Diagnostik, Evaluierung von Therapieverläufen und als Forschungs- und Screeninginstrument verwendet. Normierungs- und Validierungsstudien der deutschen Version bewerten den SDQ ebenfalls als nützliches und valides Instrument für klinische Praxis und Forschungszwecke [53]. Es liegen eine Eltern- und Lehrerversion sowie eine altersgerecht formulierte Selbstberichtversion für Jugendliche ab elf Jahren vor. Bei der hier verwendeten Variante, handelt es sich um die erweiterte Selbstberichtversion,

in welcher ergänzend Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten im Umgang mit anderen, Dauer der Problematik, Leidensdruck und Belastung anderer erfragt werden.

Der Fragebogen besteht aus 25 Items, von denen je fünf Items aufsummiert die fünf Einzelskalen ergeben: Emotionale Probleme, (externalisierende) Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten. Jedes der 25 Items wird als "nicht zutreffend", "teilweise zutreffend" oder "eindeutig zutreffend" bewertet. Zur Auswertung liegen definierte Scores vor. Die Items "normaler Weise tue ich, was man mir sagt", "ich denke nach, bevor ich handle", "was ich angefangen habe mache ich zu Ende, ich kann mich lange genug konzentrieren", "ich habe einen oder mehrere gute Freunde/Freundinnen" und "im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt" werden vor der Auswertung umgepolt.

Die Items des SDQ sind nach Faktorenanalyse längerer Messinstrumente erstellt und an psychopathologische Klassifikationen wie DSM-IV und ICD-10 angepasst worden [53]. Übersetzungen des englischen Originals liegen in 40 Sprachen vor [126]. In Deutschland findet der SDQ bereits vielfach in Klinik und Forschung Anwendung.

Tabelle 8: Einteilung der Skalen des SDQ.

<b>Emotionale Probleme</b>	<b>Verhaltensprobleme</b>
<i>Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.</i>	<i>Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.</i>
<i>Ich mache mir häufig Sorgen.</i>	<i>Normalerweise tue ich, was man mir sagt.</i>
<i>Ich bin oft unglücklich.</i>	<i>Andere behaupten oft, dass ich lüge und mogele.</i>
<i>Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere das Selbstvertrauen.</i>	<i>Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will.</i>
<i>Ich habe viele Ängste.</i>	<i>Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören.</i>
<b>Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen</b>	<b>Hyperaktivität</b>
<i>Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.</i>	<i>Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.</i>
<i>Ich habe einen oder mehrere gute Freundinnen oder Freunde.</i>	<i>Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer mich zu konzentrieren.</i>
<i>Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.</i>	<i>Ich denke nach, bevor ich handele.</i>
<i>Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.</i>	<i>Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.</i>
<i>Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.</i>	<i>Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.</i>
<b>Prosoziales Verhalten</b>	
<i>Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.</i>	
<i>Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind</i>	
<i>Ich teile normalerweise mit anderen</i>	
<i>Ich bin nett zu jüngeren Kindern.</i>	
<i>Ich helfe anderen oft Freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)</i>	

## **3.5 Auswertung der Daten**

### **3.5.1 Datenaufbereitung**

Die standardisierten Einzelfragebögen der Studie wurden zu einem zusammenhängenden, computerlesbaren Fragebogen vereint und in dieser Form an die Patienten verteilt. Zur Anonymisierung wurden die Patientendaten in den Fragebögen und den zugehörigen Basisdaten mittels zugewiesener IDs verschlüsselt. Die Datenaufbereitung und Durchführung statistischer Operationen erfolgte anhand des Statistikprogramms SPSS Version 21.0 für Windows. Die Items der verschiedenen Fragebögen wurden in SPSS, entsprechend der dafür vorliegenden Scores, umcodiert.

Im ersten Arbeitsschritt wurden Häufigkeiten und Verteilungsmaße der Daten bestimmt. Gleichzeitig konnte eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt werden. Auf diese Weise ermittelte Eingabefehler wurden korrigiert. Fragebögen mit einer zu hohen Anzahl an fehlenden Werten (Missings) wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen. Nach Korrektur der Ursprungsdateien erfolgte erneut eine Plausibilitätskontrolle zum sicheren Ausschluss von Eingabefehlern.

### **3.5.2 Umgang mit fehlenden Werten**

Bei einer hohen Anzahl an Items, welche von den Jugendlichen selbstständig ausgefüllt werden müssen, ist es kaum zu vermeiden, dass es zu unbeantworteten Fragen und somit zu fehlenden Werten im Datensatz kommt. Um den Informationsverlust so gering wie möglich zu halten, wurden nicht nur komplett vollständige Fragebögen in die Auswertung aufgenommen. Vielmehr wurde durch Missing-Data-Techniken die Vollständigkeit des Datensatzes verbessert. Eine gute Datenqualität zu gewährleisten und eine Verzerrung der Untersuchungsergebnisse zu vermeiden war dabei oberste Priorität. Dafür wurde zunächst eine Analyse fehlender Werte durchgeführt.

### **3.5.2.1 Ergebnisse der Missinganalyse des FASM**

Im ersten Teil des FASM werden elf Methoden der Selbstverletzung abgefragt, die mit "ja", sofern sie im vergangenen Jahr angewandt wurden, oder "nein" beantwortet werden können. Ist eine verwendete Verletzungsmöglichkeit nicht in der Auflistung aufgezählt, kann sie unter der offenen Antwortmöglichkeit (Item 12) eingetragen werden. Es können Mehrfachantworten gegeben werden. Zu jeder Verletzung wird zusätzlich abgefragt wie oft sie durchgeführt wurde und ob eine medizinische Behandlung erfolgte. Mit einer Range von 0-1.6% (höchstens drei Missings bei einem Item) wurden die kategorialen Fragen dieses ersten Abschnitts sehr vollständig ausgefüllt. Auch die Frage "Hast du eine medizinische Behandlung erhalten?" wies eine Missingrate von 0-1.6% auf. Die Frage nach der Häufigkeit der Selbstverletzung, welche von den Jugendlichen selbstständig neben die jeweilige Verletzung einzutragen ist, wurde hingegen häufiger nicht beantwortet. Hier variiert die Range zwischen 1.6% und 24% Missings für je ein Item. Am häufigsten wurde die Frage "wie oft hast du eine Wunde aufgekratzt" nicht ausgefüllt (24%, n=44). Fehlende Werte in kategorialen Items des FASM wurden konservativ ersetzt.

Quantitative Items des FASM, z.B. Items der Fragenliste nach Gründen für das selbstverletzende Verhalten, welche mit "nie", "selten", "manchmal" oder "oft" beantwortet werden können, wiesen höchstens n=12 fehlende Werte in einzelnen Items auf (Item "um Kontrolle über eine Situation zu bekommen" und Item "um Hilfe zu bekommen").

### **3.5.2.2 Ergebnisse der Missinganalyse der Paykel Suizid Skala**

Innerhalb der Gesamtstichprobe (n=183) variierte die Anzahl der fehlenden Werte bei den fünf Items der Paykel Suizid Skala zwischen 1.6% (n=3) und 2.7% (n=5). In der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen (n=107) betrug die Zahl der fehlenden Werte bei Item 1-4: 0.9% (n=1) und bei Item 5 ("Hast du jemals versucht dir das Leben zu nehmen?") 2.8% (n=3) und konnte als gering eingestuft werden. Wie bei den kategorialen Items des FASM wurden die fehlenden Werte in der Paykel Suizid Skala konservativ ersetzt.

### **3.5.2.3 Ergebnisse der Missinganalyse des DAPP-BQ**

Die fehlenden Werte des DAPP-BQ lagen innerhalb der Gesamtstichprobe (n=183) je nach Item zwischen n=0 und n=7 (0%-3.8%). Item 144 "Ich mag es, Dinge aufzubauschen" stellte mit zwölf Missings (6.6%) einen Ausreißer dar. Bei der Bildung der Subskalen des DAPP-BQ wurden die fehlenden Werte, bei einer Anzahl von < 25%, durch Mittelwerte der zu der jeweiligen Skala zugehörigen Items ersetzt (mean value imputation).

### **3.5.2.4 Ergebnisse der Missinganalyse des SDQ**

Die Missinganalyse des SDQ ergab fehlende Antworten bei einzelnen Items des SDQ zwischen 2.7% (n=5) und 3.8% (n=7).

Wie beim DAPP-BQ wurden diese bei der Subskalenbildung des SDQ durch Mittelwerte ersetzt.

## **3.5.3 Statistische Verfahren**

### **3.5.3.1 Deskriptive Statistik**

Um allgemeine Aussagen über die Stichprobe treffen zu können (Geschlechterverteilung, Durchschnittsalter, Schulform etc.) wurden Häufigkeitsverteilungen der erhobenen "Basisdaten" mittels Tabellen und Diagrammen dargestellt. Auch die allgemeine Auswertung der Fragebögen erfolgte zunächst mit Hilfe deskriptiver statistischer Methoden (Tabellen, Balkendiagramme, Mittelwerte, Standardabweichung).

### **3.5.3.2 Reliabilitätsanalyse mittels Cronbach's Alpha**

Die Reliabilitätsanalyse zu jeder einzelnen Skala der je vier Fragebögen wurde durchgeführt, um eine ausreichende Zuverlässigkeit der deutschen Versionen der Messinstrumente sicherzustellen. Als Maßzahl für die interne Konsistenz (Korrelation einzelner Items einer Skala untereinander) wurde Cronbach's Alpha verwendet. Des Weiteren wurde die Trennschärfe bzw. Item-Total-Korrelation bestimmt, welche die Korrelation eines Items mit dem Gesamtergebnis eines Tests wiedergibt.

### **3.5.3.3 Prüfung auf Normalverteilung**

Zur Überprüfung auf Normalverteilung bei den einzelnen Skalen der Fragebögen wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewandt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p > 0.05$  besagt, dass eine hinreichende Normalverteilung vorliegt. Für nicht normalverteilte Skalen wurden nicht-parametrische Testverfahren für die nachfolgenden schließenden Analysen herangezogen.

### **3.5.3.4 Schließende Statistik**

Mittelwerte einzelner Subgruppen der Stichprobe wurden anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben miteinander verglichen. Als parametrisches Verfahren ist die Normalverteilung der zu untersuchenden Skalen Voraussetzung für den t-Test. Skalen, die diese Voraussetzung nicht erfüllten, wurden durch den U-Test nach Mann und Whitney, welcher als nicht-parametrischer Test auch bei nicht hinreichender Normalverteilung verwendet werden kann, miteinander verglichen. Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0.05$  wurden als signifikant erachtet. Für signifikante Ergebnisse wurde zusätzlich die Größe des Effektes (Effektstärke) mittels Cohen's d berechnet. Werte zwischen 0.2 und 0.5 zeigen eine kleine Effektstärke, Werte ab 0.5 eine mittlere- und Werte ab 0.8 eine große Effektstärke an.

Zur Analyse von Häufigkeitsunterschieden bezüglich der Ausprägung eines oder mehrerer Merkmale wurden der Chi-Quadrat-Test nach Pearson und der Exakte Test nach Fisher durchgeführt. Auch hier wurden Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0.05$  als statistisch signifikant definiert.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Skalenbildung und Reliabilitätsanalyse

Anhand der in der Literatur vorgegeben Scoring-Anleitungen, wurden die Items der unterschiedlichen Fragebögen zu Skalen zusammengefasst. Die folgenden Tabellen zeigen die Cronbach's Alpha-Werte sowie die Ranges der Item-Total-Korrelation (Item-Trennschärfe) der einzelnen Skalen, die bei der durchgeführten Reliabilitätsanalyse der verwendeten Instrumente berechnet wurden.

#### 4.1.1 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des FASM

Die Range der Reliabilitätskoeffizienten des von Nock und Prinstein 2004 [79] definierten Vier-Skalen-Modells zeigte in der durchgeführten Analyse der deutschen Version des Fragebogens Werte zwischen 0.459 bis 0.836. Die niedrigste Item-Skala-Korrelation wurde für das Item "um zu einer Gruppe zu gehören" (0.09) festgestellt. Den höchsten Wert erzielte das Item "um etwas zu fühlen, auch wenn es nur Schmerz ist" (0.655). Tabelle 9 zeigt die berechneten Ergebnisse im Einzelnen.

Tabelle 9: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des FASM Vier-Skalen-Modells

Skala	Cronbach's Alpha für standardisierte Items	Range der korrigierten Item-Skala-Korrelation
Automatische negative Verstärkung	0.459	0.298 - 0.300
Automatische positive Verstärkung	0.712	0.442 - 0.655
Soziale negative Verstärkung	0.549	0.124 - 0.458
Soziale positive Verstärkung	0.836	0.090 - 0.762

### 4.1.2 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala

Für die Paykel Suizid Skala wurde ein Cronbach's Alpha Wert von 0.867 berechnet. Die Range der korrigierten Item-Skala-Korrelation lag zwischen 0.579 und 0.746 (s. Tab. 10).

Tabelle 10: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala

<b>Skala</b>	<b>Cronbach's Alpha für standardisierte Items</b>	<b>Range der korrigierten Item-Skala-Korrelation</b>
Paykel Suizid Skala	0.867	0.579 - 0.746

### 4.1.3 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des DAPP

Der niedrigste Cronbach's Alpha Wert (0.898) wurde für die Skala Unterwürfigkeit gemessen. Den höchsten Wert (0.937) erreichte die Skala "Selbstverletzung". Item "ich zeige meine Gefühle sehr deutlich" wies die niedrigste Item-Skala-Korrelation auf (0.153). Den höchsten Wert erreichte Item "immer dann, wenn ich verzweifelt bin, werden Selbstmordgedanken sehr verlockend"(0.839). Für die Skalen "eingeschränkter Ausdruck" und "Zwanghaftigkeit" wurden keine Reliabilitätsanalysen durchgeführt, da sie nur aus je einem Item bestehen. Tabelle 11 zeigt alle Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des deutschen DAPP-BQ.

Tabelle 11: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des DAPP-BQ

<b>Skala</b>	<b>Cronbach's Alpha für standardisierte Items</b>	<b>Range der korrigierten Item-Skala-Korrelation</b>
Affektive Labilität	0.924	0.153 - 0.727
Ängstlichkeit	0.933	0.398 - 0.789
Kognitive Verzerrung	0.921	0.490 - 0.750
Identitätsprobleme	0.914	0.182 - 0.717
Unsichere Bindung	0,914	0.237 - 0.777
Soziales Vermeiden	0.934	0.559 - 0.813
Oppositionalität	0.907	0.330 - 0.718
Selbstverletzung	0.937	0.333 - 0.839
Unterwürfigkeit	0.898	0.381 - 0.691
Misstrauen	0.917	0.526 - 0.720
Narzissmus	0.911	0.386 - 0.770

#### 4.1.4 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des SDQ

In der Reliabilitätsanalyse des SDQ zeigten sich Cronbach's Alpha Werte zwischen 0.772 (Skala Emotionale Probleme) und 0.446 (Skala Verhaltensprobleme).

Die niedrigste Item Trennschärfe wurde für das Item "normalerweise tue ich, was man mir sagt" (0.059), die höchste für das Item "ich habe viele Ängste, ich fürchte mich leicht" (0.605), gemessen. In Tabelle 12 sind die Ergebnisse im Detail aufgeführt.

Tabelle 12: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des SDQ

<b>Skala</b>	<b>Cronbach's Alpha für standardisierte Items</b>	<b>Range der korrigierten Item-Skala-Korrelation</b>
Emotionale Probleme	0.772	0.445 - 0.605
Verhaltensprobleme	0.446	0.059 - 0.346
Hyperaktivität	0.639	0.232 - 0.555
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0.598	0.285 - 0.473
Prosoziales Verhalten	0.745	0.394 - 0.613
Gesamtproblemwert	0.564	0.265 - 0.405

## **4.2 Deskriptive statistische Analysen**

### **4.2.1 Ergebnisse des Functional Assessment of Self-mutilation (FASM)**

#### **4.2.1.1 Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens**

Anhand des Functional Assessment of Self-mutilation (FASM) wurde das selbstverletzende Verhalten in der Stichprobe ermittelt. Die Erfassung der Selbstverletzung erfolgte hierbei in Anlehnung an die Kriterien für Nicht-suizidale Selbstverletzung nach dem Klassifikationssystem DSM-5 (s. Kapitel 1.2.2.1). Die Analyse des FASM zeigte bei insgesamt n=35 (19.2%) Patienten der Stichprobe repetitives selbstverletzendes Verhalten im vergangenen Jahr, davon waren n=27 (14.8%) Patienten weiblich und n=8 (4.4%) männlich. Das repetitive selbstverletzende Verhalten wurde hierbei anhand folgender Kriterien festgelegt: Antwort "ja" bei einer der folgenden Items mit einer Häufigkeitsangabe von größer/gleich 5:

"Schneiden oder Ritzen der Haut" (Item 1)

"sich selbst schlagen" (Item 2)

"die Haut verbrennen" (Item 6)

"Gegenstände unter die Nägel oder Haut stecken" (Item 7)

"an Teilen des Körpers zupfen bis Blut kommt" (Item 9)

"die Haut aufschürfen" (Item 11)

Wurde eines der oben genannten Items oder das Item B ("falls nicht im vergangenen Jahr, hast du überhaupt schon einmal eine dieser Verhaltensweisen gemacht") mit "ja" beantwortet, so wurde die Lebenszeitprävalenz für selbstverletzendes Verhalten als positiv definiert.

Insgesamt zeigten 107 (58.5%) Patienten der Stichprobe eine positive Lebenszeitprävalenz für selbstverletzendes Verhalten und verletzten sich im vergangenen halben Jahr selbst. Sie werden im Folgenden als "selbstverletzende Jugendliche" bezeichnet.

Tabelle 13: Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens in der Stichprobe

	Anzahl der Patienten	weiblich	männlich
<b>Repetitives SVV</b>	n=35 (19.2%)	n=27 (14.8%)	n=8 (4.4%)
<b>Lebenszeitprävalenz</b>	n=107 (58.5%)	n=83 (45.4%)	n=24 (13.1%)

(Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von n=183)

#### 4.2.1.2 Leichtes und schweres selbstverletzendes Verhalten

Von den 107 selbstverletzenden Jugendlichen konnte bei n=26 (24.3%) Patienten leichtes selbstverletzendes Verhalten nachgewiesen werden, darunter n=17 (15.9%) weibliche und n=9 (8.4%) männliche Patienten. Mittelschwere bis schwere selbstverletzende Verhaltensweisen zeigten im vergangenen halben Jahr n=81 (75.7%) Patienten der 107 selbstverletzenden Jugendlichen. N=66 (61.1%) davon waren weiblich, n=15 (14%) männlich.

Tabelle 14 stellt die Verhaltensweisen dar, welche zu leichtem bzw. mittelschwerem und schwerem selbstverletzenden Verhalten gezählt werden.

Tabelle 14: Einteilung selbstverletzenden Verhaltens nach Schweregrad

Leichtes SVV	Mittelschweres/Schweres SVV
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sich selbst absichtlich schlagen</li> <li>- Haare ausreißen</li> <li>- Gegenstände unter die Nägel oder Haut stecken</li> <li>- sich selbst beißen</li> <li>- an Teilen des Körpers zupfen, bis Blut kommt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schneiden oder Ritzen der Haut</li> <li>- die Haut verbrennen</li> <li>- sich selbst tätowieren</li> <li>- die Haut aufkratzen</li> <li>- die Haut aufschürfen</li> </ul>

#### 4.2.1.3 Methode zur Selbstverletzung

Die folgenden Tabellen zeigen die Verteilung des selbstverletzenden Verhaltens im Geschlechtervergleich. Mehrfachantworten sind möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gruppe der selbstverletzenden Patienten der Stichprobe:

Tabelle 15: Methoden zur Selbstverletzung im Geschlechtervergleich

<b>Weibliche Patienten der Stichprobe (n=83, 100%)</b>		<b>Männliche Patienten der Stichprobe (n=24, 100%)</b>	
<b>Art der Selbstverletzung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Art der Selbstverletzung</b>	<b>Anzahl</b>
Schneiden oder Ritzen der Haut	n=60 (72,3%)	Schneiden oder Ritzen der Haut	n=12 (50%)
Sich selbst beißen	n=29 (35,4%)	Sich selbst beißen	n=9 (37,5%)
Sich selbst absichtlich schlagen	n=21 (25,3%)	Sich selbst absichtlich schlagen	n=7(29,2%)
Die Haut aufkratzen	n=20 (24,1%)	Die Haut verbrennen	n=7 (29,2)
Die Haut verbrennen	n=13 (15,7%)	Die Haut aufkratzen	n=5 (20,8%)
Die Haut aufschürfen	n=11 (13,4%)	Gegenstände unter die Nägel/Haut stecken	n=4 (16,7%)
An Teilen des Körpers Zupfen bis Blut kommt	n=8 (9,9%)	Die Haut aufschürfen	n=3 (12,5%)
Haare ausreißen	n=6 (7,2%)	Andere Verletzung	n=3 (12,5%)
Sich selbst tätowieren	n=3 (3,7%)	An Teilen des Körpers Zupfen bis Blut kommt	n=1 (4,2%)
Gegenstände unter die Nägel/Haut stecken	n=5 (6%)	Haare ausreißen	n=1 (4,2%)
Andere Verletzung	n=4 (4,8%)	Sich selbst tätowieren	n=0 (0%)

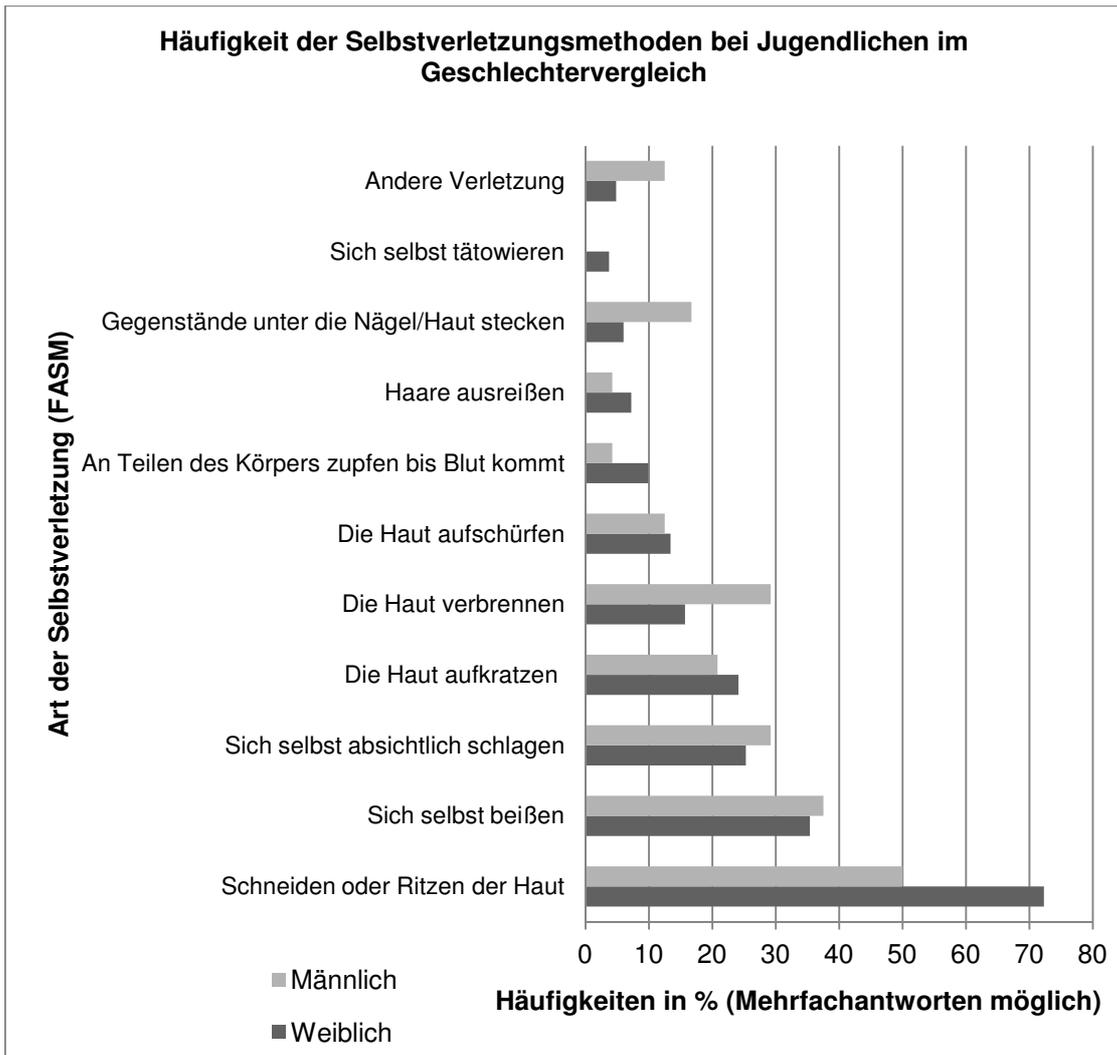


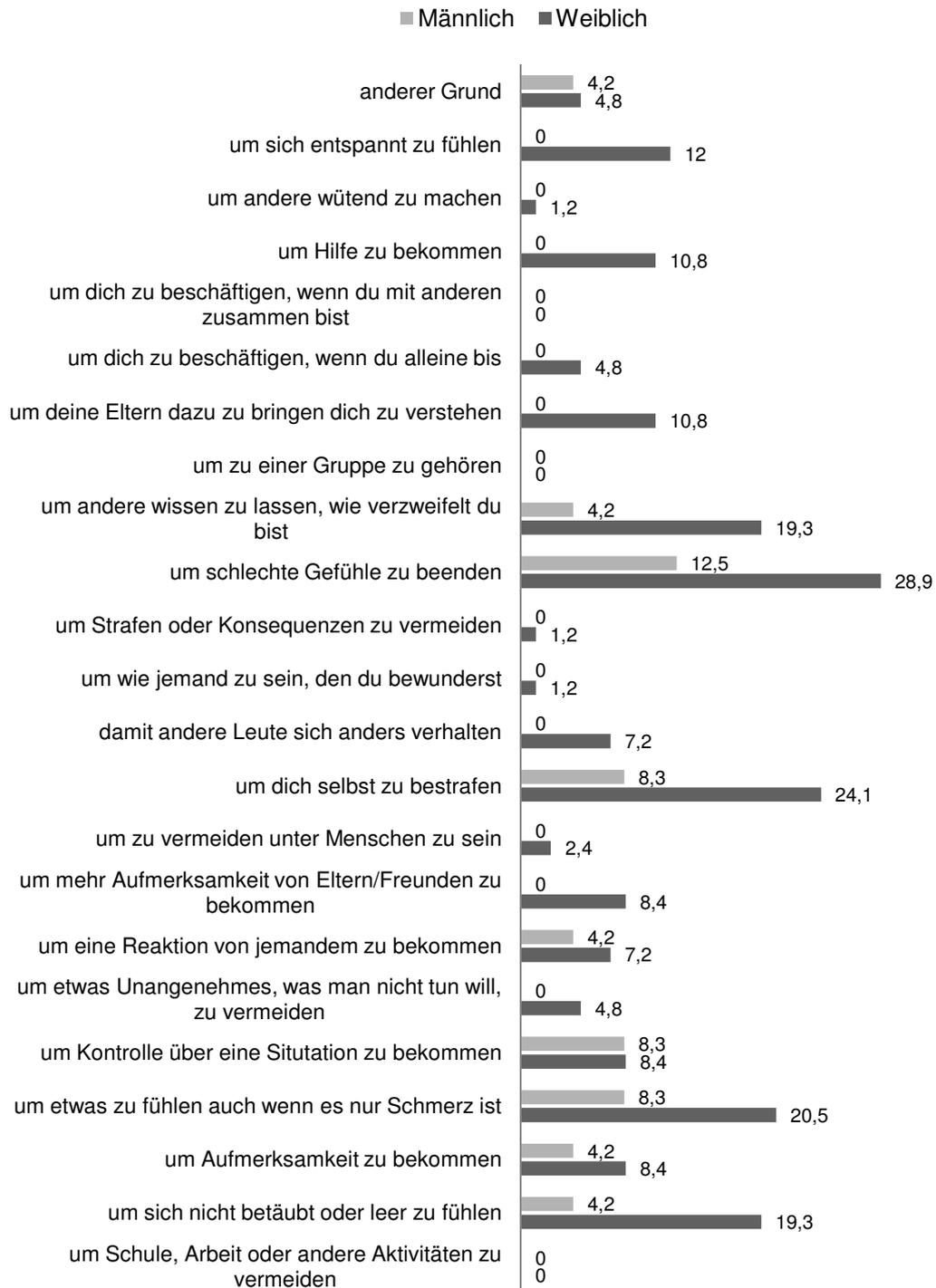
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung verschiedener Selbstverletzungsmethoden

#### **4.2.1.4 Motivation der Selbstverletzung**

Die Motivation der Selbstverletzung wird im FASM anhand einer aus 23 Items bestehenden Liste an Gründen für die Selbstverletzung erfragt. Die Fragen können mit "nie=1", "selten=2", "manchmal=3" und "oft=4" beantwortet werden.

Folgende Abbildung zeigt, mit welcher Häufigkeit die Antwortmöglichkeit "oft" für die jeweiligen Items angegeben wurde. 28.9% (n=24) der selbstverletzenden weiblichen Jugendlichen gaben bei dem Item "um schlechte Gefühle zu beenden" die Antwort "oft" an. Des Weiteren waren "um dich selbst zu bestrafen" (24.1%, n=20) und "um etwas zu fühlen, auch wenn es nur Schmerz ist" (20.5%, n=17) die häufigsten Gründe für selbstverletzendes Verhalten bei den weiblichen Patienten der Stichprobe. Von den männlichen selbstverletzenden Jugendlichen wurde als häufigste Motivation ebenfalls "um schlechte Gefühle zu beenden gewählt" (12.5%, n=3) gewählt. An zweiter Stelle wurden "um dich selbst zu bestrafen" (8.3%, n=2) "um etwas zu fühlen, auch wenn es nur Schmerz ist" (8.3%, n=2) und "um Kontrolle über eine Situation zu bekommen" (8.3%, n=2) am häufigsten mit "oft" beantwortet.

### Motivation selbstverletzenden Verhaltens unter den Jugendlichen im Geschlechtervergleich (FASM)



Häufigkeit der Antwortmöglichkeit "oft" in %

Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung unterschiedlicher Motivation zur Selbstverletzung

#### 4.2.1.5 Weitere Ergebnisse des FASM

17.8% (n=19) der Jugendlichen gaben an, die Handlungen unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen durchgeführt zu haben.

Das erste der folgenden Diagramme zeigt, wie lange vor der Selbstverletzung über die Handlungen nachgedacht wurde. Die Mehrheit (38.3%, n=41) der 107 Patienten beantworteten diese Frage mit "gar nicht". Im zweiten Diagramm wird dargestellt, ob während der Selbstverletzung Schmerzen verspürt worden sind. Hier zeigt sich, dass die meisten Patienten keine (24.3%, n=26) oder nur wenige Schmerzen (31.8%, n=34) während der Selbstverletzung verspürten.

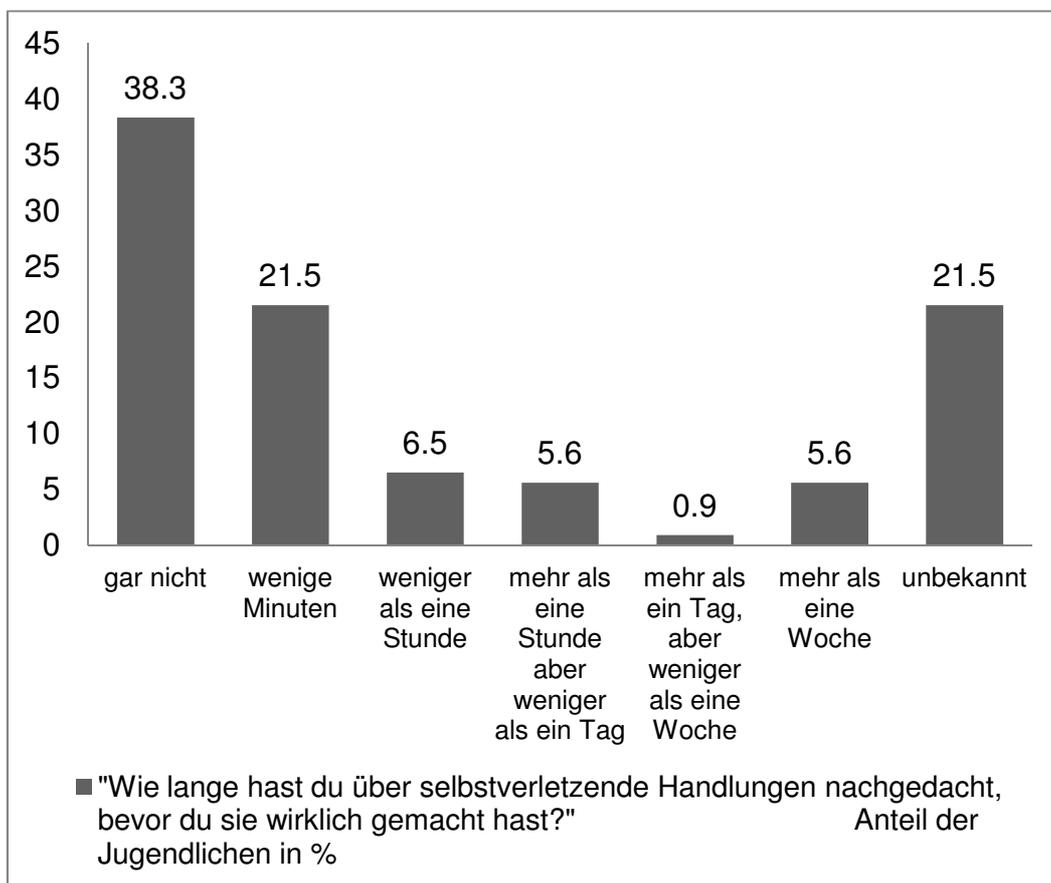


Abbildung 7: Nachdenken vor der Selbstverletzungshandlung

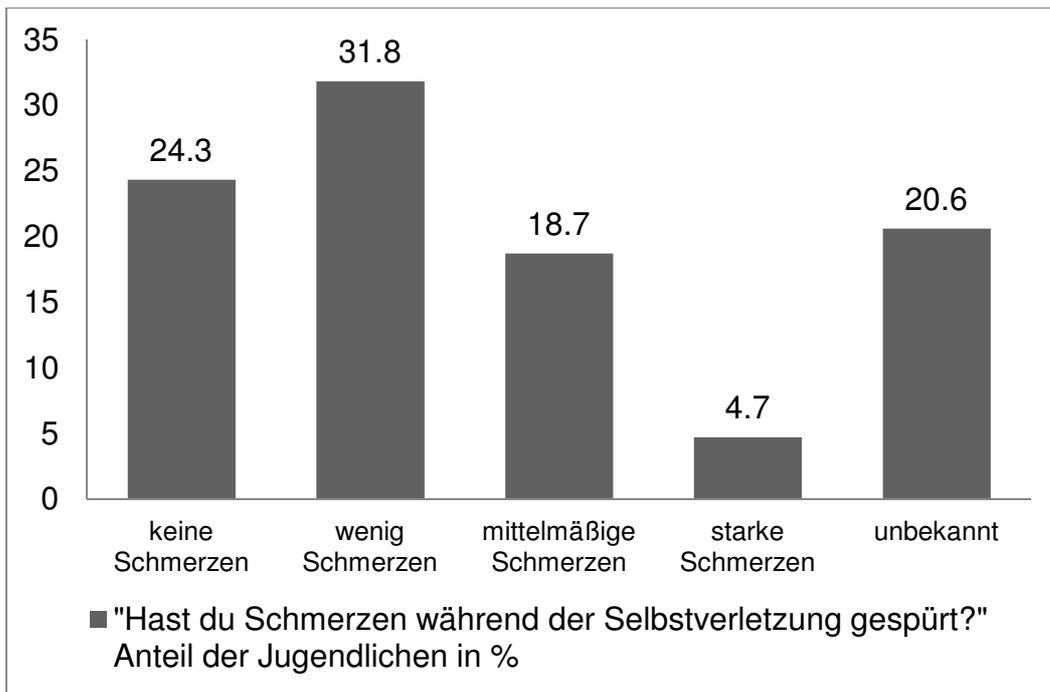


Abbildung 8: Schmerzempfindung während der Selbstverletzung

Das Durchschnittsalter bei der ersten Selbstverletzung lag bei 12.9 Jahren. 35.5% (n=38) der 107 Patienten gaben an, sich vor der Selbstverletzungshandlung wie eine Belastung für andere gefühlt zu haben. 23.4% (n=25) beantworteten die Frage, ob sie sich vor der Handlung von anderen abgetrennt oder isoliert gefühlt haben, mit "ja" und 51.4% (n=55) fühlten sich vor der Selbstverletzung hoffnungslos.

#### 4.2.2 Diagnoseverteilung innerhalb der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen nach ICD-10

Die häufigsten Diagnosen unter den selbstverletzenden Jugendlichen zählten zum Testzeitpunkt mit 22.3% (n=24) zur Gruppe der "Affektiven Störungen" (F3 nach ICD-10). Darunter wiesen die meisten Jugendlichen (n=18, 16.8%) eine "Mittelgradige depressive Episode"(F32.1) auf.

Unter den weiblichen Jugendlichen wurden zum Testzeitpunkt ebenfalls die "Affektiven Störungen"(F3) als häufigste Diagnose gestellt (n=18, 21.7%), während bei den männlichen selbstverletzenden Jugendlichen öfter "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen"(F1) vorkamen

(n=8, 33.5%), hierbei vor allem der "Schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von cannabinoiden Substanzen"(F12.1 bzw. F12.2) (n=5, 20.9%). Für 3.8% (n=4) der Jugendlichen, darunter kein männlicher, wurde die Diagnose "Emotional instabile Persönlichkeitsstörung"(F60.3) gestellt, zwei von ihnen erhielten die zusätzliche Diagnose "Borderline-Typ"(F60.31). Die folgende Abbildung zeigt einen Überblick über die Verteilung der klinischen Diagnosen für die anhand des FASM ermittelten selbstverletzenden Jugendlichen.

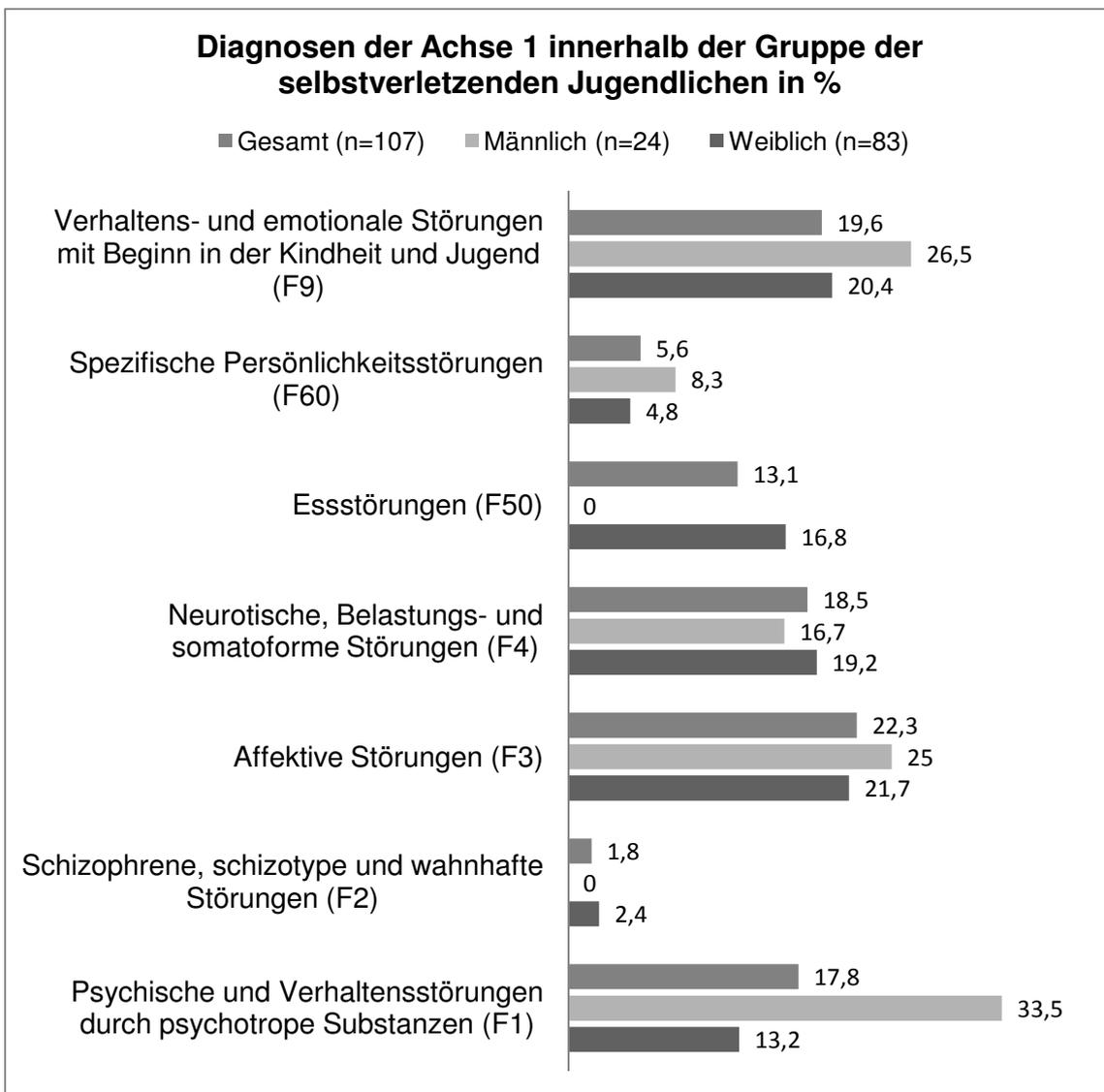


Abbildung 9: Diagnoseverteilung innerhalb der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher nach ICD-10

### 4.2.3 Ergebnisse der Paykel Suizid Skala

Die folgenden Ergebnisse aus der Analyse der Paykel Suizid Skala zeigen zum einen die Suizidalität innerhalb der Gesamtstichprobe (n=183) und zum anderen innerhalb der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen (n=107). 29% (n=53) der Gesamtstichprobe wurden als nicht suizidal eingestuft. 31.1% (n=57) der Patienten wiesen einen Suizidversuch in der Vorgeschichte auf und 10.9% (n=20) haben schon einmal ernsthafte Suizidgedanken gehegt. Es zeigte sich bezüglich der Suizidalität ein deutlicher Geschlechtereffekt zugunsten des weiblichen Geschlechts. Tabelle 16 veranschaulicht die unterschiedlichen Schweregrade des suizidalen Verhaltens bei den Patienten.

Tabelle 16: Suizidalität innerhalb der Gesamtstichprobe (n=183)

<b>Paykel Suizid Skala</b>	<b>Weiblich (n=111)</b>	<b>Männlich (n=72)</b>	<b>Gesamt (n=183)</b>
nicht suizidal	n=20 (18.0%)	n=33 (45.8%)	n=53 (29,0%)
Leben nicht lebenswert	n=4 (3.6%)	n=8 (11.1%)	n=12 (6,6%)
Todeswünsche	n=6 (5.4%)	n=4 (5.6%)	n=10 (5.5%)
Suizidideen	n=21 (18.9%)	n=10 (13.9%)	n=31 (16.9%)
ernsthafte Suizidideen	n=15 (13.5%)	n=5 (6.9%)	n=20 (10.9%)
Suizidversuch	n=45 (40.5%)	n=12 (16.7%)	n=57 (31.1%)
Total	n=111 (100%)	n=72 (100%)	n=183 (100%)

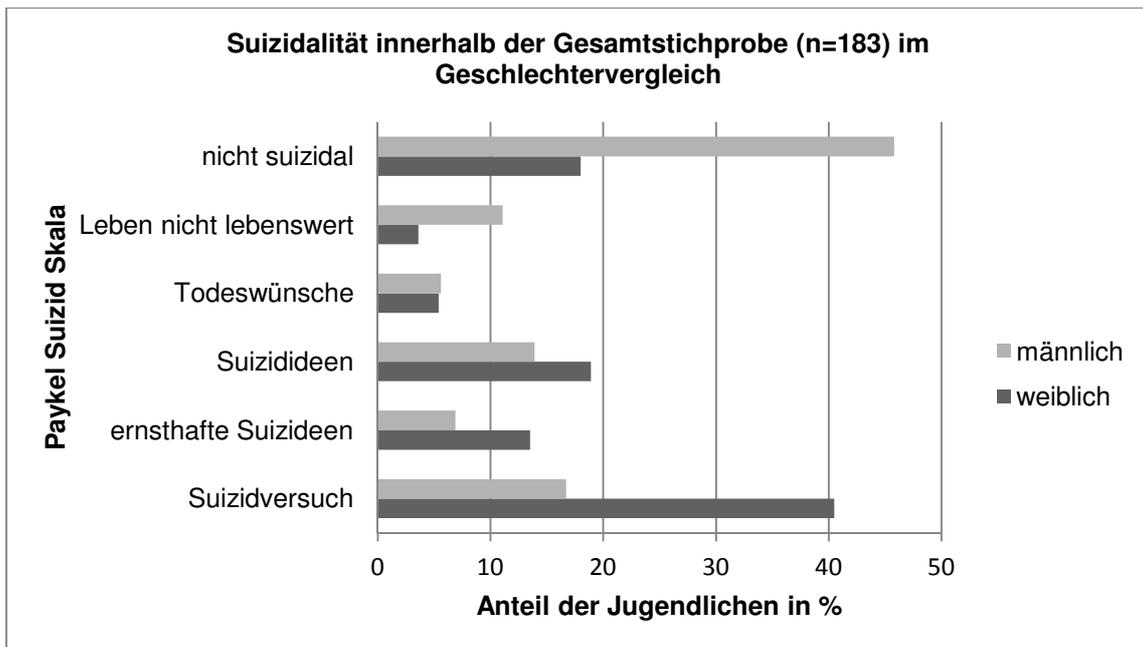


Abbildung 10: Suizidalität im Geschlechtervergleich - Gesamtstichprobe

n=107 Jugendliche der Stichprobe verletzten sich selbst. Aus den Ergebnissen der Paykel Suizid Skala ging hervor, dass 12.1% (n=13) dieser Untergruppe als nicht suizidal einzustufen sind. 46.7% (n=50) hatten einen Suizidversuch in der Vorgeschichte zu verzeichnen und 13.7% (n=14) gaben an, bereits ernsthafte Suizidideen gehegt zu haben. Vor allem in Bezug auf den Suizidversuch in der Vorgeschichte, wurde in dieser Untergruppe kein deutlicher Geschlechtereffekt erkennbar.

Tabelle 17: Suizidalität bei selbstverletzenden Jugendlichen (n=107)

Paykel Suizid Skala	Weiblich (n=83)	Männlich (n=24)	Gesamt (n=107)
nicht suizidal	n=7 (8.4%)	n=6 (25.0%)	n=13 (12.1%)
Leben nicht lebenswert	n=2 (2.4%)	n=0 (0%)	n=2 (1.9%)
Todeswünsche	n=3 (3.6%)	n=0 (0%)	n=3 (2.8%)
Suizidideen	n=19 (22.9%)	n=6 (25.0%)	n=25 (23.4%)
ernsthafte Suizidideen	n=13 (15.7%)	n=1 (4.2%)	n=14 (13.1%)
Suizidversuch	n=39 (47.0%)	n=11 (45.8%)	n=50 (46.7%)
Total	n=83 (100%)	n=24 (100%)	n=107 (100%)

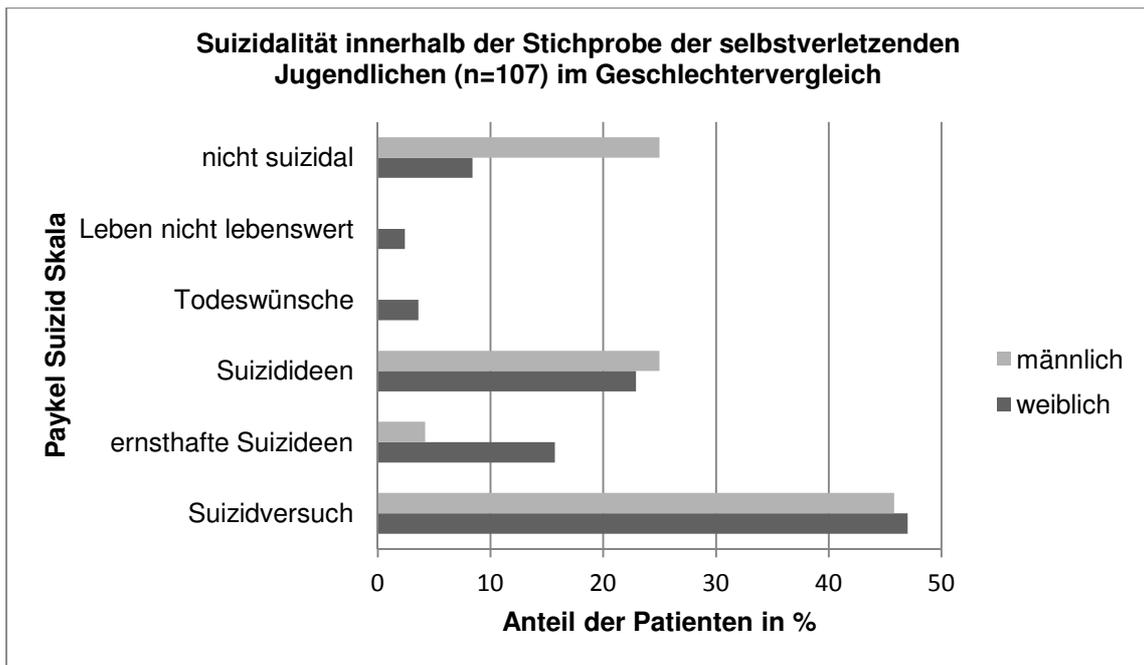


Abbildung 11: Suizidalität im Geschlechtervergleich - selbstverletzende Jugendliche

#### 4.2.4 Ergebnisse des Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)

Der DAPP-BQ dient der Erfassung auffälliger Persönlichkeitsmerkmale. Nach Anleitung des DAPP-BQ Technical Manual wurden Skalen gebildet und Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen des von der Gesamtstichprobe (n=183) ausgefüllten Fragebogens berechnet. Je nach Anzahl der Items, aus denen eine Subskala besteht, können Summenscores zwischen Minimum 9 und Maximum 80 erreicht werden. Je höher der erreichte Score, desto eher liegt eine Auffälligkeit für die entsprechende Persönlichkeitsdimension vor [63].

##### 4.2.4.1 Mittelwertevergleich der Persönlichkeitsdimensionen der Skala Emotionale Dysregulation

Die folgenden Abbildungen stellen die Mittelwerte der untersuchten Gesamtstichprobe und der Subgruppe der selbstverletzenden Jugendlichen den aktuellen für die Allgemeinbevölkerung und für klinische Gruppen gültigen Normwerten (vgl. [63]) gegenüber. Die Abbildungen 13 und 14 geben die

Normwerte und die Mittelwerte der untersuchten Stichprobe geschlechtergetrennt wieder. Überwiegend lagen die Werte der vorliegenden Gesamtstichprobe über den Normwerten der Allgemeinbevölkerung und unter den Normwerten klinischer Gruppen. Lediglich in der Subskala "Unsichere Bindung" waren in der Untersuchung der Gesamtstichprobe sowohl im Vergleich mit Normwerten der Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich mit Normwerten klinischer Gruppen höhere Werte zu verzeichnen. In der Subskala "Unterwürfigkeit" lag die untersuchte Stichprobe mit ihren Mittelwerten unter denen der Allgemeinbevölkerung und klinischer Gruppen. Im Vergleich zwischen den Geschlechtern waren in der untersuchten Stichprobe in allen Persönlichkeitsdimensionen die Mittelwerte der weiblichen Jugendlichen höher als die Mittelwerte der männlichen Jugendlichen. Während die Mittelwerte der Subskala "Unsichere Bindung" bei den weiblichen Jugendlichen höher als die Normwerte der Allgemeinbevölkerung und klinischer Gruppen lagen, waren sie bei den männlichen Jugendlichen zwischen den Normwerten der Allgemeinbevölkerung und klinischer Gruppen auszumachen.

Die Mittelwerte der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher waren in allen Dimensionen höher als die Normwerte für die Allgemeinbevölkerung und die berechneten Mittelwerte der Gesamtstichprobe. Dies konnte auch im geschlechtergetrennten Vergleich festgestellt werden. In nahezu allen Persönlichkeitsdimensionen lagen die Mittelwerte selbstverletzender Jugendlicher jedoch unterhalb der Normwerte für klinische Gruppen. Lediglich in der Kategorie "Unsichere Bindung" wurden auch die Normwerte für klinische Gruppen überschritten. Insgesamt wiesen selbstverletzende Jugendliche hohe Mittelwerte in den Persönlichkeitsdimensionen "Unsicher Bindung", "Affektive Labilität" und "Ängstlichkeit" auf. Die beschriebenen Unterschiede wurden auf Signifikanz überprüft. Die aus der Prüfung erfolgten Ergebnisse sind Kapitel 4.3.4 zu entnehmen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen des DAPP-BQ werden ebenfalls in Kapitel 4.3.4 detailliert und tabellarisch dargestellt.

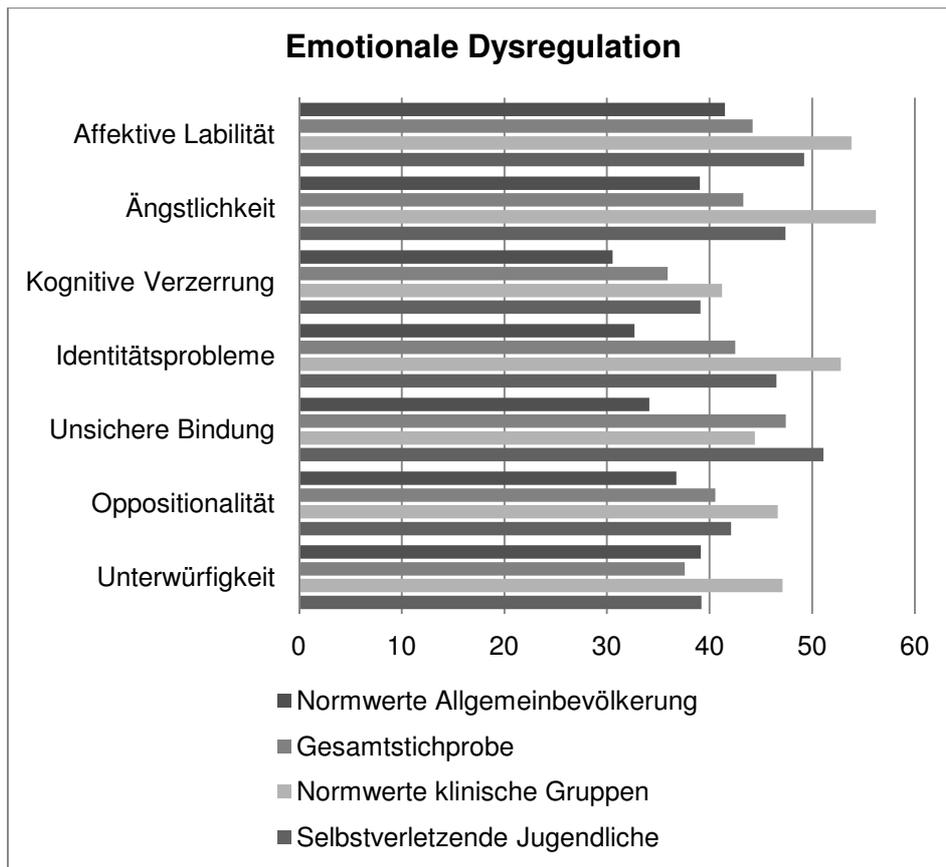


Abbildung 12: Mittelwertevergleich der Gesamtstichprobe mit den Normwerten für die Allgemeinbevölkerung und den Normwerten für klinische Gruppen

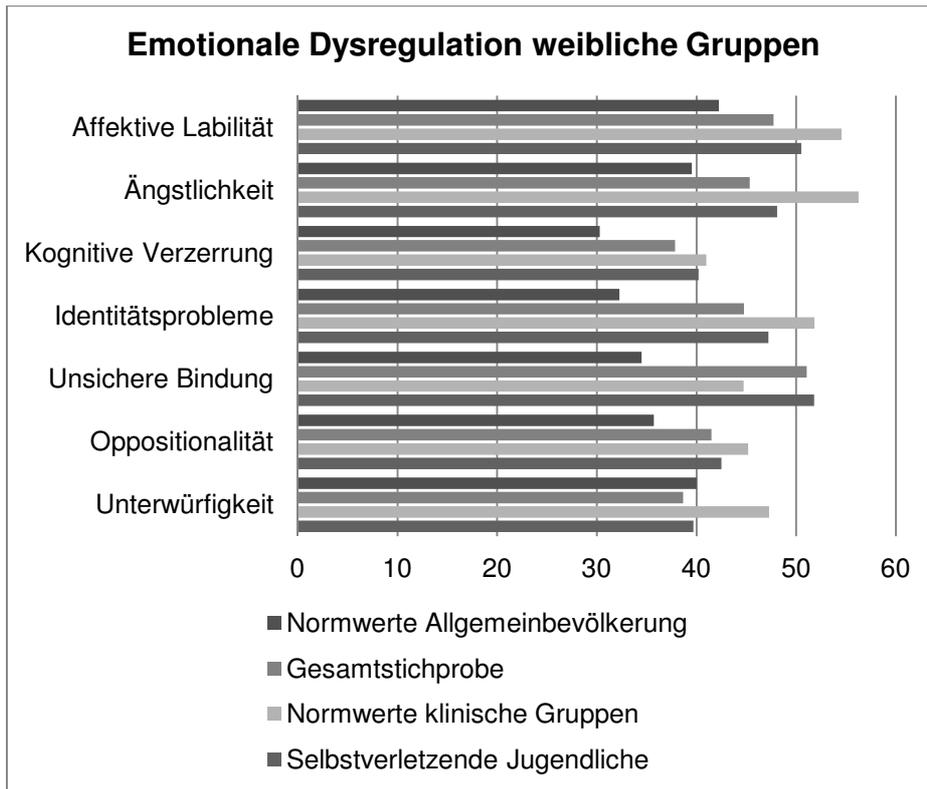


Abbildung 13: Mittelwertevergleich der weiblichen Jugendlichen

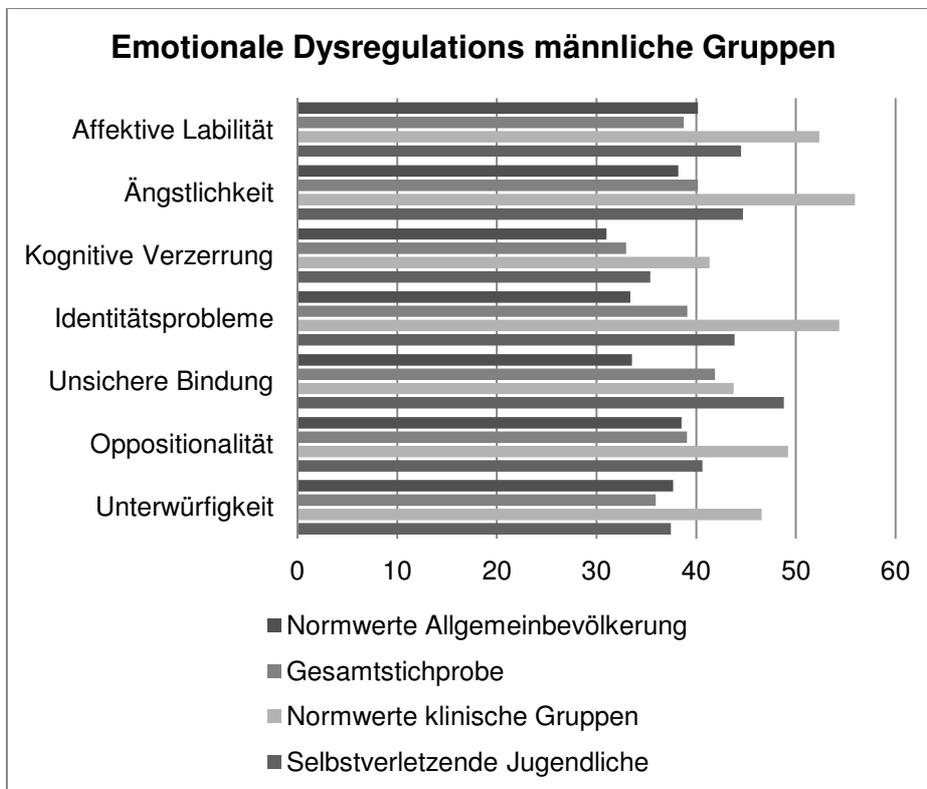


Abbildung 14: Mittelwertevergleich der männlichen Jugendlichen

#### 4.2.5 Ergebnisse des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Mit Hilfe des SDQ sollten Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der untersuchten Stichprobe erfasst werden. Die Ergebnisse der Selbstberichtversion des Fragebogens sind im Folgenden dargestellt. Das Verhalten in den fünf Skalen des SDQ und der "Gesamtproblemwert" können, je nach erreichtem Score, als "normal", "grenzwertig" oder "auffällig" eingestuft werden [126]. Im folgenden Diagramm wird der Anteil, der als "auffällig" eingestuft männlichen und weiblichen Jugendlichen, miteinander verglichen. Mit einem Anteil von 27% (n=30) wiesen weitaus mehr weibliche Jugendliche einen auffälligen Gesamtwert auf als männliche Jugendliche mit einem Anteil von 16.7% (n=12). Auch in der Skala "Emotionale Probleme" zeigten deutlich mehr weibliche Jugendliche (37.8%, n=42) der Stichprobe Auffälligkeiten als männliche (20.8%, n=15). In den Skalen "Verhaltensprobleme", "Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen" und "Prosoziales Verhalten" erreichten mehr männliche Jugendliche auffällige Scores. Die Werte der Skala "Hyperaktivität" waren wiederum bei weiblichen Jugendlichen höher einzustufen als bei männlichen. Eine detaillierte Auflistung der Ergebnisse für die Gesamtstichprobe zeigt Tabelle 18.

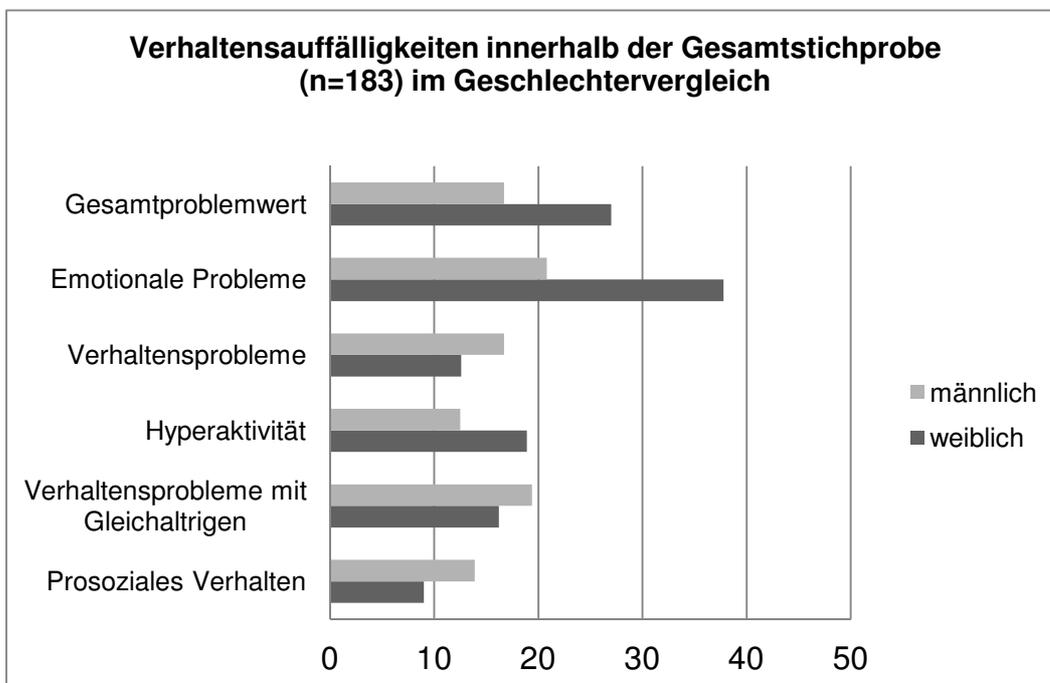


Abbildung 15: "Auffällige" Jugendliche der Gesamtstichprobe im Geschlechtervergleich

Tabelle 18: Ergebnisse der Auswertung des SDQ im Überblick -  
Gesamtstichprobe

<b>SDQ-Skala</b>	<b>Auffälligkeit</b>	<b>Männlich (n=72)</b>	<b>Weiblich (n=111)</b>	<b>Gesamt (n=183)</b>
<b>Gesamtproblemwert</b>	<b>normal</b>	n=45 (62.5%)	n=48 (43.2%)	n=93 (50.8%)
	<b>grenzwertig</b>	n=15 (20.8%)	n=28 (25.2%)	n=43 (23.5%)
	<b>auffällig</b>	n=12 (16.7%)	n=30 (27.0%)	n=42 (23.0%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=5 (4.5%)	n=5 (2.7%)
<b>Emotionale Probleme</b>	<b>normal</b>	n=53 (73.6%)	n=55 (49.5%)	n=108 (59.0%)
	<b>grenzwertig</b>	n=4 (5.6%)	n=9 (8.1%)	n=13 (7.1%)
	<b>auffällig</b>	n=15 (20.8%)	n=42 (37.8%)	n=57 (31.1%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=5 (4.5%)	n=5 (2.7%)
<b>Verhaltensprobleme</b>	<b>normal</b>	n=55 (76.4%)	n=73 (65.8%)	n=128 (69.9%)
	<b>grenzwertig</b>	n=5 (6.9%)	n=19 (17.1%)	n=24 (13.1%)
	<b>auffällig</b>	n=12 (16.7%)	n=14 (12.6%)	n=26 (14.2%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=5 (4.5%)	n=5 (2.7%)
<b>Hyperaktivität</b>	<b>normal</b>	n=55 (76.4%)	n=70 (63.1%)	n=125 (68.3%)
	<b>grenzwertig</b>	n=8 (11.1%)	n=15 (13.5%)	n=23 (12.6%)
	<b>auffällig</b>	n=9 (12.5%)	n=21 (18.9%)	n=30 (16.4%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=5 (4.5%)	n=5 (2.7%)
<b>Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen</b>	<b>normal</b>	n=39 (54.2%)	n=61 (55%)	n=100 (54.6%)
	<b>grenzwertig</b>	n=19 (26.4%)	n=27 (24.3%)	n=46 (25.1%)
	<b>auffällig</b>	n=14 (19.4%)	n=18 (16.2%)	n=32 (17.5%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=5 (4.5%)	n=5 (2.7%)
<b>Prosoziales Verhalten</b>	<b>normal</b>	n=52 (72.2%)	n=87 (78.4%)	n=139 (76.0%)
	<b>grenzwertig</b>	n=10 (13.9%)	n=9 (8.1%)	n=19 (10.4%)
	<b>auffällig</b>	n=10 (13.9%)	n=10 (9.0%)	n=20 (10.9%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=5 (4.5%)	n=5 (2.7%)

Zusätzlich zur Gesamtstichprobe wurde die Gruppe selbstverletzender Jugendlicher auf Verhaltensauffälligkeiten überprüft. Im geschlechtergetrennten Vergleich (s.Abb.16) zeigten sich in der Kategorie "Gesamtproblemwert" ähnlich viele "auffällige" männliche und weibliche selbstverletzende Jugendliche (s.Tab.20). Auch in der Skala "Emotionale Probleme" konnte zwischen weiblichen Jugendlichen (n=36, 43.4%) und männlichen Jugendlichen (n=9, 37.5%) kein großer Unterschied nachgewiesen werden. In den Skalen "Verhaltensprobleme", "Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen" und "Prosoziales Verhalten" wurden wie in der Gesamtstichprobe prozentual mehr männliche Jugendliche detektiert, während in der Skala "Hyperaktivität" eine höhere Anzahl auffälliger weiblicher selbstverletzender Jugendlicher auszumachen war. Anhand analytischer statistischer Verfahren wurde die Signifikanz der Ergebnisse überprüft. Dies ist in Kapitel 4.3.5 dargestellt.

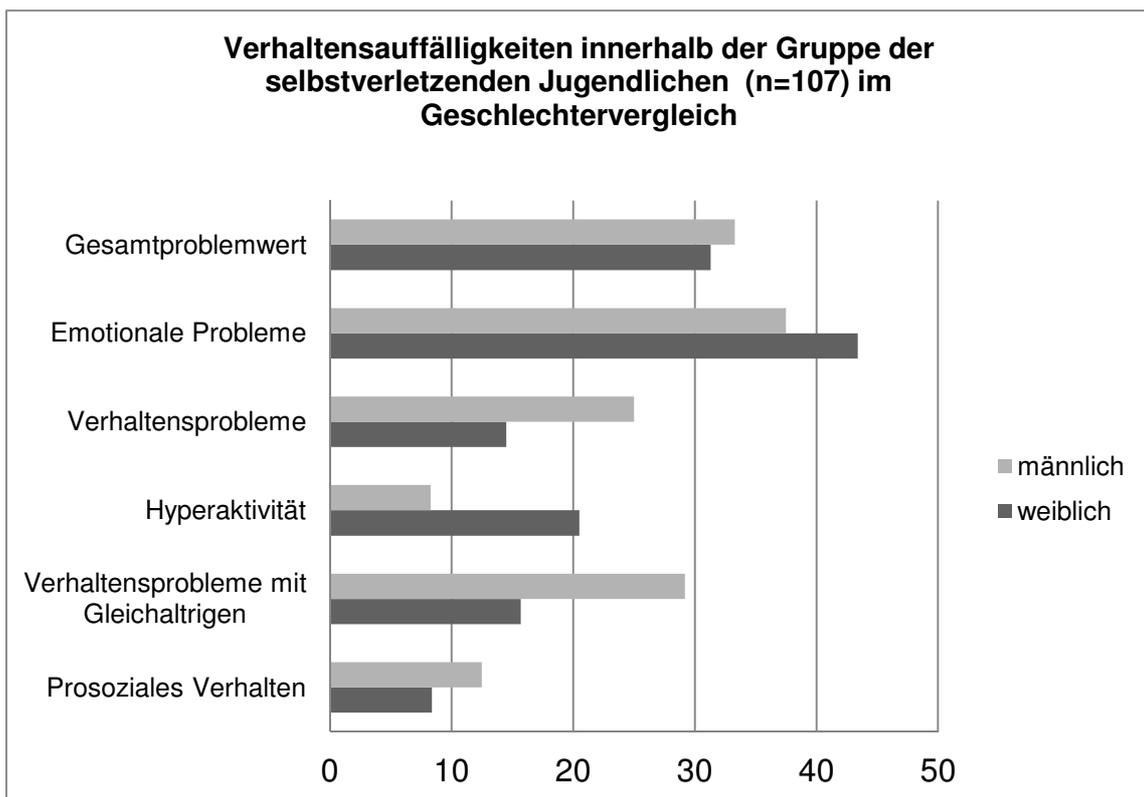


Abbildung 16: "Auffällige" Jugendliche der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher im Geschlechtervergleich

Tabelle 19: Ergebnisse der Auswertung des SDQ im Überblick:  
selbstverletzende Jugendliche

<b>SDQ-Skala</b>	<b>Auffälligkeit</b>	<b>Männlich (n=24)</b>	<b>Weiblich (n=83)</b>	<b>Gesamt (n=107)</b>
<b>Gesamtproblemwert</b>	<b>normal</b>	n=12 (50.0%)	n=32 (38.6%)	n=44 (41.1%)
	<b>grenzwertig</b>	n=4 (16.7%)	n=24 (28.9%)	n=28 (26.2%)
	<b>auffällig</b>	n=8 (33.3%)	n=26 (31.3%)	n=34 (31.8%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=1 (1.2%)	n=1 (0.9%)
<b>Emotionale Probleme</b>	<b>normal</b>	n=14 (58.3%)	n=41 (49.4%)	n=55 (51.4%)
	<b>grenzwertig</b>	n=1 (4.2%)	n=5 (6.0%)	n=6 (5.6%)
	<b>auffällig</b>	n=9 (37.5%)	n=36 (43.4%)	n=45 (42.1%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=1 (1.2%)	n=1 (0.9%)
<b>Verhaltensprobleme</b>	<b>normal</b>	n=17 (70.8%)	n=55 (66.3%)	n=72 (67.3%)
	<b>grenzwertig</b>	n=1 (4.2%)	n=15 (18.1%)	n=16 (15.0%)
	<b>auffällig</b>	n=6 (25.0%)	n=12 (14.5%)	n=18 (16.8%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=1 (1.2%)	n=1 (0.9%)
<b>Hyperaktivität</b>	<b>normal</b>	n=15 (62.5%)	n=52 (62.7%)	n=67 (62.6%)
	<b>grenzwertig</b>	n=7 (29.2%)	n=13 (15.7%)	n=20 (18.7%)
	<b>auffällig</b>	n=2 (8.3%)	n=17 (20.5%)	n=19 (17.8%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=1 (1.2%)	n=1 (0.9%)
<b>Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen</b>	<b>normal</b>	n=11 (45.8%)	n=47 (56.6%)	n=58 (54.2%)
	<b>grenzwertig</b>	n=6 (25.0%)	n=22 (26.5%)	n=28 (26.2%)
	<b>auffällig</b>	n=7 (29.2%)	n=13 (15.7%)	n=20 (18.7%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=1 (1.2%)	n=1 (0.9%)
<b>Prosoziales Verhalten</b>	<b>normal</b>	n=17 (70.8%)	n=68 (81.9%)	n=85 (79.4%)
	<b>grenzwertig</b>	n=4 (16.7%)	n=7 (8.4%)	n=11 (10.3%)
	<b>auffällig</b>	n=3 (12.5%)	n=7 (8.4%)	n=10 (9.3%)
	<b>fehlend</b>	n=0 (0%)	n=1 (1.2%)	n=1 (0.9%)

## 4.3 Schließende statistische Analysen

### 4.3.1 Art und Motivation selbstverletzenden Verhaltens im Geschlechtervergleich, Ergebnisse des FASM

Im Kapitel 4.2.1.3 (vgl. Abb. 5) wurde bereits die Verteilung der Selbstverletzungsarten innerhalb der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen dargestellt. Folgende Tabelle veranschaulicht nochmals die geschlechtergetrennte Häufigkeitsverteilung:

Tabelle 20: Art des selbstverletzenden Verhaltens im Geschlechtervergleich, Ergebnisse des FASM (Mehrfachantworten möglich)

<b>Weibliche Patienten der Stichprobe (n=83, 100%)</b>		<b>Männliche Patienten der Stichprobe (n=24, 100%)</b>	
<b>Art der Selbstverletzung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Art der Selbstverletzung</b>	<b>Anzahl</b>
Schneiden oder Ritzen der Haut	n=60 (72,3%)	Schneiden oder Ritzen der Haut	n=12 (50%)
Sich selbst beißen	n=29 (35,4%)	Sich selbst beißen	n=9 (37,5%)
Sich selbst absichtlich schlagen	n=21 (25,3%)	Sich selbst absichtlich schlagen	n=7 (29,2%)
Die Haut aufkratzen	n=20 (24,1%)	Die Haut verbrennen	n=7 (29,2%)
Die Haut verbrennen	n=13 (15,7%)	Die Haut aufkratzen	n=5 (20,8%)
Die Haut aufschürfen	n=11 (13,4%)	Gegenstände unter die Nägel/Haut stecken	n=4 (16,7%)
An Teilen des Körpers Zupfen bis Blut kommt	n=8 (9,9%)	Die Haut aufschürfen	n=3 (12,5%)
Haare ausreißen	n=6 (7,2%)	Andere Verletzung	n=3 (12,5%)
Sich selbst tätowieren	n=3 (3,7%)	An Teilen des Körpers Zupfen bis Blut kommt	n=1 (4,2%)
Gegenstände unter die Nägel/Haut stecken	n=5 (6%)	Haare ausreißen	n=1 (4,2%)
Andere Verletzung	n=4 (4,8%)	Sich selbst tätowieren	n=0 (0%)

Es wird ersichtlich, dass es bezüglich der verwendeten Methoden zur Selbstverletzung, zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen der Stichprobe, nur geringe Unterschiede gibt und die Gesamtverteilung ähnlich erscheint. Anhand des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson wurde untersucht, ob die Unterschiede lediglich zufällig aufgetreten sind (Nullhypothese) oder als signifikant betrachtet werden können. Für Merkmale, bei denen die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nach Pearson nicht gegeben waren (in mehr

als 20% der Zellen der Kreuztabelle eine erwartete Häufigkeit kleiner 5), wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Die Ergebnisse der Analyse sind in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 21: Vergleich der Selbstverletzungsmethoden zwischen den Geschlechtern

<b>Merkmal</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Wert</b>	<b>p (Chi<sup>2</sup> nach Pearson)</b>	<b>p (exakter Test nach Fisher)</b>
Schneiden oder Ritzen der Haut	4.20	<b>0.04*</b>	
sich selbst schlagen	0.144	0.7	
Haare ausreißen			1.0
sich selbst tätowieren			1.0
eine Wunde aufkratzen	0.068	0.795	
die Haut verbrennen			0.147
Gegenstände unter die Haut stecken			0.112
sich selbst beißen	0.053	0.817	
an Teilen des Körpers zupfen bis Blut kommt			0.68
die Haut aufkratzen	0.111	0.739	
die Haut aufschürfen			0.615
Anderes			0.186

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt.

Im Merkmal "Schneiden oder Ritzen" der Haut unterschieden sich die geschlechtergetrennten Gruppen signifikant (s. Tab. 20 und 21). Diese Methode zur Selbstverletzung wurde von deutlich mehr weiblichen Jugendlichen der Stichprobe angewandt als von männlichen. In allen anderen Arten der Selbstverletzung ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen und die Nullhypothese nicht widerlegen.

Auch auf die Motivation des selbstverletzenden Verhaltens wurde in Kapitel 4.2.1.4 (vgl. Abb. 6) bereits eingegangen. Es zeigte sich, dass sowohl bei den

weiblichen als auch bei den männlichen selbstverletzenden Jugendlichen die Antworten "um schlechte Gefühle zu beenden", "um dich selbst zu bestrafen" und "um etwas zu fühlen, auch wenn es nur Schmerz ist" am häufigsten mit "oft" angekreuzt wurden.

In folgender Testung sollte zwischen den Geschlechtern verglichen werden, welche Gründe für selbstverletzendes Verhalten für eine Gruppe jemals in Frage gekommen waren und welche noch nie. Dazu wurden die Antwortmöglichkeiten "selten", "manchmal" und "oft" zu einer Antwortkategorie (jemals) zusammengefasst und der Antwortmöglichkeit "nie" gegenübergestellt. Nach einer so erfolgten Dichotomisierung wurde untersucht, ob signifikante Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen festzustellen sind. Als Testverfahren wurde für jedes Item der exakte Test nach Fisher ausgewählt, da vermehrt erwartete Häufigkeiten unter 5 innerhalb der Kreuztabellen auftraten und die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nach Pearson somit nicht erfüllt werden konnten.

Ein signifikanter Unterschied zeigte sich lediglich bei der Antwortmöglichkeit "um eine Reaktion von jemandem zu bekommen, auch wenn es eine negative Reaktion ist" (n=15, 18.1%), welche häufiger von weiblichen Jugendlichen angegeben wurde. Wie sich Tabelle 22 entnehmen lässt, war diese Antwort unter weiblichen Jugendlichen die häufigste Motivation, welche mit "selten, manchmal oder oft" beantwortet wurde, gefolgt von "um schlechte Gefühle zu beenden" (n=14, 16.9%) und "um mehr Aufmerksamkeit von Eltern/Freunden zu bekommen" (n=14, 16.9%). Unter den männlichen Jugendlichen waren die drei am häufigsten genannten Motivationen "um schlechte Gefühle zu beenden" (n=6, 25.0%), "um etwas zu fühlen, auch wenn es nur Schmerz ist" (n=4, 16.7%) und "um andere wissen zu lassen, wie verzweifelt du bist" (n=4, 16.7%). Die Ergebnisse der Analyse sind in Tabelle 22 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 22: Geschlechtervergleich unterschiedlicher Motivation für Selbstverletzung (Mehrfachantworten möglich)

Motivation	Weiblich mit SVV (n=83)		Männlich mit SVV (n=24)		p (exakter Test nach Fisher)
	Jemals (selten, manchmal oder oft)		Jemals (selten, manchmal oder oft)		
um Schule, Arbeit oder andere Aktivitäten zu vermeiden	n=7	(8.4%)	n=0	(0%)	0.345
um sich nicht betäubt oder leer zu fühlen	n=5	(6.0%)	n=2	(8.3%)	0.653
um Aufmerksamkeit zu bekommen	n=11	(13.3%)	n=1	(4.2%)	0.292
<b>um etwas zu fühlen, auch wenn es nur Schmerz ist</b>	n=11	(13.3%)	n=4	(16.7%)	0.740
um Kontrolle über eine Situation zu bekommen	n=12	(14.5%)	n=1	(4.2%)	0.289
um etwas Unangenehmes, was man nicht tun will, zu vermeiden	n=4	(4.8%)	n=0	(0%)	0.573
<b>um eine Reaktion von jemandem zu bekommen, auch wenn es eine negative Reaktion ist</b>	n=15	(18.1%)	n=0	(0%)	<b>0.021*</b>
<b>um mehr Aufmerksamkeit von Eltern/Freunden zu bekommen</b>	n=14	(16.9%)	n=1	(4.2%)	0.182
um zu vermeiden unter Menschen zu sein	n=7	(8.4%)	n=3	(12.5%)	0.690
um dich selbst zu bestrafen	n=9	(10.8%)	n=3	(12.5%)	0.729
damit andere Leute sich anders verhalten	n=6	(7.2%)	n=0	(0%)	0.334
um wie jemand zu sein, den du bewunderst	n=4	(4.8%)	n=0	(0%)	0.573
um Strafen oder Konsequenzen zu vermeiden	n=3	(3.6%)	n=0	(0%)	1.000
<b>um schlechte Gefühle zu beenden</b>	n=14	(16.9%)	n=6	(25.0%)	0.229
<b>um andere wissen zu lassen, wie verzweifelt du bist</b>	n=16	(19.3%)	n=4	(16.7%)	1.000

Motivation	Weiblich mit SVV (n=83)		Männlich mit SVV (n=24)		p (exakter Test nach Fisher)
	Jemals (selten, manchmal oder oft)		Jemals (selten, manchmal oder oft)		
um zu einer Gruppe zu gehören	n=0	(0%)	n=0	(0%)	-
um deine Eltern dazu zu bringen dich zu verstehen	n=9	(10.8%)	n=1	(4.2%)	0.451
um dich zu beschäftigen, wenn du alleine bist	n=5	(6.0%)	n=1	(4.2%)	1.000
um dich zu beschäftigen, wenn du mit anderen zusammen bist	n=4	(4.8%)	n=0	(0%)	0.573
um Hilfe zu bekommen	n=11	(13.3%)	n=0	(0%)	0.119
um andere wütend zu machen	n=4	(4.8%)	n=0	(0%)	0.573
um sich entspannt zu fühlen	n=13	(15.7%)	n=5	(20.9%)	0.546

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. Fett und kursiv gedruckt: am häufigsten genannte Gründe.

### 4.3.2 Suizidalität innerhalb der Stichprobe, Ergebnisse der Paykel Suizid Skala

Anhand des Chi-Quadrat-Tests wurde die Suizidalität zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen innerhalb der Gesamtstichprobe verglichen (s.Tab.23). Als Nullhypothese wurde definiert, dass es keine signifikanten Unterschiede in den Stufen der Paykel Suizid Skala zwischen den geschlechtergetrennten Gruppen gibt. In allen fünf Stufen der Paykel Suizid Skala konnte die Nullhypothese widerlegt werden, da hoch signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen der Gesamtstichprobe festzustellen waren. Die Suizidalität war dabei bei den weiblichen Patienten der Studie als deutlich höher einzustufen. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Gruppen im Detail:

Tabelle 23: Suizidalität im Geschlechtervergleich - Gesamtstichprobe

<b>Merkmal</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- Wert</b>	<b>p (Chi<sup>2</sup>nach Pearson)</b>
Leben nicht lebenswert	11.48	<b>0.001***</b>
Todeswünsche	19.50	<b>0.001***</b>
Suizidideen	19.01	<b>0.001***</b>
ernsthafte Suizidideen	14.93	<b>0.001***</b>
Suizidversuch	11.60	<b>0.001***</b>

*Anmerkungen:* \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. Werte < 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

Die Untersuchung der Subgruppe der selbstverletzenden Jugendlichen ergab im Geschlechtervergleich für die Merkmale "Leben nicht lebenswert", "Todeswünsche" und "Ernsthafte Suizidalität" signifikante Unterschiede (s.Tab.24). Für die Merkmale "Suizidideen" und "vergangener Suizidversuch" ließ sich die Nullhypothese nicht widerlegen. Tabelle 24 stellt die Ergebnisse der Analyse dar.

Tabelle 24: Suizidalität im Geschlechtervergleich - selbstverletzende Jugendliche

<b>Merkmal</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Wert</b>	<b>p (Chi<sup>2</sup>nach Pearson)</b>
Leben nicht lebenswert	4.04	<b>0.044*</b>
Todeswünsche	6.19	<b>0.013*</b>
Suizidideen	2.57	0.109
ernsthafte Suizidideen	4.04	<b>0.044*</b>
Suizidversuch	0.01	0.920

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt.

### 4.3.3 Prüfung auf Normalverteilung

#### 4.3.3.1 Skalen der DAPP-BQ Kurzform

Die Auswertung der Fragebögen DAPP-BQ und SDQ erfolgte durch Analyse vorgegebener Skalen. Um die richtigen Testverfahren zur Untersuchung der Skalen auszuwählen, musste zunächst die Verteilungsform für alle Skalen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test berechnet werden. Anhand der errechneten Irrtumswahrscheinlichkeit "p" lässt sich entscheiden, ob eine Normalverteilung vorliegt oder nicht. Ein Wert von  $p < 0.05$  zeigt an, dass die gegebene Verteilung signifikant von der Normalverteilung abweicht und somit als nicht hinreichend normalverteilt anzusehen ist. Die Skala "Emotionale Dysregulation" sowie alle Subskalen des DAPP-BQ wurden auf Normalverteilung überprüft (s.Tab. 25 und 26). Es zeigte sich, dass sowohl innerhalb der gesamten Stichprobe als auch in geschlechtergetrennten Gruppen die Skala "Emotionale Dysregulation" hinreichend normalverteilt war. Auf Ebene der Subskalen wiesen die Subskalen "Kognitive Verzerrung" ( $p=0.024$ ), "Unsichere Bindung" ( $p=0.012$ ), "Soziales Vermeiden" ( $p < 0.001$ ), "Selbstverletzung" ( $p < 0.001$ ), "Unterwürfigkeit" ( $p=0.024$ ) und "Misstrauen" ( $p=0.024$ ) signifikante Werte auf und wurden als nicht hinreichend normalverteilt bewertet. In der geschlechtergetrennten Berechnung zeigten sich bei den weiblichen Patienten lediglich die Subskalen

"Unsichere Bindung"(0.014), "Selbstverletzung"(p=0.002), "Misstrauen"(p=0.004) und "Narzissmus"(0.028) als nicht normal verteilt. Bei den männlichen Jugendlichen war keine hinreichende Normalverteilung für die Skalen "Identitätsprobleme"(p=0.021), "Soziales Vermeiden"(p=0.002), "Oppositionalität"(p=0.280), und "Selbstverletzung"(p<0.001) gegeben.

Die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests sind in Tabelle 25 und 26 dargestellt.

Tabelle 25: Überprüfung der Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) der Skala Emotionale Dysregulation

Skala	Gesamt (n=183) p	Weiblich (n=111) p	Männlich (n=72) p
Emotionale Dysregulation	0.200	0.200	0.200

Tabelle 26: Überprüfung auf Normalverteilung des DAPP-BQ

Subskala	Gesamt (n=183) p	Weiblich (n=111) p	Männlich (n=72) p
<i>Affektive Labilität</i>	0.200	0.200	0.200
<i>Ängstlichkeit</i>	0.200	0.200	0.200
<i>Identitätsprobleme</i>	0.200	0.187	<b>0.021*</b>
<i>Kognitive Verzerrung</i>	<b>0.024*</b>	0.195	0.200
<i>Unsichere Bindung</i>	<b>0.012*</b>	<b>0.014*</b>	0.200
Soziales Vermeiden	<b>0.001***</b>	0.181	<b>0.002**</b>
<i>Oppositionalität</i>	<b>0.052*</b>	0.200	<b>0,028*</b>
Selbstverletzung	<b>0.001***</b>	<b>0.002**</b>	<b>0.001***</b>
<i>Unterwürfigkeit</i>	<b>0.024*</b>	0.200	0.072
Misstrauen	<b>0.001***</b>	<b>0.004**</b>	0.200
Narzissmus	0.060	<b>0.028*</b>	0.200

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: von der Normalverteilung signifikant abweichend. Kursiv gedruckt: Subskalen der Skala "Emotionale Dysregulation". Werte< 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

### 4.3.3.2 Skalen des SDQ

Auch die Skalen des SDQ wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft (s.Tab.27). Lediglich für die Skala "Gesamtproblemwert" der Gesamtstichprobe und der Untergruppe der weiblichen Patienten lag eine hinreichende Normalverteilung vor. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des Tests.

Tabelle 27: Überprüfung der Normalverteilung Subskalen des SDQ

Skala	Gesamt (n=183) p	Weiblich (n=111) p	Männlich (n=72) p
Emotionale Probleme	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>
Verhaltensprobleme	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>
Hyperaktivität	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	<b>0.006**</b>
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	<b>0.011*</b>
Prosoziales Verhalten	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>
Gesamtproblemwert	0.091	0.200	<b>0.033*</b>

**Anmerkungen:** \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: von der Normalverteilung signifikant abweichend. Werte < 0,001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0,001

### 4.3.4 Mittelwertevergleich der Skalen des DAPP-BQ

Um statistisch signifikante Mittelwertunterschiede zwischen dem Antwortverhalten einzelner ausgewählter Untergruppen festzustellen, wurde für die Skala "Emotionale Dysregulation" und jede Subskala die Untersuchung mittels t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$ , deren Grenze bei  $p < 0.05$  gewählt wurde, gibt signifikante Unterschiede zwischen Mittelwerten zweier Gruppen an. Für nicht hinreichend normalverteilte Skalen wurde zusätzlich der U-Test nach Mann und Whitney berechnet. Für signifikante Ergebnisse wurde die Größe des Effektes (Effektstärke) mittels Cohen's  $d$  berechnet. Dabei zeigen Werte zwischen 0.2 und 0.5 eine kleine Effektstärke, Werte ab 0.5 eine mittlere- und Werte ab 0.8 eine große Effektstärke an.

#### 4.3.4.1 Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation zwischen Jugendlichen, die sich selbst verletzen und Jugendlichen, die sich nicht selbst verletzen

Zunächst wurden die Mittelwerte der Skala "Emotionale Dysregulation" Jugendlicher, die sich selbstverletzen mit den Mittelwerten Jugendlicher, die sich nicht selbstverletzen, verglichen (s.Tab.28). Als Nullhypothese H0 ist definiert worden, dass kein signifikanter Unterschied in der emotionalen Dysregulation zwischen Jugendlichen, die sich selbst verletzen und Jugendlichen, die sich nicht selbstverletzen, vorliegt. Der Mittelwertevergleich mittels t-Test zeigte mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0.001$  einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten beider Gruppen. Mit einem Cohen's d von 0.7 wurde eine mittlere Effektstärke ermittelt. Die Nullhypothese konnte somit widerlegt werden. Die Mittelwerte der selbstverletzenden Jugendlichen lagen höher als die derjenigen, die sich nicht selbst verletzen. Die Ergebnisse des t-Tests sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation zwischen selbstverletzenden und nicht selbstverletzenden Jugendlichen

Skala	M Jugendliche ohne SVV (n=76)	SD Jugendliche ohne SVV n=(76)	M Jugendliche mit SVV (n=107)	SD Jugendliche mit SVV (n=107)	p	d
Emotionale Dysregulation	258.78	84.27	314.27	70.98	<b>0.001***</b>	0.7

*Anmerkungen:* \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: von der Normalverteilung signifikant abweichend. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke. Werte < 0,001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0,001 gerundet

#### 4.3.4.2 Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen der Gesamtstichprobe

Es wurden zunächst die Mittelwerte der Skala Emotionale Dysregulation zwischen den Gruppen der männlichen und weiblichen Jugendlichen der

Gesamtstichprobe verglichen (s.Tab.29). Die Annahme H0, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen in der emotionalen Dysregulation gibt, konnte mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=0.002$  verworfen werden. Die weiblichen Patienten der Stichprobe erzielten signifikant höhere Werte in der Skala "Emotionale Dysregulation" als die männlichen. Es wurde außerdem eine mittlere Effektstärke (Cohen's  $d = 0.5$ ) für das Ergebnis berechnet. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen.

Tabelle 29: Mittelwerte der Skala Emotionale Dysregulation der Gesamtstichprobe im Geschlechtervergleich

<b>Skala</b>	<b>M</b> weiblich gesamt (n=111)	<b>SD</b> weiblich gesamt (n=111)	<b>M</b> männlich gesamt (n=72)	<b>SD</b> männlich gesamt (n=72)	<b>p</b>	<b>d</b>
Emotionale Dysregulation	306.69	79.14	267.93	79.45	<b>0.002**</b>	0.5

*Anmerkungen:* \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke.

#### **4.3.4.3 Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen**

Als nächstes wurde ein Vergleich der Mittelwerte zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen, die sich selbstverletzen, für die Skala "Emotionale Dysregulation" durchgeführt (s.Tab.30).

Hier zeigte sich im t-Test mit einem p-Wert von 0.139 kein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten. In Tabelle 30 sind die Ergebnisse detailliert dargestellt.

Tabelle 30: Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation selbstverletzender Jugendlicher im Geschlechtervergleich

Skala	M	SD	M	SD	p
	weiblich mit SVV (n=83)	weiblich mit SVV (n=83)	männlich mit SVV (n=24)	männlich mit SVV (n=24)	
Emotionale Dysregulation	319.8	70.72	295.37	70.00	0.139

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke.

#### 4.3.4.4 Mittelwertevergleich der Subskalen des DAPP-BQ zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen der Gesamtstichprobe

Um festzustellen, ob es in den einzelnen Persönlichkeitsdimensionen Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen gibt, wurden die Mittelwerte der Subskalen des DAPP-BQ ebenfalls mittels t-Test untersucht (s.Tab.31). Als Nullhypothese  $H_0$  wurde für alle Subskalen ein rein zufälliges Auftreten von Unterschieden, also kein signifikanter Unterschied in den einzelnen Persönlichkeitsdimensionen der Skala "Emotionale Dysregulation", zwischen weiblichen und männlichen Patienten definiert.

Der Vergleich erfolgte zunächst an der Gesamtstichprobe. Es zeigten sich in den Subskalen "Affektive Labilität" ( $p < 0.001$ ), "Ängstlichkeit" ( $p = 0.027$ ), "Kognitive Verzerrung" ( $p = 0.017$ ), "Identitätsprobleme" ( $p = 0.008$ ) und "Unsichere Bindung" ( $p < 0.001$ ) signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen. Die Mittelwerte waren bei weiblichen Patienten in allen genannten Skalen höher als bei männlichen. Für die Subskalen "Unterwürfigkeit" ( $p = 0.138$ ) und "Oppositionalität" ( $p = 0.248$ ) konnte die Nullhypothese nicht widerlegt werden. Für weitere Subskalen, die nicht der Skala "Emotionale Dysregulation" angehören, zeigten sich folgende Ergebnisse: bei der Subskala "Selbstverletzung" ( $p < 0.001$ ) wurde ein signifikanter Unterschied festgestellt. Auch hier waren die Werte der weiblichen Jugendlichen höher als die der männlichen. Bei den Persönlichkeitsdimensionen "Misstrauen" ( $p = 0.358$ ), "Narzissmus" ( $p = 0.792$ ) und "Soziales Vermeiden"

( $p=0.258$ ) ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen. Für die nicht hinreichend normalverteilten Subskalen "Kognitive Verzerrung", "Unsichere Bindung", "Soziales Vermeiden", "Selbstverletzung", "Unterwürfigkeit", "Misstrauen", "Identitätsprobleme" und "Oppositionalität" wurde zusätzlich der U-Test nach Mann und Whitney berechnet. Die signifikanten Unterschiede bei den Subskalen "Kognitive Verzerrung", "Unsichere Bindung" und "Identitätsprobleme" ließen sich durch den U-Test bestätigen. Für alle weiteren nicht hinreichend normalverteilten Skalen konnte die Nullhypothese, wie bereits im t-Test, nicht widerlegt werden. Die Berechnung des Cohen's  $d$  zeigte für die Persönlichkeitsdimensionen "Affektive Labilität", "Unsichere Bindung" und "Selbstverletzung" eine mittelgroße Effektstärke. Für die Subskalen "Ängstlichkeit", "Identitätsprobleme" und "Kognitive Verzerrung" ließ sich eine kleine Effektstärke feststellen (s.Tab.31). Die folgenden Tabellen zeigen alle Ergebnisse des t-Tests und des U-Test nach Mann und Whitney sowie der Berechnung der Effektstärke.

Tabelle 31: Mittelwerte der Subskalen des DAPP-BQ im Geschlechtervergleich

Skala	M	SD	M	SD	p	p	d
	weiblich gesamt (n=111)	weiblich gesamt (n=111)	männlich gesamt (n=72)	männlich gesamt (n=72)	(t-Test)	(U-Test)	
<i>Affektive Labilität</i>	47.72	15.05	38.75	13.03	<b>0.001***</b>		0.6
<i>Ängstlichkeit</i>	45.34	14.96	40.16	15.76	<b>0.027*</b>		0.3
<i>Identitätsprobleme</i>	44.75	13.47	39.12	14.09	<b>0.008**</b>	<b>0.006**</b>	0.4
<i>Kognitive Verzerrung</i>	37.85	14.18	32.95	12.20	<b>0.017*</b>	<b>0.014*</b>	0.3
<i>Unsichere Bindung</i>	51.07	13.97	41.88	15.45	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	0.6
Soziales Vermeiden	40.79	14.99	38.15	15.84	0.258	0.210	
<i>Oppositionalität</i>	41.49	13.38	39.09	13.95	0.248	0.218	
Selbstverletzung	27.57	12.85	20.14	10.37	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	0.6
<i>Unterwürfigkeit</i>	38.66	12.51	35.95	11.19	0.138	0.158	
Misstrauen	33.46	12.55	31.72	12.13	0.358	0.353	
Narzissmus	37.61	13.94	38.16	12.95	0.792		

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektsstärke. Werte < 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

#### 4.3.4.5 Mittelwertevergleich der Subskalen des DAPP-BQ zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen

Als Nächstes wurde der Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen für die Subgruppe der selbstverletzenden Jugendlichen vorgenommen (s.Tab.32). Dabei konnte für keine Skala die Nullhypothese widerlegt werden. Folglich zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den geschlechtergetrennten Gruppen selbstverletzender Jugendlicher in den Subskalen des DAPP-BQ. Auch hier wurde für die nicht hinreichend normalverteilten Subskalen der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt. Es bestätigte sich das Ergebnis des t-Tests. Tabelle 32 stellt die Ergebnisse für die Gruppe selbstverletzender Jugendlicher dar.

Tabelle 32: Mittelwerte der Subskalen des DAPP-BQ selbstverletzender Jugendlicher im Geschlechtervergleich

<b>Skala</b>	<b>M</b> weiblich mit SVV (n=83)	<b>SD</b> weiblich mit SVV (n=83)	<b>M</b> männlich mit SVV (n=24)	<b>SD</b> männlich mit SVV (n=24)	<b>p</b> (t-Test)	<b>p</b> (U-Test)
<i>Affektive Labilität</i>	50.5	14.33	44.51	12.44	0.067	
<i>Ängstlichkeit</i>	48.16	13.84	48.16	13.73	0.294	
<i>Identitätsprobleme</i>	47.23	12.91	43.84	13.14	0.262	0.243
<i>Kognitive Verzerrung</i>	40.21	13.85	35.38	12.26	0.127	0.099
<i>Unsichere Bindung</i>	51.81	12.76	48.79	10.85	0.294	0.175
Soziales Vermeiden	41.84	14.26	38.85	15.16	0.376	0.363
<i>Oppositionalität</i>	42.52	12.59	40.62	13.34	0.523	0.482
Selbstverletzung	30.78	12.07	27.54	12.97	0.258	0.176
<i>Unterwürfigkeit</i>	39.66	11.61	37.47	11.19	0.414	0.423
Misstrauen	34.8	12.36	35.9	12.13	0.701	0.737
Narzissmus	38.2	13.34	39.28	13.34	0.716	

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke. Werte < 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

### 4.3.5 Mittelwertevergleich der Skalen des SDQ

#### 4.3.5.1 Mittelwertevergleich der Skalen des SDQ zwischen Jugendlichen, die sich selbst verletzen und Jugendlichen, die sich nicht selbst verletzen

Zum Vergleich der Mittelwerte wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Für nicht hinreichend normalverteilte Skalen wurde eine zusätzliche Berechnung mittels U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt. In den Skalen "Emotionale Probleme" ( $p < 0.001$ ), "Verhaltensprobleme" ( $p = 0.028$ ) und "Gesamtproblemwert" ( $p < 0.001$ ) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den zwei Gruppen. Die Berechnung der Effektstärke nach Cohen's d ergab für die Skalen "Emotionale Probleme" und "Gesamtproblemwert" eine mittlere und für die Skala "Verhaltensprobleme" eine kleine Effektstärke (s.Tab.33). Für die Skalen "Hyperaktivität", "Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen" und "Prosoziales Verhalten" konnte die Nullhypothese (kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen) nicht verworfen werden. Die Ergebnisse des U-Tests bestätigten, mit nur geringen Abweichungen, die Ergebnisse des t-Tests. Alle resultierenden Werte sind in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 33: Mittelwertevergleich der Skalen des SDQ selbstverletzender und nicht selbstverletzender Jugendlicher

Skala	M	SD	M	SD	p	p	d
	Jugendliche ohne SVV (n=76)	Jugendliche ohne SVV (n=76)	Jugendliche mit SVV (n=107)	Jugendliche mit SVV (n=107)	(t-Test)	(U-Test)	
Emotionale Probleme	3.57	2.94	5.39	2.70	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	0.7
Verhaltensprobleme	2.28	1.81	2.87	1.69	<b>0.028*</b>	<b>0.006**</b>	0.3
Hyperaktivität	3.78	2.25	4.38	2.37	0.093	0.053	
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	3.32	2.46	3.60	2.19	0.420	0.287	
Prosoziales Verhalten	7.15	2.34	7.46	2.18	0.368	0.416	
Gesamtproblemwert	12.94	6.16	16.24	5.96	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	0.6

Anmerkungen:\*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke. Werte < 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

#### 4.3.5.2 Mittelwertevergleich zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen der Gesamtstichprobe

Im Vergleich der weiblichen und männlichen Jugendlichen der Gesamtstichprobe zeigten sich in den Skalen "Emotionale Probleme" ( $p=0.001$ ) und "Gesamtproblemwert" ( $p=0.006$ ) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Mittelwerte der weiblichen Jugendlichen lagen in beiden Skalen höher als die der männlichen Jugendlichen. Es wurden eine mittlere Effektstärke für die Skala "Emotionale Probleme" und eine kleine Effektstärke für die Skala "Gesamtproblemwert" ermittelt (s.Tab.34). Für alle weiteren Skalen des SDQ konnte die Nullhypothese (kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern) nicht widerlegt werden. Der U-Test bestätigte die im t-Test festgestellten Ergebnisse. Die folgende Tabelle stellt alle Ergebnisse der Tests dar.

Tabelle 34: Mittelwerte der Skalen des SDQ im Geschlechtervergleich

Skala	M weiblich gesamt (n=111)	SD weiblich gesamt (n=111)	M männlich mit SVV (n=24)	SD männlich mit SVV (n=24)	p (t-Test)	p (U-Test)	d
Emotionale Probleme	5.34	2.84	3.64	2.8	<b>0.001***</b>	<b>0.001***</b>	0.6
Verhaltensprobleme	2.75	1.68	2.46	1.86	0.287	0.142	
Hyperaktivität	4.36	2.39	3.81	2.23	0.122	0.118	
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	3.52	2.31	3.44	2.30	0.833	0.953	
Prosoziales Verhalten	7.51	2.24	7.08	2.24	0.215	0.154	
Gesamtproblemwert	15.96	6.27	13.35	5.89	<b>0.006**</b>	<b>0.011*</b>	0.4

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke. Werte < 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

### 4.3.5.3 Mittelwertevergleich zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen

Der geschlechtergetrennte Vergleich in der Subgruppe der selbstverletzenden Jugendlichen wurde ebenfalls mittels t-Test für unabhängige Stichproben und dem nichtparametrischen U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt. Beide Tests zeigten, dass es in keiner Skala des SDQ signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen, die sich selbst verletzen, gab. Die Ergebnisse sind in Tabelle 35 aufgelistet.

Tabelle 35: Mittelwerte selbstverletzender Jugendlicher der Skalen des SDQ im Geschlechtervergleich

Skala	M	SD	M	SD	p	p
	weiblich mit SVV (n=83)	weiblich mit SVV (n=83)	männlich mit SVV (n=24)	männlich mit SVV (n=24)	(t-Test)	(U-Test)
Emotionale Probleme	5.62	2.65	4.58	2.8	0.098	0.098
Verhaltensprobleme	2.83	1.68	3.00	1.74	0.666	0.768
Hyperaktivität	4.54	2.38	3.83	2.33	0.204	0.292
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	3.51	2.17	3.92	2.26	0.429	0.312
Prosoziales Verhalten	7.57	2.17	7,08	2.21	0.335	0.261
Gesamtproblemwert	16.50	5.90	15.33	6.19	0.402	0.494

Anmerkungen: \*\*\*hoch signifikant, \*\*sehr signifikant, \*signifikant. Fett gedruckt: Nullhypothese abgelehnt. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, d = Effektstärke. Werte < 0.001 wurden aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung auf 0.001 gerundet.

## **5 Diskussion**

Im Folgenden sollen zunächst ausgewählte Aspekte zu Material und Methode der vorliegenden Arbeit dargelegt werden. Dann werden die Ergebnisse der deskriptiven statistischen Analysen vor dem Hintergrund der einschlägigen Literatur erörtert. Des Weiteren werden die Resultate der schließenden statistischen Analysen in Zusammenhang mit der in Kapitel 2 dargestellten Fragestellung diskutiert und in den Kontext des aktuellen Forschungsstandes eingebettet. Zudem sollen Grenzen für die Gültigkeit der vorliegenden Ergebnisse abgesteckt und Anregungen für zukünftige Untersuchungen gegeben werden.

### **5.1 Stichprobe**

Eingeschlossen in die Studie wurden 183 Jugendliche, die innerhalb des Zeitraums vom 01.6.2010 bis 30.11.2010 in stationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln oder der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kliniken der Stadt Köln waren.

Durch Verteilung der Fragebögen an neuaufgenommene Patienten zwischen 12 und 18 Jahren, wurde versucht eine möglichst repräsentative klinische Stichprobe von Jugendlichen in stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung zu erhalten.

Die längere Behandlungszeit und geringere Fluktuation in der Uniklinik Köln kann als Ursache der niedrigeren Teilnehmerzahl im Vergleich zur Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kliniken der Stadt Köln (Uniklinik Köln, n=55; Kliniken der Stadt Köln, n=128) angenommen werden.

Dennoch konnte mit 183 Patienten eine aussagekräftige klinische Stichprobe gewonnen werden, welche bei Betrachtung der ausgewerteten Basisdaten (unter anderem Geschlecht, Diagnosen, Alter und Schulform), einer ausgewogenen Verteilung im jugendpsychiatrischen Setting entspricht (vgl. Kapitel 3.3).

## **5.2 Messinstrumente**

Die für die Studie verwendeten Fragebögen gelten als international etabliert und wurden bereits in mehreren Studien als reliabel und valide eingestuft [53, 57, 65, 83, 111]. Sie kommen auch in Deutschland regelhaft in Klinik und Forschung zum Einsatz. Bei allen vier standardisierten Fragebögen handelt es sich um Selbstbeurteilungsinstrumente. Um eine ausreichende Zuverlässigkeit der deutschen Versionen für die vorliegende Studie zu gewähren, wurde bei jedem der Fragebögen eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Diese wird im Folgenden dargestellt.

### **5.2.1 Reliabilitätsanalyse**

Die interne Konsistenz wurde mittels Cronbach's Alpha bestimmt (siehe Kapitel 4.1). Große Alphawerte beschreiben eine gute Zuverlässigkeit, der größtmögliche Wert ist 1. Bei Werten unter 0.65 ist eine Zusammenfassung der Items zu einer Skala nicht sinnvoll. Die Trennschärfe der Items oder Item-Total-Korrelation beschreibt wie sehr ein einzelnes Item mit dem Gesamtergebnis eines Tests korreliert. Werte über 0.3 sprechen für eine mittlere, Werte über 0.4 für eine gute Trennschärfe.

### **5.2.2 Reliabilitätsanalyse des FASM**

Die Skalen "Automatische negative Verstärkung"(0.459) und "Soziale negative Verstärkung"(0.549) wiesen niedrige und die Skalen "Automatische positive Verstärkung"(0.712) und "Soziale positive Verstärkung"(0.836) moderate Werte für die interne Konsistenz auf.

In der Validierungsstudie von Nock und Prinstein (2004) wurden moderate bis gute Werte für die Reliabilität erreicht (Cronbach's Alpha 0.62-0.85) [79].

Die in vorliegender Untersuchung berechneten Werte für die Item-Total-Korrelation lagen insgesamt in einem mittleren bis gutem Bereich. Für die Items

"um Strafen oder Konsequenzen zu vermeiden" (0.124) und "um zu einer Gruppe zu gehören" (0.09) bestand eine niedrige Trennschärfe.

Es wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass weitere Validierungen des Vier-Skalen Modells notwendig sind. Der FASM ist vornehmlich als eruierendes Instrument international etabliert. In der vorliegenden Studie wurde daher auf die Skalenbildung verzichtet und die erforderlichen Rechnungen auf Itemebene durchgeführt.

### **5.2.3 Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala**

Die Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala wies mit einem Cronbach's Alpha Wert von 0.867 eine sehr gute interne Konsistenz auf. Auch die Trennschärfe der einzelnen Items lag mit Werten für die Item-Skala-Korrelation von 0.579-0.746 in einem sehr gutem Bereich.

### **5.2.4 Reliabilitätsanalyse des DAPP-BQ**

Der niedrigste Cronbach's Alpha Wert, welcher mit 0.898 immer noch in einem sehr guten Bereich lag, wurde für die Skala "Unterwürfigkeit" gemessen. Alle anderen Skalen waren mit Werten über 0.9 als sehr zuverlässig einzustufen. Den höchsten Wert (0.937) erreichte die Skala "Selbstverletzung". Insgesamt entsprachen die Werte für die interne Konsistenz den in vorherigen Validierungsstudien berechneten Werten (vgl. [63])

Die Ergebnisse der korrigierten Item-Skala-Korrelation des DAPP-BQ zeigten eine gute Trennschärfe der einzelnen Items. Lediglich die Items "ich zeige meine Gefühle sehr deutlich" und "ich habe ein klares Empfinden davon wer ich bin" wurden mit Werten von 0.153 und 0.182 als zu niedrig beurteilt.

### **5.2.5 Reliabilitätsanalyse des SDQ**

Die berechneten Cronbach's Alpha Werte der Skalen des SDQ lagen zwischen 0.45-0.77 und damit etwas unterhalb des Niveaus, welches aus Validierungsstudien für die Skalen der Selbstberichtversion des Fragebogens vorliegen (0.58-0.78) [8]. Sie sprechen insgesamt für eine moderate interne Konsistenz der Skalen. Die Trennschärfe der Items konnte insgesamt als gut bewertet werden, lediglich für das Item "normalerweise tue ich, was man mir sagt"(0.059) wurde ein sehr niedriger Wert erreicht.

## **5.3 Ergebnisse der deskriptiven statistischen Analysen**

### **5.3.1 Prävalenz**

In der untersuchten Stichprobe zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz für selbstverletzendes Verhalten von 58.5%, welche mit den in der aktuellen Literatur für klinische Stichproben beschriebenen Prävalenzzahlen von 30-60% [16] verglichen, im oberen Erwartungsbereich liegt. Die repetitive Selbstverletzung tauchte in der klinischen Stichprobe seltener auf (19.2%) als anhand ähnlicher Studien zu erwarten gewesen wäre (32.3%) [75]. Es gilt allerdings zu beachten, dass die Vielzahl an psychometrischen Instrumenten, welche zur Erfassung der Selbstverletzung in unterschiedlichen Studien herangezogen werden, die Vergleichbarkeit der Studien untereinander deutlich einschränken.

### **5.3.2 Geschlecht**

Insgesamt verletzten sich deutlich mehr weibliche Jugendliche der Stichprobe selbst (n=83, 74.7% aller weiblichen Jugendlichen der Stichprobe) als männliche (n=24, 33.3% aller männlichen Jugendlichen der Stichprobe). Dies entspricht zwar den Ergebnissen vieler Studien zu selbstverletzendem Verhalten [14, 91, 81, 102, 67], wird in der aktuellen Literatur aber, wie bereits in Kapitel 1.4 erläutert, kontrovers diskutiert. Es gilt zu berücksichtigen, dass es sich um eine klinische Stichprobe handelt. Die Verteilung der Geschlechter

innerhalb der Gesamtstichprobe war verhältnismäßig ausgeglichen (61% weibliche Jugendliche, 39% männliche Jugendliche). Eine Überrepräsentation des weiblichen Geschlechts wie sie von einigen Autoren angegeben wird kann somit nicht als Grund der unterschiedlichen Prävalenzraten für Selbstverletzung angenommen werden. Allerdings wurde in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen, dass männliche Jugendliche, die sich selbst verletzen, deutlich weniger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen als weibliche [113, 110]. Es ist also davon auszugehen, dass in klinischen Inanspruchnahmepopulationen weniger männliche selbstverletzende Jugendliche vorzufinden sind als weibliche.

### **5.3.3 Alter**

Das Durchschnittsalter der ersten Selbstverletzung innerhalb der Stichprobe passt mit 12.9 Jahren zu Ergebnissen der Übersichtsarbeit von Jacobsen und Gould 2007, in welcher das Durchschnittsalter der ersten Selbstverletzung in den zusammengefassten Studien zwischen 12 und 14 Jahren lag [49].

### **5.3.4 Methoden der Selbstverletzung**

Die Resultate bezüglich der verwendeten Methoden zur Selbstverletzung bestätigen im Wesentlichen die Befunde aktueller Literatur (vgl. Kapitel 1.2.4). So war die am häufigsten genutzte Methode zur Selbstverletzung unter den Jugendlichen der Stichprobe das Schneiden und Ritzen der Haut. 67.3% der Jugendlichen verletzten sich auf diese Weise selbst. Dies deckt sich mit Übersichtsarbeiten zum selbstverletzenden Verhalten [87, 49, 101].

### **5.3.5 Motivation der Selbstverletzung**

Wie in Kapitel 1.2.5 ausführlich beschrieben, kommt der affektregulatorischen Komponente als Funktion des selbstverletzenden Verhaltens eine wichtige Rolle zu. Durch die Selbstverletzung wird versucht, negative Emotionen und

das Gefühl höchster Anspannung zu beenden [16, 90, 75]. Unter den Jugendlichen der Stichprobe konnte die genannte Motivation ebenfalls verstärkt registriert werden. Als häufigster Grund für das selbstverletzende Verhalten wurde von den Meisten "um schlechte Gefühle zu beenden" gewählt. Die Befunde bekräftigen somit die Annahme, dass offenes selbstverletzendes Verhalten im Wesentlichen negativ verstärkt wird.

### **5.3.6 Impulsivität des Verhaltens**

Auch konnte erhoben werden, dass nur wenig Zeit zwischen den Gedanken sich selbst zu verletzen und der Ausführung verging. Viele Jugendliche (38.3%) beantworteten die Frage, wie lange sie vor der Selbstverletzung über die Handlungen nachgedacht hatten, sogar mit "gar nicht" (vgl. Kapitel 4.2.1.5). Diese Ergebnisse replizieren damit die Befunde anderer Studien mit ähnlichen Methoden [97] und sind mit dem aktuell diskutierten Umstand in Einklang zu bringen, dass die Spannungszustände in sehr kurzem Zeitraum eine starke Intensität annehmen müssen. Die Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass den Jugendlichen wenig Zeit für alternative Copingstrategien bleibt, was ebenfalls den Resultaten ähnlicher Studien entspricht [97, 50, 52].

### **5.3.7 Schmerzwahrnehmung**

Der Aspekt der verringerten Schmerzwahrnehmung, welcher in der Literatur des Öfteren beschrieben wird [11, 80, 86], konnte auch in der untersuchten klinischen Studie vermehrt eruiert werden. So gaben 24.3% der Jugendlichen an keine und 31.8% nur wenige Schmerzen während der Selbstverletzung verspürt zu haben.

### **5.3.8 Komorbidität**

In der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen zeigte sich mit 22.3% als häufigste Diagnose "Affektive Störungen" (F3), darunter vielfach die

"Mittelgradige depressive Episode" (F32.1). Dies lässt sich mit Ergebnissen der Übersichtsarbeit von Nitkowski und Petermann 2011 zum Thema Selbstverletzung und komorbide psychische Störungen in Einklang bringen [74]. Bei den männlichen Jugendlichen wurde vermehrt die Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" (F1) gestellt. Auch dies passt zu den Resultaten der bereits genannten Studie, wobei in der vorliegenden Untersuchung vor allem der Cannabiskonsum unter männlichen Jugendlichen im Vordergrund stand und nicht wie zu erwarten gewesen wäre der Alkoholmissbrauch. Eine "Emotional instabile Persönlichkeitsstörung" (F60.3), welche häufig mit selbstverletzendem Verhalten assoziiert wird, wurde nur für vier weibliche Jugendliche diagnostiziert, für zwei darunter wurde der Borderline-Typ (F60.31) festgestellt. Männliche Jugendliche mit entsprechender Diagnose waren in der Stichprobe nicht vorhanden. Dies bestärkt den Befund ähnlicher Studien [74], dass beim Vorliegen von Selbstverletzung nicht gleich auf die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung geschlossen werden kann (vgl. Kapitel 1.2.7.1). Persönlichkeitsstörungen werden im Kindes- und Jugendalter allerdings häufig mit Vorsicht diagnostiziert. Andersherum zeigten alle Jugendlichen, für die eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung festgestellt worden war, auch selbstverletzendes Verhalten.

### **5.3.9 Suizidalität**

46.7% der sich selbstverletzenden Jugendlichen hatten einen Suizidversuch in der Vorgeschichte zu verzeichnen. Bei 13.1% der Befragten wurden ernsthafte Suizidideen eruiert und 23.4% der Jugendlichen, die sich selbst verletzten, gaben an jemals Suizidideen gehabt zu haben. Die hohe Suizidalität innerhalb der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher steht im Einklang mit Resultaten vieler Studien zu Selbstverletzung und Suizidalität (vgl. Kapitel 1.2.8). In einer amerikanischen kinder- und jugendpsychiatrischen Studie aus dem Jahr 2006 konnte sogar bei 70% der selbstverletzenden Jugendlichen ein Suizidversuch in der Vorgeschichte ermittelt werden [78]. Allerdings sollte nicht vernachlässigt werden, dass eine klare Differenzierung im klinischen Alltag häufig schwer fällt und selbstverletzendes Verhalten auch als Suizidversuch fehlgedeutet werden

kann [59]. Da die Paykel Suizid Skala, welche in vorliegender Arbeit verwendet wurde, jedoch ein Selbstbeurteilungsinstrument darstellt und neben dem Suizidversuch in der Vorgeschichte auch nach Suizidplänen, Suizidideen und Todeswünschen gefragt wird, ist hier von einer korrekten Detektierung der Suizidalität auszugehen.

## **5.4 Ergebnisse der schließenden statistischen Analysen**

Zur Beantwortung der in Kapitel 2 vorgestellten Fragestellung, wurden schließende statistische Analysen herangezogen. Die Ergebnisse werden im Folgenden vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert.

### **5.4.1 Methoden der Selbstverletzung im Geschlechtervergleich**

Der Vergleich der Häufigkeitsverteilung von Methoden zur Selbstverletzung mittels des Chi-Quadrat-Tests bzw. des exakten Tests nach Fisher zwischen den Geschlechtern sollte zeigen, ob es signifikante Unterschiede in der Methodenwahl zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen gibt. Das Schneiden und Ritzen der Haut wurde zwar von beiden Geschlechtern innerhalb der Stichprobe als häufigste Methode angegeben, es zeigte sich aber, dass signifikant mehr weibliche Jugendliche diese Methode verwendeten (72.3% der weiblichen Jugendlichen und 50% der männlichen Jugendlichen). Dieses Ergebnis entspricht Beobachtungen aus drei internationalen Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Jugendlichen, die sich selbst verletzen. In den populations- bzw. schulbasierten Studien aus Großbritannien, Belgien und den USA konnte bei beiden Geschlechtern das Schneiden und Ritzen der Haut als besonders häufig angewandte Art der Selbstverletzung nachgewiesen werden. Insgesamt griffen, wie auch die Ergebnisse vorliegender Untersuchung zeigen, prozentual mehr weibliche Jugendliche zu dieser Methode als männliche [52, 7, 125].

Bei allen anderen Selbstverletzungsmethoden zeigten sich bezüglich der Häufigkeitsverteilung in der für diese Studie untersuchten Stichprobe keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen.

Auch dieses Ergebnis betont Resultate internationaler Studien, welche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Selbstverletzung analysiert haben. Zwar stellten sich in einigen Studien Unterschiede in der Selbstverletzung z.B. die Verwendung externalisierender oder besonders gefährlicher Methoden bei männlichen Jugendlichen dar [60, 7], was in vorliegender Untersuchung nicht ermittelt werden konnte. Nach neueren Studien wie beispielsweise die von van Camp et al. ist allerdings von einem Angleichen der Geschlechter bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens auszugehen [113]. Demnach ist anzunehmen, dass männliche Jugendliche vermehrt Verhaltensweisen zur Selbstverletzung nutzen, die als eher "weibliche" Methoden erwartet worden wären wie Schneiden oder Ritzen der Haut, während weibliche Jugendliche auch verstärkt dazu neigen externalisierende Methoden anzuwenden. Die hier vorliegenden Ergebnisse könnten für eine solche Entwicklung sprechen.

#### **5.4.2 Motivation der Selbstverletzung im Geschlechtervergleich**

Bei der Untersuchung der Motivation des selbstverletzenden Verhaltens mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests zeigte sich, dass weibliche Jugendliche signifikant häufiger die Antwort "um eine Reaktion von jemandem zu bekommen, auch wenn es eine negative Reaktion ist" angaben. Die Antwortmöglichkeit "um Hilfe zu bekommen" unterschied sich zwar nicht signifikant zwischen den Jugendlichen, wurde allerdings von keinem männlichen Jugendlichen gewählt (aber von n=11 weiblichen Jugendlichen). Dies könnte in Zusammenhang mit der in diversen Studien dargestellten Beobachtung gebracht werden, dass selbstverletzende weibliche Jugendliche eher (professionelle) Hilfe aufsuchen als männliche [113, 125]. Beide genannten Motive sprechen für einen möglicherweise offeneren Umgang mit Selbstverletzung bei weiblichen Jugendlichen im Vergleich zu männlichen. Auch scheinen weibliche Jugendliche eher eine Reaktion bzw. Hilfe von ihrem Umfeld zu erwarten als männliche. In allen anderen im FASM aufgeführten Gründen für Selbstverletzung konnte im geschlechtergetrennten Vergleich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Häufigkeitsverteilung festgestellt werden, was die Ergebnisse bisheriger Studien stützt [113, 125]. Die am häufigsten von beiden Geschlechtern

genannte Motivation "um schlechte Gefühle zu beenden", konnte auch in vielen aktuellen klinischen und populationsbasierten Studien bereits als wichtigster Auslöser für selbstverletzendes Verhalten verifiziert werden [125, 65].

### **5.4.3 Suizidalität im Geschlechtervergleich**

Innerhalb der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher der untersuchten Stichprobe wurde eine hohe Suizidalität festgestellt (vgl. Kapitel 5.3.9). Zwar kann hier eine enge Assoziation zwischen selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität angenommen werden, doch gilt zu berücksichtigen, dass es sich um eine klinische Stichprobe handelt und somit um Jugendliche, die im Allgemeinen psychisch stark belastet sind. Im Geschlechtervergleich mittels Chi-Quadrat-Test zeigte sich in der Gesamtstichprobe eine signifikant höhere Suizidalität bei weiblichen Jugendlichen in allen Stufen der Paykel Suizid Skala (1. Leben nicht lebenswert, 2. Todeswünsche, 3. Suizidideen, 4. ernsthafte Suizidideen. 5. vergangener Suizidversuch). Während bereits 40.5% der weiblichen Jugendlichen einen Suizidversuch in der Vergangenheit angaben, waren es bei den männlichen Jugendlichen lediglich 16.7%. Dies entspricht unter anderem der Forschungsarbeit von Canetto, welche geschlechterspezifisches suizidales Verhalten in der Adoleszenz untersuchte. Dabei zeigten sich bei Mädchen verstärkt Suizidgedanken und Suizidversuche in Form von weniger schwerem suizidalen Verhalten, während bei Jungen wenige, dafür schwere Suizidversuche bzw. der vollendete Suizid vorzufinden waren [19]. Auffallend ist, dass sich in der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen in den Stufen "Suizidideen" und "vergangener Suizidversuch" kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ergab. Ein Suizidversuch in der Vergangenheit wurde von 47% der weiblichen selbstverletzenden Jugendlichen und von 45.8% der männlichen selbstverletzenden Jugendlichen berichtet. In einschlägiger Literatur wird beschrieben, dass männliche Jugendliche zu schwereren suizidalen Handlungen neigen als weibliche (vgl. Kapitel 1.2.8). Diesem Umstand zufolge könnten männliche Selbstverletzer als eine besonders stark gefährdete Gruppe betrachtet werden. Andererseits könnte auch von einem verstärkten Angleichen dieser Gruppe männlicher Jugendlicher an

Verhaltensweisen weiblicher Jugendlicher wie bereits durch van Camp et al. überlegt [113] ausgegangen werden.

#### **5.4.4 Emotionale Dysregulation**

Wie in Kapitel 1.2.5. bereits erörtert geht aus aktueller Literatur hervor, dass selbstverletzendes Verhalten vor allem zur Affektregulation bei mangelnden alternativen Copingstrategien eingesetzt wird [54, 80, 3]. Dies lässt den Schluss zu, dass eine emotionale Dysregulation bei selbstverletzenden Jugendlichen häufiger vorzufinden ist als bei nicht selbstverletzenden Jugendlichen [97, 1, 70, 115]. Beim Vergleich der emotionalen Dysregulation mittels t-Test zwischen Subgruppen der untersuchten Stichprobe konnte erwartungsgemäß ein signifikanter Unterschied ( $p=0.001$ ) zwischen Jugendlichen, die sich selbstverletzen und Jugendlichen, die sich nicht selbstverletzen nachgewiesen werden. Mit einer mittleren bis hohen Effektstärke erreichten Jugendliche, die sich selbst verletzen, höhere Werte als Jugendliche, die sich nicht selbst verletzen.

Im Geschlechtervergleich konnte bei den Jugendlichen der Gesamtstichprobe eine signifikant höhere emotionale Dysregulation unter den weiblichen Jugendlichen festgestellt werden ( $p=0.001$ ). Dies bestätigt den Standpunkt aktueller Forschung, nach welchem emotionale Störungen vor allem das weibliche Geschlecht betreffen [2, 102].

Unter den selbstverletzenden Jugendlichen zeigte sich in der emotionalen Dysregulation allerdings kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Männliche selbstverletzende Jugendliche wiesen eine ebenso hohe emotionale Dysregulation auf wie weibliche selbstverletzende Jugendliche. Wie schon in den zuvor untersuchten Aspekten selbstverletzenden Verhaltens konnte auch hier eine starke Ähnlichkeit zwischen den selbstverletzenden weiblichen und männlichen Jugendlichen festgestellt werden.

Ein wichtiger Gesichtspunkt ist in diesem Zusammenhang auch die Verbindung zwischen emotionaler Dysregulation und der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die mangelnde Regulationsfähigkeit emotionaler Prozesse ein entscheidendes Charakteristikum [71]. Wie

bereits in Kapitel 1.2.7.1 und 5.3.8 beschrieben, kann bei Vorliegen von selbstverletzendem Verhalten nicht direkt auf eine BPS geschlossen werden, wohingegen eine hohe Prävalenz selbstverletzenden Verhaltens bei Patienten mit einer Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung festzustellen ist. Da jedoch in der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen häufig deutliche Zurückhaltung besteht [74], ist die differenzierte Erfassung gestörter emotionaler Regulationsprozesse umso wichtiger. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, stellt die emotionale Dysregulation einen bedeutenden Faktor für selbstverletzendes Verhalten dar.

#### **5.4.5 Ausprägung der Emotionalen Dysregulation - Untersuchung der zugehörigen Persönlichkeitsdimensionen**

Um die Ausprägung der emotionalen Dysregulation genauer zu untersuchen, wurden die einzelnen Persönlichkeitsdimensionen, die zu der Skala "Emotionale Dysregulation" im DAPP-BQ gehören, zwischen Subgruppen der Stichprobe verglichen. Zunächst wurde ein Geschlechtervergleich innerhalb der Gesamtstichprobe durchgeführt. Hierbei zeigten sich signifikant höhere Mittelwerte bei weiblichen Jugendlichen in den Persönlichkeitsdimensionen "Affektive Labilität" ( $p=0.001$ ), "Ängstlichkeit" ( $p=0.027$ ), "Kognitive Verzerrung" ( $p=0.017$ ), "Identitätsprobleme" ( $p=0.008$ ), "Unsichere Bindung" ( $p=0.001$ ) und "Selbstverletzung" ( $p=0.001$ ). Allerdings gilt zu beachten, dass die Effektstärken für die Subskalen "Ängstlichkeit", "Identitätsprobleme" und "kognitive Verzerrung" klein ausgefallen sind. Bei weiteren Persönlichkeitsdimensionen ("Misstrauen" ( $p=0.358$ ), "Narzissmus" ( $p=0.792$ ) und "Soziales Vermeiden" ( $p=0.258$ )), konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

In der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen zeigte sich in keiner einzigen Persönlichkeitsdimension ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Hier ließ sich erneut eine Ähnlichkeit zwischen weiblichen und männlichen selbstverletzenden Jugendlichen feststellen. Diesmal innerhalb verschiedener

Persönlichkeitsdimensionen, welche sich bei Untersuchung der Gesamtstichprobe signifikant zwischen den Geschlechtern unterschieden.

Im generellen Vergleich zwischen selbstverletzenden und nicht selbstverletzenden Jugendlichen zeigten sich in allen zur emotionalen Dysregulation gehörigen Persönlichkeitsdimensionen höhere Mittelwerte für selbstverletzende Jugendliche, was aufgrund des bereits ermittelten signifikanten Unterschieds in der Gesamtskala zu erwarten gewesen war.

#### **5.4.6 Verhaltensauffälligkeiten**

Anhand des SDQ sollten Unterschiede in auffälligen Verhaltensmerkmalen zwischen Subgruppen der Gesamtstichprobe untersucht werden.

Zunächst wurden die Gruppen der Jugendlichen, die sich selbstverletzen und der Jugendlichen, die sich nicht selbstverletzen, miteinander verglichen. Hierbei zeigten sich erwartungsgemäß signifikant höhere Mittelwerte bei selbstverletzenden Jugendlichen in den Skalen "Emotionale Probleme" ( $p=0.001$ ), "Verhaltensprobleme" ( $p=0.028$ ) und "Gesamtproblemwert" ( $p=0.001$ ) mit mittleren Effektstärken für die Skalen "Emotionale Probleme" und "Gesamtproblemwert" und einer kleinen Effektstärke für die Skala "Verhaltensprobleme". Die erhöhten Werte der Skala "Emotionale Probleme" bei selbstverletzenden Jugendlichen lassen sich mit den Ergebnissen des DAPP-BQ in Einklang bringen und bestätigen erneut den aktuellen Forschungsstand bezüglich emotionaler Dysregulation bei selbstverletzenden Jugendlichen. Für die Skalen "Hyperaktivität", "Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen" und "Prosoziales Verhalten" konnten keine Unterschiede zwischen den zwei Gruppen festgestellt werden.

Im Geschlechtervergleich der Gesamtstichprobe zeigten sich signifikant höhere Werte bei weiblichen Jugendlichen in den Skalen "Emotionale Probleme" ( $p=0.001$ ) (mit mittlerer Effektstärke) und "Gesamtproblemwert" ( $p=0.006$ ) (mit kleiner Effektstärke) als bei männlichen Jugendlichen. Auch dieses Ergebnis passt zu den im DAPP-BQ ermittelten höheren Werten der

emotionalen Dysregulation bei den weiblichen Jugendlichen der Gesamtstichprobe und lässt sich mit Aussagen ähnlicher Studien vereinbaren [2, 102].

Im geschlechtergetrennten Vergleich der Subgruppe selbstverletzender Jugendlicher konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensstärken festgestellt werden. Die bereits in den Merkmalen Suizidalität und emotionale Dysregulation verdeutlichte Analogie zwischen den Geschlechtern in der Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen, bei definitiven geschlechterspezifischen Unterschieden in der Gruppe der nicht selbstverletzenden Jugendlichen, konnte erneut festgestellt werden.

## **5.5 Einschränkungen**

An dieser Stelle soll eine kritische Betrachtung der Methodik der vorliegenden Studie erfolgen und mögliche Schwachpunkte dargestellt werden.

Jegliche der für die vorliegende Studie verwendeten Messinstrumente sind Selbstbeurteilungsfragebögen, was als Schwachpunkt der Studie angesehen werden kann. Zwar ist bekannt, dass Studien mit völlig anonymem Selbsturteil die zuverlässigsten Prävalenzangaben zu Selbstverletzungen liefern [97], Untersuchungen zufolge ist aber auch davon auszugehen, dass die Fähigkeit eines adäquaten Selbsturteils mit steigender Psychopathologie abnimmt [39, 114, 45]. In diesem Zusammenhang ist auch die hohe Anzahl an Items der vier Fragebögen als kritisch zu betrachten. Jugendliche, die nicht die ausreichende Konzentration oder Geduld aufbringen konnten, beantworteten die Fragen lückenhaft oder verweigerten die Teilnahme an der Studie. Selektionseffekte, bei welchen besonders Jugendliche mit sehr schwerer Psychopathologie nicht erfasst wurden, können also nicht ausgeschlossen werden.

Hier wäre es sinnvoll gewesen auch Fremdbeurteilungsbögen hinzuzuziehen, um die subjektiven Selbstbeurteilungen mit weiteren Informationen abzusichern und zu objektivieren.

Bei der Nutzung von Fremdbeurteilungsinstrumenten gilt allerdings zu beachten, dass viele Jugendliche selbstverletzendes Verhalten auch gegenüber engen Bezugspersonen verheimlichen und dieses somit unbemerkt bleiben

kann [97]. In zukünftigen Studien sollten Fremdbeurteilungsinstrumente daher in jedem Fall nur zusätzlich und nicht als Alternative zu Selbstbeurteilungsinstrumenten verwendet werden.

Grundsätzlich stellt der uneinheitliche Gebrauch verschiedener psychometrischer Instrumente zur Erfassung selbstverletzenden Verhaltens in der aktuellen Literatur und Forschung ein großes Problem dar. Obschon in vorliegender Untersuchung darauf geachtet wurde etablierte und weit verbreitete Fragebögen zu verwenden, ist durch die nationale und internationale Vielzahl unterschiedlicher Messverfahren, Definitionen und Interpretationsmöglichkeiten die Vergleichbarkeit dieser Studie mit anderen Forschungsergebnissen als eingeschränkt zu betrachten.

In Bezug auf die Fragestellung kann auch das rein klinische Setting als limitierend aufgefasst werden. Klinische Inanspruchnahmepopulationen sind bezüglich selbstverletzendem Verhalten zwar wenig untersucht und sollten auch in Zukunft vermehrt in Studien aufgenommen werden. Doch da insbesondere die Anzahl der männlichen selbstverletzenden Jugendlichen im klinischen Setting als gering zu werten ist (in vorliegender Studie  $n=24$  männliche selbstverletzende Jugendliche), sind für den Geschlechtervergleich vor allen Dingen Studien in der Allgemeinbevölkerung notwendig.

Bekräftigt wird dies durch die Tatsache, dass sich viele selbstverletzende Jugendliche nicht als psychisch auffällig betrachten und nur ein geringer Teil der betroffenen Jugendlichen professionelle Hilfe aufsucht oder in therapeutischen Beziehungen gehalten werden kann [43, 31, 35, 9].

Sinnvoll wäre hier eine Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung gewesen, um mehr männliche Jugendliche zu detektieren. Zusätzlich wäre auf diese Weise auch ein Vergleich zwischen Jugendlichen, welche sich "moderat" selbst verletzen und keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und selbstverletzenden Jugendlichen mit schwerwiegender Psychopathologie möglich gewesen. Eine solche Untersuchung hätte allerdings den Rahmen der vorliegenden Studie gesprengt. Schlussfolgerungen dieser Untersuchung lassen sich somit nur auf ähnliche klinische Inanspruchnahmepopulationen und keinesfalls auf die Allgemeinbevölkerung übertragen.

## 5.6 Fazit und Implikationen für zukünftige Forschung

In den letzten Jahren intensivierte sich die Forschung zum Thema selbstverletzendes Verhalten sowohl international als auch in Deutschland enorm. Die Vielzahl an vor allem epidemiologischen Studien darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass noch immer ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Erschwerend kommt hinzu, dass bis dato ein sehr uneinheitlicher Gebrauch von psychometrischen Instrumenten bezüglich der Erfassung von Selbstverletzung erfolgt. Die Vergleichbarkeit der Studien untereinander wird dadurch stark beeinträchtigt.

Die Ergebnisse der deskriptiven statistischen Analysen der zugrunde liegenden Untersuchung replizieren Befunde anderer deutschsprachiger und internationaler Studien, welche mit ähnlicher Methodik durchgeführt wurden und lassen sich in vielen Aspekten gut mit Übersichtsarbeiten zu selbstverletzendem Verhalten in Einklang bringen.

Die zentrale Thematik der vorliegenden Arbeit, der Geschlechtervergleich bei selbstverletzenden Jugendlichen, ist in der deutschen Literatur nahezu gänzlich vernachlässigt worden. Auch international lassen sich bislang nur wenige Studien finden, die sich mit diesem Sachverhalt auseinandersetzen. Dabei ist eine deutliche Zunahme des selbstverletzenden Verhaltens unter männlichen Jugendlichen nachzuweisen [28, 113].

Die international bereits beschriebenen Analogien in Methodenwahl und Motivation selbstverletzenden Verhaltens zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen zeigte sich auch in der vorliegenden Arbeit. Die Annahme, dass es diesbezüglich zu einem Angleichen zwischen den Geschlechtern kommt [113], kann somit gestützt werden.

Zusätzlich wurden, als neue Beobachtung große Übereinstimmungen in den Merkmalen Suizidalität, emotionale Dysregulation, Persönlichkeitsdimensionen und Verhaltensauffälligkeiten unter weiblichen und männlichen selbstverletzenden Jugendlichen festgestellt. Die Tatsache, dass es in den genannten Merkmalen unter nicht selbstverletzenden Jugendlichen signifikante Unter-

schiede im Geschlechtervergleich gab, gilt es hierbei besonders hervorzuheben.

Die Ergebnisse können in Zusammenhang mit Veränderungen der Geschlechterrollen innerhalb der Gesellschaft gebracht werden, welche sich auch auf psychopathologische Phänomene auszuwirken scheinen [113].

Es gilt in zukünftigen Studien geschlechterspezifische Veränderungen in der Gesellschaft zu beobachten und in Überlegungen zu Entstehungsmechanismen psychischer Erkrankungen aufzunehmen. Eine "Verweiblichung" der Männerrolle innerhalb der Gesellschaft könnte sich durchaus auch auf psychopathologisches Verhalten Jugendlicher niederschlagen und sollte in naher Zukunft mehr Raum in der Forschung einnehmen.

Da in der vorliegenden Studie eine rein klinische Stichprobe untersucht wurde, war kein Vergleich zur Allgemeinbevölkerung möglich. Die Ergebnisse sind somit nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragbar. Sie verdeutlichen allerdings die enorme Wichtigkeit, die Gruppe männlicher Jugendlicher vermehrt in den Fokus der Forschung zu nehmen und Selbstverletzung nicht mehr als rein weibliches Problem zu postulieren. Obwohl die Untersuchung klinischer Inanspruchnahmepopulationen bezüglich Selbstverletzung von großer Bedeutung ist, sollte der Geschlechtervergleich zukünftig vor allem an der Allgemeinbevölkerung untersucht werden, da insbesondere männliche selbstverletzende Jugendliche eine Hilfesuche unterlassen [35, 97, 113, 125].

Wünschenswert wäre es, die durch diese Studie aufgeworfenen Fragen in zukünftigen Untersuchungen zu klären. Handelt es sich bei männlichen selbstverletzenden Jugendlichen um eine stark suizidgefährdete Gruppe, die zu schweren Suizidversuchen neigt oder agiert diese Gruppe eher "weiblich" durch häufige, weniger schwere Suizidversuche? Lassen sich auch in der Allgemeinbevölkerung starke Ähnlichkeiten im Geschlechtervergleich selbstverletzender Jugendlicher finden?

Des Weiteren sollten die Ergebnisse vorliegender Untersuchung, unter anderem zu emotionaler Dysregulation und Persönlichkeitsmerkmalen, durch weitere Studien bekräftigt werden. Es konnte in der zugrunde liegenden Studie

gezeigt werden, dass besonders der emotionalen Dysregulation eine große Bedeutung bei selbstverletzendem Verhalten zuteilwird. Wenn sich dieser klare Zusammenhang auch in weiteren Studien nachweisen ließe, könnten gestörte emotionale Regulationsprozesse beispielsweise als wichtiger Risikofaktor zur Detektion und präventiven Diagnostik selbstverletzenden Verhaltens herangezogen werden.

In Zukunft gilt es nicht die Gesamtgruppe "selbstverletzende Jugendliche" zu betrachten, sondern vermehrt Subgruppen im Detail zu fokussieren: "moderat" Selbstverletzende versus "schwer" Selbstverletzende, Selbstverletzende in klinischen Inanspruchnahmepopulationen versus Selbstverletzende in der Allgemeinbevölkerung, weibliche Selbstverletzende versus männliche Selbstverletzende.

Geschlechterspezifische Studien im deutschsprachigen Raum bezüglich Selbstverletzung sind dringend erforderlich, um auch der immer mehr an Bedeutung gewinnenden Gruppe männlicher Selbstverletzender gerecht zu werden. Die aber wohl wichtigste notwendige Veränderung in der zukünftigen Forschungsarbeit zu selbstverletzendem Verhalten, ist die Vereinheitlichung der Messinstrumente und Definitionen zu selbstverletzendem Verhalten. Die neu aufgenommenen Kriterien zu Nicht-suizidaler Selbstverletzung im Klassifikationssystem DSM-5 könnten hier als Fundament dienen.

## 6 Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren konnte eine Zunahme selbstverletzenden Verhaltens unter Jugendlichen festgestellt werden. In nationaler und internationaler Forschung wurde die Wichtigkeit des Phänomens erkannt und vor allem in epidemiologischen Studien untersucht.

Studien, in welchen der Geschlechtervergleich bezüglich Selbstverletzung thematisiert wird, liegen in Deutschland bis dato nicht vor und werden auch international nur langsam in den Fokus genommen. Die Tatsache, dass selbstverletzendes Verhalten auch zunehmend unter männlichen Jugendlichen zu beobachten ist, macht eine genaue Betrachtung dieser Subgruppe erforderlich.

Im Rahmen einer multizentrisch angelegten Studie zu selbstverletzendem Verhalten wurden im Jahr 2010 in vier Studienzentren (Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln, der Kliniken der Stadt Köln, des UniversitätsKlinikums Heidelberg und der LVR-Klinik Bedburg-Hau) Jugendliche in stationärer Behandlung im Alter zwischen 12 und 18 Jahren untersucht. Auf Basis der in den beiden Kölner Studienzentren über einen Zeitraum von sechs Monaten erfassten Daten, erfolgten die Berechnungen für die vorliegende Arbeit. Die Untersuchung wurde mit Hilfe einer statistischen Analyse von vier international etablierten, standardisierten Fragebögen (Functional Assessment of Self-mutilation, Dimensional Assessment of Personality Pathology, Paykel Suicid scale, Strength and Difficulties Questionnaire) und zusätzlich erhobenen Basisdaten durchgeführt.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand der Untersuchung einer klinischen Stichprobe von 183 Jugendlichen, bestimmte Aspekte selbstverletzenden Verhaltens im Geschlechtervergleich zu beleuchten. Neben der Methodenwahl und Motivation der Selbstverletzung, sollten vor allem Suizidalität, Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Dysregulation zwischen weiblichen und männlichen selbstverletzenden Jugendlichen verglichen werden. Dazu sollte zunächst die Frage geklärt werden, ob es einen deutlichen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen

innerhalb der Gesamtstichprobe, die besagten Merkmale betreffend, gibt. Auf diese Weise konnte zusätzlich eine Gegenüberstellung zwischen selbstverletzenden und nicht selbstverletzenden Jugendlichen erfolgen.

Die Auswertung der Daten zeigt, dass es zwischen weiblichen und männlichen selbstverletzenden Jugendlichen in Methodenwahl und Motivation nur sehr geringe Unterschiede gibt. Dies steht im Kontrast zu der Erwartung, dass männliche Jugendliche vermehrt zu externalisierendem Verhalten neigen. Auch bezüglich Suizidalität, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionaler Dysregulation sind zwischen den Geschlechtern kaum Unterschiede bei selbstverletzenden Jugendlichen auszumachen.

Auffallend ist, dass solche Analogien bei nicht selbstverletzenden Jugendlichen zwischen den Geschlechtern nicht festzustellen sind. Im Gegenteil, für diese Gruppe liegen signifikante geschlechterspezifische Unterschiede vor, bei welchen zumeist höhere pathologische Werte für weibliche Jugendliche gezeigt werden können.

Des Weiteren zeigt sich im Vergleich zu nicht selbstverletzenden Jugendlichen eine signifikant höhere emotionale Dysregulation bei selbstverletzenden Jugendlichen. Schlussfolgernd kann emotionale Dysregulation als wichtiger Prädiktor für selbstverletzendes Verhalten angesehen werden.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für große Übereinstimmungen in den untersuchten Aspekten selbstverletzenden Verhaltens zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen. Es kann die Vermutung zugelassen werden, dass es unter selbstverletzenden Jugendlichen in vielen Verhaltensweisen zu einem Angleichen der Geschlechter kommt. Dies könnte möglicherweise auf die sich verändernden Geschlechterrollen innerhalb der Gesellschaft zurückgeführt werden. Es wäre wünschenswert diese Thematik in zukünftigen Forschungsarbeiten aufzugreifen. In diesem Zusammenhang wäre der Vergleich zu populationsbasierten Studien, welche selbstverletzendes Verhalten im Geschlechtervergleich erforschen, sinnvoll.

Es gilt zu beachten, dass sich die gewonnenen Ergebnisse dieser Studie, aufgrund der klinischen Stichprobe, nicht auf die Allgemeinbevölkerung

übertragen lassen. Die vergleichsweise kleine Gruppe männlicher selbstverletzender Jugendlicher innerhalb der Gesamtstichprobe (n=24) wirkt sich limitierend auf die Studie aus. Für die Zukunft ist die nähere Erforschung der Gruppe männlicher selbstverletzender Jugendlicher wünschenswert. Auch Längsschnittstudien wären zur Untersuchung einer geschlechterspezifischen Entwicklung selbstverletzenden Verhaltens sinnvoll.

## 7 Literaturverzeichnis

1. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L (2011) Emotionaldysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* 39(3):389–400.
2. Alsaker FD, Bütikofer A (2005) Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 14(3):169–180.
3. Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A (2013) Predictors of Onset for Non-suicidal Self-injury Within a School-Based Sample of Adolescents. *Prev Sci*. <http://link.springer.com/article/10.1007/s11121-013-0412-8/fulltext.html> (Zuletzt abgerufen am 20.09.2013)
4. Aster Sv, Quaschner K, Remschmidt H (2008) *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung ; 177 Tabellen, 5th. Aufl.* Thieme, Stuttgart.
5. Backenstrass M, Pfeiffer N, Marin A (2012) Emotionale Dysregulation bei affektiven Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60(3):195–204.
6. Balter L, Tamis-LeMonda CS (2006) *Child psychology. A handbook of contemporary issues, 2nd. Aufl.* Psychology Press, New York, NY.
7. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JRZ (2012) Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics* 130(1):39–45.
8. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A (2004) Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 Suppl 2:II17-24.
9. Berger E, Hasking P, Martin G (2013) 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence* 36(5):935–945.
10. Bohus M, Buchheim P, Doering S., Herpertz SC, Kapfhammer HP, Linden M, Müller-Isberner R, Renneberg B, Saß H, Schmitz B, Schweiger U, Resch F, Tress W (2009) *S2 - Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen.* Steinkopff, Heidelberg
11. Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, Lieb K (2000) Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res* 95(3):251–260.

12. Böker H, Petermann F (2012) Emotionale Dysregulation – Schnittstelle von Psychotherapie und Neurobiologie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60(3):161–163.
13. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM (2002) Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 111(1):198–202.
14. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161(7):641–649.
15. Brunner R, Resch F (2002) Selbstverletzendes Verhalten bei jugendpsychiatrischen Patienten. Psychodynamische und neurobiologische Aspekte. In: Frank R (Hrsg) *Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen*. Hans Marseille, München, S 101–110.
16. Brunner R, Schmahl C (2012) Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Kindheit und Entwicklung* 21(1):5–15.
17. Bürli M, Schmid M, In-Albon T (2013) Emotionsregulation und zwischenmenschliche Beziehungen bei Jugendlichen mit NSSV. Emotionserkennung und Emotionsausdruck. *Nervenheilkunde* 2013 (1-2):24–29.
18. Butler AM, Malone K (2013) Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry* 202(5):324–325.
19. Canetto SS (2004) Bedeutung von Geschlecht und suizidalem Verhalten während der Adoleszenz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2004(14):79–82
20. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T (2005) Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide Life Threat Behav* 35(4):388–399.
21. Claes L, Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W (2012) The scars of the inner critic: perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 20(3):196–202.
22. Claes L, Vandereycken W (2007) Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry* 48(2):137–144.
23. Cole PM, Martin SE, Dennis TA (2004) Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev* 75(2):317–333.
24. Ebner-Priemer UW, Welch SS, Grossman P, Reisch T, Linehan MM, Bohus M (2007) Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 150(3):265–275.
25. Eisenberg N, Morris AS (2002) Children's emotion-related regulation. *Adv Child Dev Behav* 30:189–229.

26. Favazza AR (1989) Abstracts and Reviews. 1. General and Theoretical Issues: Normal and Deviant Self-Mutilation. *Transcultural Psychiatry* 26(2):113–127.
27. Favazza AR (1998) The coming of age of self-mutilation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186(5):259–268.
28. Fegert JM (2013) Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. *Nervenheilkunde* 2013(1-2):3–4.
29. Fischer G, Brunner R, Parzer P, Klug K, Durkee T, Carli V, Wasserman D, Vonderlin E, Resch F, Kaess M (2012) Depressivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit riskanter und pathologischer Internetnutzung (Depression, deliberate self-harm and suicidal behaviour in adolescents engaging in risky and pathological internet use). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 61(1):16–31.
30. Fleischer M, Herpertz S (2009) Phänomenologie und Epidemiologie selbstverletzenden Verhaltens. In: Schmahl C, Stiglmayer C (Hrsg) *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 15–28.
31. Fortune S, Sinclair J, Hawton K (2008) Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health* 8(1):369.
32. Frey M, Ceumern-Lindensterjerna I von (2008). In: Brunner R (Hrsg) *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie ; mit 13 Tabellen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 50–63.
33. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol & Psychiat* 38(5):581–586.
34. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ (2008) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 69(4):533–545.
35. Groschwitz R.C., Plener PL (2013) Psychotherapie von nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten. *Nervenheilkunde*(32):30–36.
36. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J (2001) Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(9):1062–1069.
37. Haffner J, Roos J, Steen R, Parzer P, Klett M, Resch F (2006) Lebenssituation und Verhalten bei Jugendlichen der Klassenstufe 9: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, Rhein-Neckar-Kreis.
38. Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV (1995) The psychophysiology of self-mutilation. *J Abnorm Psychol* 104(3):471–489.

39. Handwerk ML, Friman PC, Larzelere R (2000) Comparing the DISC and the youth self-report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(7):807–808.
40. Hänslı N (1996) Automutilation. Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis, 1st. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern, Seattle.
41. Hasking P, Andrews T, Martin G (2013) The Role of Exposure to Self-Injury Among Peers in Predicting Later Self-Injury. *J Youth Adolesc.* <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-013-9931-7/fulltext.html> (Zuletzt abgerufen am 20.09.2013)
42. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J (2005) Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 35(1):50–62.
43. Hawton K, James A (2005) Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 330(7496):891–894.
44. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R (2002) Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 325(7374):1207–1211.
45. Hefti S, In-Albon T, Schmeck K, Schmid M (2013) Temperaments- und Charaktereigenschaften und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung an Schulen in Basel 2013(1-2):45–53.
46. Herpertz S (1995) Phänomenologie, Genese und Psychodynamik selbstverletzenden Verhaltens und psychotherapeutische Schlussfolgerungen. *Fundamenta Psychiatrica*(9):115–124.
47. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Psychotherapeutische Versorgung aus der Reihe "Gesundheitsberichterstattung des Bundes". Robert-Koch-Institut. [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_fid\\_anzeige?p\\_fid=11594&p\\_fund\\_typ=TAB&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gasts&p\\_aid=13640520&p\\_prot=2](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=11594&p_fund_typ=TAB&p_sprachkz=D&p_uid=gasts&p_aid=13640520&p_prot=2) (Zuletzt abgerufen am 14.09.2013).
48. Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B (2000) Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29(4):263–275.
49. Jacobson CM, Gould M (2007) The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 11(2):129–147.
50. Kaess M (2012) Selbstverletzendes Verhalten. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln, 1st. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel.
51. Kaess M, Brunner R (2013) Neurobiologie und Umweltfaktoren im Kontext der nicht suizidalen Selbstverletzung. *Nervenheilkunde* 2013:17–23.

52. Kirchner T, Ferrer L, Forns M, Zanini D (2011) Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Esp Psiquiatr* 39(4):226–235.
53. Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)--Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 52(7):491–502.
54. Klonsky ED (2007) The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 27(2):226–239.
55. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP (2008) Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry* 49(4):380–386.
56. Krischer MK, Pukrop R, Halstenberg A, Lehmkuhl G, Sevecke K (2012) Stabilität von Persönlichkeitspathologie bei jugendlichen Delinquenten. *Kindheit und Entwicklung* 21(3):151–160.
57. Krischer MK, Sevecke K, Lehmkuhl G, Pukrop R (2007) Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents. *J. Pers. Disord.* 21(6):675–689.
58. Kullik A, Petermann F (2012) Die Rolle der Emotionsdysregulation für die Genese von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60(3):165–175.
59. Kumar G, Pepe D, Steer RA (2004) Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J. Nerv. Ment. Dis.* 192(12):830–836.
60. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA (2005) Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *J Youth Adolescence* 34(5):447–457.
61. Levenkron S (1999, c1998) *Cutting. Understanding and overcoming self-mutilation.* W.W. Norton, New York.
62. Linehan MM (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, 5th. Aufl. *Diagnosis and treatment of mental disorders.* Guilford Press, New York, NY.
63. Livesley JW, Jackson DN (2009) *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire. Technical Manual*, 1.04th. Aufl. Sigma Assessment Systems, Inc., Canada.
64. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T (1997) Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine.
65. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML (2007) Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 37(8):1183–1192.

66. Ludwig K (2005) Sichtbare Seelenkratzer. Selbstverletzendes Verhalten als Ausdrucksmöglichkeit und Bewältigungsversuch innerpsychischer Konflikte in der weiblichen Adoleszenz, 1st. Aufl. Zentrum für Gender Studies und feministische Zukunftsforschung, Marburg.
67. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, Patton GC (2012) The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 379(9812):236–243.
68. Muehlenkamp JJ (2005) Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry* 75(2):324–333.
69. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL (2012) International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6(1):10.
70. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M (2010) Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198(4):258–263.
71. Niedtfeld I, Schmahl C (2012) Emotionale Dysregulation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60(3):185–193.
72. Nitkowski D, Petermann F (2009) Verhaltensdiagnostik selbstverletzenden Verhaltens. *Nervenheilkunde*. *Nervenheilkunde*(28):227–231.
73. Nitkowski D, Petermann F (2010) Selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche: Fundierung der Differenzialdiagnostik. *Fortschr Neurol Psychiatr* 78(01):9–17.
74. Nitkowski D, Petermann F (2011) Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. *Fortschr Neurol Psychiatr* 79(01):9–20.
75. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S (2002) Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(11):1333–1341.
76. Nixon MK, Heath NL (2009) *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention.* Routledge, New York.
77. Nock M (2009) *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, assessment, and treatment,* 1st. Aufl. American Psychological Association, Washington, D.C.
78. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 144(1):65–72.
79. Nock MK, Prinstein MJ (2004) A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 72(5):885–890.

80. Nock MK, Prinstein MJ (2005) Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* 114(1):140–146.
81. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K (2008) Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry* 194(1):68–72.
82. PL Plener, Libal G, Fegert JM, Kölch MG (2013) Psychopharmakologische Behandlung von nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten. *Nervenheilkunde* 2013(1-2):38–41.
83. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J (1974) Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study. *The British Journal of Psychiatry* 124(5):460–469.
84. Petermann F, Achtergarde S. (2009) Selbstverletzendes Verhalten im Kindes und Jugendalter. In: Schmahl C, Stiglmayer C (Hrsg) *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 133–145.
85. Petermann F, Kullik A (2011) Frühe Emotionsdysregulation: Ein Indikator für psychische Störungen im Kindesalter? *Kindheit und Entwicklung* 20(3):186–196.
86. Petermann F, Nitkowski D (2008) Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf. *Nervenarzt* 79(9):1017–1022.
87. Petermann F, Nitkowski D (2011) Selbstverletzendes Verhalten: Merkmale, Diagnostik und Risikofaktoren. *Psychother Psych Med* 61(01):6–15.
88. Petermann F, Winkel S (2009) *Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*, 2nd. Aufl. Hogrefe, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Mass, Amsterdam, Kopenhagen.
89. Plener PL, Brunner R, Resch F, Fegert J, Libal G (2010) Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*(38):77–89.
90. Plener PL, Fegert JM, Freyberger HJ (2012) Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) und Suizidalität in der Adoleszenz. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60(1): 27-34.
91. Plener PL, Libal G, Keller FFJ, Muehlenkamp JJ (2009) An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*(39):1549–1558.
92. Plener PL, Kaess M, Bonenberger M, Blaumer D, Spröber N (2012) Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext. *Kindheit und Entwicklung* 21(1):16–22.

93. Plener PL, Kapusta ND, Brunner R, Kaess M (2013) Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (SVS) im DSM-5. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, in Druck.
94. Plener PL, Kapusta ND, Kölch MG, Kaess M, Brunner R (2012) Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 40(2):113-120.
95. Priebe K, Dyer A., Schmahl C., Stiglmayr C. (2009) Posttraumatische Belastungsstörung und dissoziative Störungen. In: Schmahl C, Stiglmayer C (Hrsg) Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 106–121.
96. Pukrop R, Steinbring I, Gentil I, Schulte C, Larstone R, Livesley JW (2009) Clinical Validity of the “Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)” for Psychiatric Patients With and Without a Personality Disorder Diagnosis. Journal of Personality Disorders 23(6):572–586.
97. Rauber R, Hefti S, In-Albon T, Schmid M (2012) Wie psychisch belastet fühlen sich Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? Kindheit und Entwicklung 21(1):23–39.
98. Remschmidt H (Hrsg) (2012) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV, 6th. Aufl. Huber, Bern.
99. Resch F (1998) Hilft Selbstverletzung dem verletzten Selbst? Zur Klinik und Psychodynamik der Automutilation bei Jugendlichen. Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie(29):71–85.
100. Resch F (2001) Der Körper als Instrument zur Bewältigung seelischer Krisen. Deutsches Ärzteblatt(98):2226–2271.
101. Ross S, Heath N (2002) A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. Journal of Youth and Adolescence 2002(31):67–77.
102. Salbach-Andrae H, Lenz K, Klinkowski N, Pfeiffer E, Lehmkuhl U (2007) Selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 55(3):185–193.
103. Schmahl C, Greffrath W, Baumgärtner U, Schlereth T, Magerl W, Philipsen A, Lieb K, Bohus M, Treede R (2004) Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. Pain 110(1-2):470–479.
104. Schmeck K, Schlüter-Müller S (2009) Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Springer, Heidelberg.

105. Schneider A (2004) "... damit ich mich spüre ...". Zur Symptomen- und Symptomspezifität selbstverletzenden Verhaltens : theoretische Reflexionen und eine empirische Studie zu Selbstverletzung und Piercing. Logos-Verl, Berlin.
106. Sher L, Stanley B (2009) Biological models of nonsuicidal self-injury. In: Nock MK (Hrsg) Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, assessment, and treatment, 1st. Aufl. American Psychological Association, Washington, D.C. S 99–116.
107. Simeon DFA (2001) Self-injurious behaviours: Phenomenology and assessment. In: Simeon D, Hollander E (Hrsg) Self-injurious behaviors. Assessment and treatment. American Psychiatric Press, Washington, D.C, S 1–28.
108. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ (2002) The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol. Psychiatry* 51(12):936–950.
109. Smith NB, Kouros CD, Meuret AE (2013) The Role of Trauma Symptoms in Nonsuicidal Self-Injury. *Trauma Violence Abuse*. <http://tva.sagepub.com/content/early/2013/07/18/1524838013496332>. long (Zuletzt abgerufen am 16.09.2013).
110. Tantom D, Whittaker J (1992) Personality disorder and self-wounding. *Br J Psychiatry* 161:451–464.
111. Tromp NB, Koot HM (2008) Dimensions of Personality Pathology in Adolescents: Psychometric Properties of the DAPP-BQ-A. *Journal of Personality Disorders* 22(6):623–638.
112. Valerius G, Schmahl C (2008) Neurobiologie der Borderline-Störung. In: Brunner R (Hrsg) Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie ; mit 13 Tabellen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 11–66.
113. van Camp I, Desmet M, Verhaeghe P (2011) Gender Differences in Non-Suicidal Self-Injury: Are They on the Verge of Leveling Off? In: Chen D (Hrsg) Behavioral, Cognitive and Psychological Sciences. Selected, peer reviewed papers from the 2011 International Conference on Behavioral, Cognitive and Psychological Sciences (BCPS 2011), November 25-26 2011, Maldives, Bd. 23. IACSIT Press, Singapore, S 28–34.
114. van der Ende J, Verhulst FC (2005) Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14(3):117–126.
115. Victor SE, Klonsky ED (2013) Daily Emotion in Non-Suicidal Self-Injury *J. Clin. Psychol.* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22037/pdf> (Zuletzt abgerufen am 16.09.2013)
116. Walsh BW (2008) Treating self-injury. A practical guide. Guilford publications, New York.

117. Wedig MM, Nock MK (2007) Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(9):1171–1178.
118. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D (2006) Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 117(6):1939–1948.
119. Whitlock J, Knox KL (2007) The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161(7):634–640.
120. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P, Kress V (2013) Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health* 52(4):486–492.
121. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE (2012) Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol. Med.* 42(04):717–726.
122. Wilkinson P, Goodyer I (2011) Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20(2):103–108.
123. Yates TM (2004) The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev* 24(1):35–74.
124. You J, Lin MP, Fu K, Leung F (2013) The Best Friend and Friendship Group Influence on Adolescent Nonsuicidal Self-injury. *J Abnorm Child Psychol* 41(6):993–1004.
125. Young R, van Beinum M, Sweeting H, West P (2007) Young people who self-harm. *The British Journal of Psychiatry* 191(1):44–49.
126. Youthinmind, (2012): SDQ - Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=German> (Zuletzt abgerufen am 17.09.2013)
127. Zanarini MC, Hörz S, Frankenburg FR, Weingeroff J, Reich DB, Fitzmaurice G (2011) The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124(5):349–356.

## 8 Anhang

### 8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Terminologie selbstverletzenden Verhaltens nach Hänsli (1996).....	14
Abbildung 2: Beschulungsform zum Zeitpunkt der Datenerhebung.....	38
Abbildung 3: Verteilung der Staatsangehörigkeiten.....	39
Abbildung 4: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 .....	40
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung verschiedener Selbstverletzungsmethoden.....	60
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung unterschiedlicher Motivation zur Selbstverletzung .....	62
Abbildung 7: Nachdenken vor der Selbstverletzungshandlung .....	63
Abbildung 8: Schmerzempfindung während der Selbstverletzung .....	64
Abbildung 9: Diagnoseverteilung innerhalb der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher nach ICD-10 .....	65
Abbildung 10: Suizidalität im Geschlechtervergleich - Gesamtstichprobe.....	67
Abbildung 11: Suizidalität im Geschlechtervergleich - selbstverletzende Jugendliche.....	68
Abbildung 12: Mittelwertevergleich der Gesamtstichprobe mit den Normwerten für die Allgemeinbevölkerung und den Normwerten für klinische Gruppen.....	70
Abbildung 13: Mittelwertevergleich der weiblichen Jugendlichen.....	71
Abbildung 14: Mittelwertevergleich der männlichen Jugendlichen .....	71
Abbildung 15: "Auffällige" Jugendliche der Gesamtstichprobe im Geschlechtervergleich .....	72
Abbildung 16: "Auffällige" Jugendliche der Gruppe selbstverletzender Jugendlicher im Geschlechtervergleich .....	74

## 8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Englische Terminologie für selbstverletzendes Verhalten nach Hänsli (1996) [40] .....	14
Tabelle 2: Komorbiditäten selbstverletzenden Verhaltens aus Nitkowski und Petermann 2011 [74] .....	24
Tabelle 3: Diagnoseverteilung in deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrien Gesundheitsberichterstattung des Bundes [47] .....	31
Tabelle 4: Einteilung des selbstverletzenden Verhaltens nach Schweregrad .....	41
Tabelle 5: Die Skalen des FASM nach dem Vier-Skalen-Modell.....	42
Tabelle 6: 6 Stufen der Paykel Suizid Skala.....	43
Tabelle 7: Skalen und Subskalen der DAPP-BQ Kurzform .....	45
Tabelle 8: Einteilung der Skalen des SDQ. ....	49
Tabelle 9: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des FASM Vier-Skalen-Modells .....	54
Tabelle 10: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der Paykel Suizid Skala .....	55
Tabelle 11: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des DAPP-BQ .....	55
Tabelle 12: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des SDQ .....	56
Tabelle 13: Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens in der Stichprobe .....	58
Tabelle 14: Einteilung selbstverletzenden Verhaltens nach Schweregrad .....	58
Tabelle 15: Methoden zur Selbstverletzung im Geschlechtervergleich .....	59
Tabelle 16: Suizidalität innerhalb der Gesamtstichprobe (n=183) .....	66
Tabelle 17: Suizidalität bei selbstverletzenden Jugendlichen (n=107) .....	67
Tabelle 18: Ergebnisse der Auswertung des SDQ im Überblick - Gesamtstichprobe.....	73
Tabelle 19: Ergebnisse der Auswertung des SDQ im Überblick: selbstverletzende Jugendliche.....	75
Tabelle 20: Art des selbstverletzenden Verhaltens im Geschlechtervergleich, Ergebnisse des FASM (Mehrfachantworten möglich).....	76
Tabelle 21: Vergleich der Selbstverletzungsmethoden zwischen den Geschlechtern.....	77

Tabelle 22: Geschlechtervergleich unterschiedlicher Motivation für Selbstverletzung (Mehrfachantworten möglich) .....	79
Tabelle 23: Suizidalität im Geschlechtervergleich - Gesamtstichprobe .....	81
Tabelle 24: Suizidalität im Geschlechtervergleich - selbstverletzende Jugendliche.....	82
Tabelle 25: Überprüfung der Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) der Skala Emotionale Dysregulation .....	83
Tabelle 26: Überprüfung auf Normalverteilung des DAPP-BQ.....	83
Tabelle 27: Überprüfung der Normalverteilung Subskalen des SDQ .....	84
Tabelle 28: Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation zwischen selbstverletzenden und nicht selbstverletzenden Jugendlichen.....	85
Tabelle 29: Mittelwerte der Skala Emotionale Dysregulation der Gesamtstichprobe im Geschlechtervergleich.....	86
Tabelle 30: Mittelwertevergleich der Skala Emotionale Dysregulation selbstverletzender Jugendlicher im Geschlechtervergleich .....	87
Tabelle 31: Mittelwerte der Subskalen des DAPP-BQ im Geschlechtervergleich.....	88
Tabelle 32: Mittelwerte der Subskalen des DAPP-BQ selbstverletzender Jugendlicher im Geschlechtervergleich .....	89
Tabelle 33: Mittelwertevergleich der Skalen des SDQ selbstverletzender und nicht selbstverletzender Jugendlicher .....	90
Tabelle 34: Mittelwerte der Skalen des SDQ im Geschlechtervergleich.....	91
Tabelle 35: Mittelwerte selbstverletzender Jugendlicher der Skalen des SDQ im Geschlechtervergleich .....	92

### 8.3 Fragebögen

# Basisdaten

ID:

Datum:    .   .

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:    .    .

## ICD 10 Diagnostik:

### Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom (ICD-10, 5-stellig):

.      .      .      .

### Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10, 5-stellig):

.      .      .

### Achse III - Intelligenzniveau:

IQ:

Verfahren:  HAWIK IV  HAWIK III  HAWIE  PSB  KABC  Anderes

Welches andere Verfahren?

### Achse IV - Körperliche Symptomatik (ICD-10, 5-stellig):

.      .      .

Frühere Behandlungen: stationär:  Ja  Nein

ambulant:  Ja  Nein

**1. Geschlecht:**

- Männlich
- Weiblich

**3. Untersuchungs-/ Behandlungsform:**

- teilstationär
- stationär

**4. Datum der Aufnahme:**

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**5. Behandlungsdauer (d):**

--	--	--

**Proband wohnt bei ...**

**6. Mutter / Ersatzmutter:**

- leiblicher Mutter     Großmutter
- Stiefmutter         Verwandter
- Adoptivmutter     keiner Mutter
- Pflegemutter       unbekannt

**2. Staatsangehörigkeit:**

- Deutschland     sonstiges europ. Ausland
- Österreich       Afrikanische Staaten
- Schweiz          Nordamerika
- Italien           Mittel- und Südamerika
- Spanien          Asiatische Staaten
- Griechenland    sonstige Staaten
- Türkei

**7. Vater / Ersatzvater:**

- leiblichem Vater     Großvater
- Stiefvater          Verwandtem
- Adoptivvater       keinem Vater
- Pflegevater        unbekannt

**8. Andere, nicht unter 6 / 7 erfasste Wohnsituation:**

- trifft nicht zu
- stationäre Jugendhilfe
- Reha- / Therapieeinrichtung
- wohnt allein
- in Ehe / mit Partner / Wohngemeinschaft
- Notunterkunft (z. B. Frauenhaus)
- kein fester Wohnsitz
- unbekannt

**Schule**

**9. Einschulung:**

- zeitgerecht
- vorzeitig
- zurückgestellt
- unbekannt

**10. Schulbesuch:**

- regelrecht
- einmal wiederholt
- mehrmals wiederholt
- umgeschult
- Wiederholung und Umschulung
- Abbruch
- unbekannt

**11. Klasse Nr.:**

--	--

**12. Gegenwärtig besuchte Schule: - Gesamtschule sinngemäß einstufen**

- Schulkindergarten / Vorklasse
- Grundschule
- schulformunabhängige Orientierungsstufe / Förderschule
- Hauptschule
- Realschule
- Gymnasium
- Differenzierung schulbedingt nicht möglich (z. B. Waldorfschule)
- Schule für Lernhilfe / Lernbehinderte / Förderschule
- Schule für Praktisch Bildbare / Geistig Behinderte
- Schule für Erziehungshilfe / Verhaltensgestörte
- andere Sonderschulen
- Fach- / Berufsschule
- (Fach)hochschule / Universität
- ausgeschult
- aus anderen Gründen kein Schulbesuch
- unbekannt

**13. Schulabschluss: - den höchsten**

- trifft alters- / schulbedingt nicht zu
- kein Schulabschluss
- Sonderschule
- Hauptschule
- Realschule
- Abitur
- (Fach)hochschule / Universität
- unbekannt

**14. Gegenwärtige Berufs- / Erwerbstätigkeit:**

- noch nicht erwerbsfähig / erwerbsunfähig
- arbeitslos
- in Haft
- beschützende Werkstätte
- Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr
- Berufsausbildung / Berufstätig:
- unbekannt

**Familie**

**15. Leibliche Geschwister:**

Zahl der leiblichen Geschwister (99 unbekannt):

--	--

**16. Zwilling / Mehrling:**

- nein
- ja
- unbekannt

**17. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie:**

88 Kind lebt nicht in einer Familie  
99 unbekannt

--	--

**18. Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie:**

- Einzelkind
- ältestes Kind
- jüngstes Kind
- lebt nicht in einer Familie
- mittleres Kind
- unbekannt

# Fragebogen für Jugendliche

ID:

Datum:   .   .

**A. Hast Du innerhalb des vergangenen Jahres eine der unten angeführten Verhaltensweisen gemacht, um Dich absichtlich selbst zu verletzen (kreuze alle an, die zutreffen):**

	Nein	Ja	Wie oft?	Hast Du eine medizinische Behandlung erhalten?
1. Schneiden oder Ritzen der Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. sich selbst absichtlich Schlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
3. Haare ausreißen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
4. sich selbst tätowieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
5. eine Wunde aufkratzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
6. die Haut verbrennen (z. B. mit einer Zigarette, Streichholz oder anderem heißen Gegenstand)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
7. Gegenstände unter die Nägel oder in die Haut stecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
8. sich selbst beißen (z. B. in den Mund oder die Lippen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
9. an Teilen Deines Körpers zupfen, bis Blut kommt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
10. die Haut aufkratzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
11. die Haut aufschürfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
12. Anderes: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

**B. Falls nicht im vergangenen Jahr, hast du überhaupt SCHON EINMAL eine dieser Verhaltensweisen gemacht?**

- Ja
- Nein

**Wenn Du einmal "Ja" bei den Verhaltensweisen im vergangenen Jahr angekreuzt hast, dann beantworte bitte die folgenden Fragen.**

**Bei "Nein" gehe bitte gleich zu Frage J.**

**C. Als du dich selbst verletzt hast, wolltest du dich damit umbringen?**

- Ja
- Nein

**D. Wie lange hast Du über die oben stehenden Handlungen nachgedacht, bevor Du sie wirklich gemacht hast ?**

- gar nicht
- wenige Minuten
- weniger als 1 Stunde
- mehr als 1 Stunde aber weniger als 1 Tag
- mehr als 1 Tag aber weniger als eine Woche
- mehr als eine Woche

**E. Hast Du eine der oben stehenden Handlungen unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen gemacht ?**

- Ja
- Nein

**F. Hast Du Schmerzen während der Selbstverletzung gespürt?**

- starke Schmerzen
- mittelmäßige Schmerzen
- wenig Schmerzen
- keine Schmerzen

**G. Wie alt warst Du, als Du Dich das erste Mal auf diese Weise selbst verletzt hast ?**

--	--

 Jahre

**H. Hast Du Dich wegen irgendeiner der unten angeführten Gründe selbst verletzt?  
(kreuze alle Gründe an die zutreffen):**

Gründe:	Nie	Selten	Manchmal	Oft
1. um Schule, Arbeit oder andere Aktivitäten zu vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. um sich nicht "betäubt" oder leer zu fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. um Aufmerksamkeit zu bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. um etwas zu fühlen, auch wenn es Schmerz ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. um etwas Unangenehmes, was man nicht tun will, zu vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. um Kontrolle über eine Situation zu bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. um eine Reaktion von jemandem zu bekommen, auch wenn es eine negative Reaktion ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. um mehr Aufmerksamkeit von Deinen Eltern oder Freunden zu bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. um zu vermeiden unter Menschen zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. um Dich selbst zu bestrafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. damit andere Leute sich anders verhalten oder sich ändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. um wie jemand zu sein, den Du bewunderst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. um Strafen oder Konsequenzen zu vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. um schlechte Gefühle zu beenden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. um andere wissen zu lassen, wie verzweifelt Du bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. um zu einer Gruppe zu gehören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. um Deine Eltern dazu zu bringen Dich zu verstehen oder Dich zu beachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. um Dich zu beschäftigen, wenn Du alleine bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. um Dich zu beschäftigen, wenn Du mit anderen zusammen bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. um Hilfe zu bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. um andere wütend zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. um sich entspannt zu fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. andere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**I. Falls Du Dich schon einmal absichtlich selbst verletzt hast, hast Du Dich VOR der Handlung**

- wie eine Belastung für andere gefühlt?
  - von anderen Menschen abgetrennt oder isoliert gefühlt?
  - hoffnungslos gefühlt?
- 

**J. Hast Du je das Gefühl gehabt, dass Dein Leben nicht lebenswert ist ?**

- Ja
- Nein

**K. Hast Du Dir jemals gewünscht tot zu sein? z. B. dass Du schlafen gehst und nicht mehr aufwachst ?**

- Ja
- Nein

**L. Hast Du jemals daran gedacht Dir das Leben zu nehmen, auch wenn Du es nicht wirklich machen würdest?**

- Ja
- Nein

**M. Hast Du jemals den Punkt erreicht, an dem Du ernsthaft überlegt hast Dir das Leben zu nehmen, oder hast Du vielleicht Pläne gemacht, wie Du es tun könntest?**

- Ja
- Nein

**N. Hast Du jemals versucht Dir das Leben zu nehmen?**

- Ja
- Nein

Dieser Teil des Fragebogens enthält (171) Aussagen, wie man sie bei einer Beschreibung der eigenen Person vielleicht machen würde. Lies Dir bitte jede Aussage aufmerksam durch und überlege Dir, ob die Aussage auf Dich zutrifft oder nicht.

- 2: Du stimmst der Aussage auf keinen Fall zu oder Du meinst, dass die Aussage für Dich **völlig unzutreffend** ist.
- 1: Du stimmst der Aussage nicht zu oder Du meinst, dass die Aussage für Dich **unzutreffend** ist.
- 0: Die Aussage ist weder richtig noch falsch oder Du meinst, dass die Aussage für Dich **teils zutreffend** und **teils unzutreffend** ist.
- +1: Du stimmst der Aussage zu oder Du meinst, dass die Aussage auf Dich **zutrifft**.
- +2: Du stimmst der Aussage vollkommen zu oder Du meinst, dass die Aussage auf Dich **völlig zutrifft**.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten und Du musst nicht Experte/in sein, um diesen Fragebogen zu beantworten. Du erfüllst den Zweck der Befragung am besten dadurch, dass Du dich selbst so genau wie möglich beschreibst. Beurteile Dein Verhalten und Erleben bitte so, wie es in den letzten Jahren am ehesten für Dich zutraf – auch dann, wenn Du dich gegenwärtig in einer schwierigen seelischen Lage befindest.

Bitte lies Dir jede Aussage genau durch und kreuze als Antwort die Zahl an, die am besten Deiner Auffassung entspricht. Bitte beantworte die Aussage zügig, aber sorgfältig und halte Dich nicht zu lange an einzelnen Aussagen auf.

**Wichtiger Hinweis:** Es kann vorkommen, dass einige Fragen Verhaltensweisen oder Umstände beschreiben, die Dir völlig fremd sind. Bitte beantworte auch diese Fragen entsprechend.

[-2]	[-1]	[0]	[+1]	[+2]
völlig unzutreffend	unzutreffend	teils zutreffend/ teils unzutreffend	zutreffend	völlig zutreffend
				-2 -1 0 +1 +2
1. Wenn mich jemand unter Druck setzt, gebe ich normalerweise nach. ....				○...○...○...○...○
2. Ich habe öfter das Gefühl, als wäre ich gar nicht richtig da. ....				○...○...○...○...○
3. Egal, was ich tue, nichts stellt mich sehr zufrieden. ....				○...○...○...○...○
4. Mein Gefühlsleben ähnelt einer emotionalen Berg- und Talfahrt. ....				○...○...○...○...○
5. Normalerweise erledige ich Aufgaben ganz systematisch, Schritt für Schritt. ....				○...○...○...○...○
6. So richtig vergnügt bin ich nie. ....				○...○...○...○...○
7. Ich nehme mir so viele Dinge für einen Tag vor, dass ich oftmals gar nichts schaffe. ....				○...○...○...○...○
8. Ich kann mich sehr schuldig fühlen, selbst wegen unwichtiger Dinge. ....				○...○...○...○...○
9. In der Regel schließe ich mich den Vorschlägen anderer an. ....				○...○...○...○...○
10. Manchmal frage ich mich, ob die Dinge, die um mich passieren, nur eingebildet sind. ....				○...○...○...○...○
11. Ich weiß, dass Leute oftmals versuchen, mich zu hintergehen. ....				○...○...○...○...○
12. Ich zeige meine Gefühle sehr deutlich. ....				○...○...○...○...○
13. Ich habe manchmal das Gefühl, dass die Dinge um mich herum unwirklich sind. ....				○...○...○...○...○
14. Ich fühle mich unsicher, wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin. ....				○...○...○...○...○
15. Ich bin stets auf der Hut, was das Verhalten anderer angeht. ....				○...○...○...○...○
16. Ich weiß oft nicht, worüber ich mit anderen Leuten sprechen soll. ....				○...○...○...○...○
17. Mein Leben ist langweilig. ....				○...○...○...○...○
18. Ich achte auf Anzeichen, die mir bestätigen, dass mein Argwohn berechtigt ist. ....				○...○...○...○...○
19. Meinem Leben ein Ende zu setzen, erscheint mir manchmal als einziger Ausweg. ....				○...○...○...○...○
20. Ich verbringe die meiste Zeit allein. ....				○...○...○...○...○

	[-2]		[-1]		[0]		[+1]		[+2]		
	völlig unzutreffend		unzutreffend		teils zutreffend/ teils unzutreffend		zutreffend		völlig zutreffend		
	-2	-1	0	+1	+2						
21. Ich bin nur dann richtig zufrieden, wenn Leute bemerken, wie gut ich bin. ....	<input type="radio"/>										
22. Wenn Leute mir eine Gefälligkeit erweisen, frage ich mich häufig, was ihre wahren Beweggründe sind. ....	<input type="radio"/>										
23. Von anderen anerkannt zu werden, ist mir sehr wichtig. ....	<input type="radio"/>										
24. Manchmal kreisen alle meine Gedanken nur darum, wie schuldig ich mich fühle. ....	<input type="radio"/>										
25. Bei geselligen Anlässen, gehe ich anderen aus dem Weg. ....	<input type="radio"/>										
26. Ich hasse es, von einer geliebten Person getrennt zu sein, selbst wenn es sich nur um ein paar Tage handelt. ....	<input type="radio"/>										
27. Schon bei kleinen Problemen neige ich zu Überreaktionen. ....	<input type="radio"/>										
28. Ich passe mich den Wünschen anderer Leute an, selbst wenn es nicht dem entspricht, was ich möchte. ....	<input type="radio"/>										
29. Ich glaube, dass viele Leute nur darauf warten, mich zu täuschen. ....	<input type="radio"/>										
30. Für gewöhnlich endet eine Diskussion für mich damit, dass ich mit der anderen Person übereinstimme. ....	<input type="radio"/>										
31. Gewöhnlich bin ich der Letzte, der fertig ist, wenn ich mit anderen ausgehe. ....	<input type="radio"/>										
32. Wenn ich unter starkem Stress stehe, scheine ich für kurze Zeit den Kontakt zur Realität zu verlieren. ....	<input type="radio"/>										
33. Ich vermeide es, Dinge zu sagen, von denen ich denke, dass andere damit nicht übereinstimmen. ....	<input type="radio"/>										
34. Ich bin ein sehr schüchterner Mensch. ....	<input type="radio"/>										
35. Meine Empfindungen sind manchmal so stark, dass sie beinahe weh tun. ....	<input type="radio"/>										
36. Ich verliere leicht meine Beherrschung. ....	<input type="radio"/>										
37. Meist kommt es mir so vor, als würden mich meine Probleme zum Teil überwältigen. ....	<input type="radio"/>										
38. Ich fühle mich nur wirklich sicher, wenn eine mir besonders nahe stehende Person direkt in meiner Nähe ist. ....	<input type="radio"/>										
39. Immer dann, wenn ich verzweifelt bin, werden Selbstmordgedanken sehr verlockend für mich. ....	<input type="radio"/>										
40. Ich brauche wirklich die Gewissheit, dass Leute mich anerkennen. ....	<input type="radio"/>										
41. Mein Leben macht mir Spaß. ....	<input type="radio"/>										
42. Manchmal kann ich meine Gefühle nicht kontrollieren. ....	<input type="radio"/>										
43. Mein Denken gleicht einer defekten Schallplatte; ständig wiederholen sich die gleichen Sorgen. ....	<input type="radio"/>										
44. Ich habe die meiste Energie etwas zu tun, wenn ich zuvor von anderen bewundert wurde. ....	<input type="radio"/>										
45. Wenn es mir sehr schlecht geht, kommt es mir so vor, als ob ich Stimmen in meinem Kopf schreien hörte. ....	<input type="radio"/>										
46. Ich bin zu Besonderem berufen. ....	<input type="radio"/>										
47. Wenn ich sehr verzweifelt bin, kann ich nur noch daran denken mich selbst zu töten. ....	<input type="radio"/>										
48. Meine Stimmungen sind sehr unberechenbar. ....	<input type="radio"/>										
49. Wenn ich mit anderen zusammen bin, befürchte ich, links liegen gelassen oder abgelehnt zu werden. ....	<input type="radio"/>										
50. Ich versuche, andere Leute dazu zu bringen, für mich die Entscheidungen zu treffen. ....	<input type="radio"/>										
51. Es nimmt mich ziemlich mit, wenn die mir am nächsten stehende Person für ein paar Tage fort ist. ....	<input type="radio"/>										
52. Ich glaube, dass andere Menschen das Leben weit mehr genießen als ich. ....	<input type="radio"/>										

[-2] völlig unzutreffend	[-1] unzutreffend	[0] teils zutreffend/ teils unzutreffend	[+1] zutreffend	[+2] völlig zutreffend
				-2 -1 0 +1 +2
53. Wenn ich verängstigt bin, suche ich die Nähe der Person, der ich mich besonders zugehörig fühle. ....				○...○...○...○...○
54. Ich bin sehr ungeordnet und chaotisch. ....				○...○...○...○...○
55. Wenn sich die Dinge schlecht für mich entwickeln, scheint mir die einzige Antwort zu sein, meinem Leben ein Ende zu setzen. ....				○...○...○...○...○
56. Ich finde es schwierig Leuten in die Augen zu sehen, während ich spreche. ....				○...○...○...○...○
57. Arbeiten, die ich nicht mag, verrichte ich sehr langsam. ....				○...○...○...○...○
58. Ich bin sicher, dass jemand versucht, mir zu schaden. ....				○...○...○...○...○
59. Ich träume davon, dass man zu mir aufsieht und mich bewundert. ....				○...○...○...○...○
60. Wenn ich gezwungen bin zu warten, macht mich das wütend. ....				○...○...○...○...○
61. Manchmal finde ich es so schwierig, Entscheidungen zu treffen, dass ich gar nichts mache. ....				○...○...○...○...○
62. Ich brauche es, Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu sein. ....				○...○...○...○...○
63. Ich habe eine Überdosis Medikamente oder Drogen genommen, als es mir seelisch sehr schlecht ging. ....				○...○...○...○...○
64. Wenn Leute mich ärgern, verberge ich schnell meine Gefühle. ....				○...○...○...○...○
65. Ich schiebe unangenehme Arbeiten auf die lange Bank, in der Hoffnung, sie nicht mehr erledigen zu müssen. ....				○...○...○...○...○
66. Manchmal fühle ich mich über mehrere Tage hinweg verwirrt. ....				○...○...○...○...○
67. Es ist mir wichtig, von anderen Leuten beachtet zu werden. ....				○...○...○...○...○
68. Ich fühle mich am glücklichsten, wenn sich alle Blicke auf mich richten. ....				○...○...○...○...○
69. Ich verbringe viel Zeit damit, davon zu sprechen, wie viel Arbeit ich zu erledigen habe, ohne wirklich mit der Arbeit anzufangen. ....				○...○...○...○...○
70. Ich denke wieder und wieder über unwesentliche Vorkommnisse nach. ....				○...○...○...○...○
71. Ich habe einen Selbstmordversuch unternommen. ....				○...○...○...○...○
72. Ich fühle mich nur wirklich wohl, wenn ich jemanden habe, der mir Gesellschaft leistet. ....				○...○...○...○...○
73. Ich verbringe viel Zeit damit darüber nachzudenken, wie ich mich umbringen kann. ....				○...○...○...○...○
74. Ich ändere häufig meine Meinung. ....				○...○...○...○...○
75. Ich muss mir oft das eigentliche Thema eines Gesprächs ins Gedächtnis rufen, wenn ich mit anderen spreche. ....				○...○...○...○...○
76. Ich weiß, dass viele Leute nur darauf warten, mich hereinzulegen. ....				○...○...○...○...○
77. Ich brauche Menschen, die mir sagen, was ich tun soll. ....				○...○...○...○...○
78. Manchmal sagen mir Leute, dass sie mich als Person nicht verstehen können. ....				○...○...○...○...○
79. Ich rede nur mit Leuten, wenn ich unbedingt muss. ....				○...○...○...○...○
80. Ich fühle mich fast immer wegen irgend etwas schuldig. ....				○...○...○...○...○
81. Ich setze mir selten Ziele. ....				○...○...○...○...○
82. Ich zweifle an meiner eigenen Fähigkeit, das Richtige zu tun, ohne den Rat anderer Leute einzuholen. ....				○...○...○...○...○
83. Ich habe mir absichtlich Verletzungen zugefügt. ....				○...○...○...○...○
84. Ich fühle mich so, als wäre eine große Leere in mir. ....				○...○...○...○...○
85. Ich gehe oft Sachen aus dem Weg, die ich eigentlich erledigen sollte. ....				○...○...○...○...○
86. Meine schlimmste Befürchtung ist es, von jemand abgelehnt zu werden. ....				○...○...○...○...○
87. Der Gedanke, dass mich jemand nicht mag, beunruhigt mich sehr. ....				○...○...○...○...○

	[-2] völlig unzutreffend	[-1] unzutreffend	[0] teils zutreffend/ teils unzutreffend	[+1] zutreffend	[+2] völlig zutreffend				
					-2	-1	0	+1	+2
88. Ich stelle mir vor, größere Dinge zu vollbringen, als irgend jemand in der Welt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Ich empfinde viele Dinge so stark, dass sie mich beinahe überwältigen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Ich glaube, dass Angelegenheiten nie gut für mich ausgehen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Wenn man mir Hilfe anbietet, werde ich misstrauisch. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Ein Teil meiner selbst sehnt sich immer danach, von anderen bewundert zu werden. ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Für gewöhnlich folge ich den Wünschen anderer Leute. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. In der Regel glaube ich, was Leute sagen, ohne nachzufragen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Ich treibe nur so durchs Leben. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Ich kann mir in Tagträumen sehr gut ausmalen, mächtig und erfolgreich zu sein. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Wenn etwas schief läuft, brauche ich die Person um mich, der ich mich besonders verbunden fühle. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Ich mache mir beinahe immer über irgend etwas Sorgen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Ich bin auf der Hut vor Leuten, die versuchen könnten, mich für dumm zu verkaufen. ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. Ich Sorge mich darum, ob ich die richtige Entscheidung getroffen habe. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Ich brauche Leute, die mir zeigen, dass sie eine Menge von mir halten. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Ich bin ständig auf der Hut vor möglichen Bedrohungen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Ich fühle mich meist gelangweilt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. Ich kann mich nicht dazu bringen, das Grübeln über meine Probleme zu beenden. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. Ich vermeide Menschen, wann immer es möglich ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Vertraute Dinge scheinen mir manchmal wie im Nebel oder weit entrückt zu sein. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. Ich finde es schwierig, Leuten, die Überzeugungskraft haben, zu widerstehen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. Wenn eine mir sehr nahestehende Person fort ist, möchte ich, dass sie sofort wiederkommt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Ich brauche scheinbar länger als andere Leute, um die Antworten auf einfache Fragen zu finden. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Ich denke oft, dass andere mir Schaden zufügen wollen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Ich habe unterschiedliche Möglichkeiten gefunden, mich absichtlich zu verletzen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Ich werde ängstlich, wenn ich – egal wie lange – allein sein muss. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Ich bin fast immer von Gefühlen bewegt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Ich muss mich zwingen, einfach weiterzumachen, wenn die Person, der ich sehr verbunden bin, abwesend ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Ich habe mir immer schon viele Sorgen über Kleinigkeiten gemacht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Ich habe Tagträume, in denen ich ganz groß herauskomme. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Ich bin sehr viel gereizter, als die Leute annehmen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Kleine Anlässe ändern meine Gefühle. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Auch wenn die Dinge für mich gut gehen, denke ich für gewöhnlich an das Schlimmste. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Ich scheine Ärger stärker zu erleben als andere. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Ich versuche möglichst immer Leute um mich zu haben. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Ich habe ein klares Empfinden davon, wer ich bin. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Ich bin eingeschnappt, wenn die Person, der ich besonders nahe bin, Zeit woanders und entfernt von mir verbringt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Mir fehlt der Antrieb, Dinge zu Ende zu bringen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	[-2]		[-1]		[0]		[+1]		[+2]				
	völlig unzutreffend		unzutreffend		teils zutreffend/ teils unzutreffend		zutreffend		völlig zutreffend				
									-2	-1	0	+1	+2
125. Ich mache mir Sorgen, dass andere mich nicht mögen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
126. Ich denke, dass Leute mich oft ausnutzen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
127. Meine Stimmungen ändern sich plötzlich. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
128. Selbst wenn ich eine Entscheidung getroffen habe, habe ich oft das Gefühl, dass die Angelegenheit nicht wirklich geregelt ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
129. Andere Können mich leicht hereinlegen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
130. Mein ganzes Leben lang hab ich mir Sorgen gemacht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
131. Ich beneide Menschen, die viele Freunde und Bekannte haben. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
132. Ich finde es schwierig, anderen gegenüber entschlossen aufzutreten. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
133. Ich gerate in Panik bei dem Gedanken, dass mich die Person, der ich am nächsten stehe, verlassen könnte. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
134. Ich wünsche, es würde mir leichter fallen, Freunde zu gewinnen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
135. Ich lasse mich von anderen ausnutzen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
136. Unter großem Druck fällt es mir schwer, klar zu denken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
137. Ich bin schon immer gefühlsmäßig leicht reizbar gewesen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
138. Es gibt Tage, an denen ich nichts tue, weil ich irgendwie nicht in Gang komme. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
139. Panische Angst erfasst mich, wenn ich von Personen, die ich liebe, getrennt bin. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
140. Ich bin zu empfindsam; ich fühle Dinge sehr stark. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
141. Ich kann mich nicht damit abgeben, viel Aufwand für etwas zu betreiben. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
142. Wenn ich viele Probleme habe, finde ich es schwierig, klar zu denken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
143. Selten schaffe ich es, Sachen rechtzeitig zu erledigen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
144. Ich mag es, Dinge aufzubauschen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
145. Die Welt erscheint mir manchmal unwirklich. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
146. Die Idee, mir das Leben zu nehmen, gibt es bei mir schon seit vielen Jahren. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
147. Gelegentlich fühle ich, dass Leute mich streifen, obwohl in Wirklichkeit niemand da ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
148. Wenn ich Sorgen habe, klammere ich mich an die Menschen, die mir am nächsten stehen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
149. Menschen machen mich nervös. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
150. Ich grübele viel über meine vergangenen Fehler. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
151. Ich bin solange unsicher in meinen Entscheidungen, bis ich diese mit anderen überprüft habe. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
152. Manchmal halte ich Geräusche irrtümlich für menschliche Stimmen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
153. Ich habe mehr als einmal versucht, meinem Leben ein Ende zu setzen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
154. Ich bemerke jede kleine Veränderung, die um mich herum passiert. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
155. Ich befürchte, dass ich das Bewusstsein dafür verliere, wer ich bin. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
156. Mein Leben ist voller interessanter Dinge. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
157. Den Gedanken an Selbsttötung habe ich ständig im Hinterkopf. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
158. Es gibt wenig in meinem Leben, auf das ich mich freuen kann. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
159. Wenn ich von denjenigen Personen, die ich liebe, getrennt bin, male ich mir aus, was alles für schreckliche Dinge passieren können. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
160. Ich halte ständig Ausschau nach Anzeichen von Gefahr. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
161. Wenn ich auf den Ablauf eines Tages zurückblicke, muss ich für gewöhnlich zugeben, dass ich sehr wenig getan habe. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

	[-2] völlig unzutreffend	[-1] unzutreffend	[0] teils zutreffend/ teils unzutreffend	[+1] zutreffend	[+2] völlig zutreffend
					-2   -1   0   +1   +2
162. Ich fühle mich schuldig, selbst wenn ich dazu keinen Grund habe. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
163. Ich „vergesse“ oft Dinge zu erledigen, die ein hohes Maß an Anstrengung erfordern. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
164. Ich weiß nie, wie ich mich verhalten soll, wenn Leute da sind. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
165. Ich habe Angst, von der Person, die ich liebe, verlassen zu werden. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
166. Ich wünsche, mit Menschen besser umgehen zu können. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
167. Wenn ich eine mir unliebsame Aufgabe erledige, bin ich leicht abzulenken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
168. Ich habe das Gefühl, dass es überall Feindseligkeit gibt, die sich gegen mich richtet. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
169. Ich erlebe oft Momente, in denen ich mich sehr leer fühle. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
170. Selbst wenn Dinge scheinbar gut gehen, weiß ich, dass sie sich zum Schlechteren wenden werden. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
171. Ich hatte manchmal das Gefühl, dass mir Sachen gar nicht wirklich passiert sind. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
172. Ich weiß nicht wirklich, was für ein Mensch ich bin. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In den unten stehenden Aussagen findest Du Probleme und Beschwerden, die Dein Befinden möglicherweise beschreiben. Bitte lies jede Beschreibung genau durch und entscheide dann, **wie stark und ausgeprägt** Du unter den genannten Zuständen **in der letzten Woche** gelitten hast. Falls Du derzeit keine Gefühle wahr-nimmst, kreuze bitte die Aussagen so an, wie Du denkst, wie Du Dich fühlst. Bitte gehe nicht danach, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworte so, wie es für Dich persönlich zutrifft.

**Die Fragen beziehen sich auf den Gesamtverlauf der letzten Woche. Bitte beantworte alle Fragen!**

Während der letzten Woche ...	Über- haupt nicht	Ein wenig	Ziem- lich	Stark	Sehr stark
1. erlebte ich mich als hilflos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. erlebte ich mich wie erstarrt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. hatte ich Sehnsucht nach dem Tod .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. fühlte ich mich von anderen isoliert .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. fühlte ich mich unsicher .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. spürte ich die Anwesenheit einer Person, die nicht wirklich anwesend war .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. war ich aggressiv .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. wurde ich von inneren Bildern gequält .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. war ich ärgerlich ("sauer") .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. litt ich unter Selbstmordgedanken .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. war ich verzweifelt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. glaubte ich, dass mich niemand versteht .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. fühlte ich mich mir selbst gegenüber ausgeliefert .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. war ich wie weit entfernt von mir selbst .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. wurde ich von meinen eigenen Gefühlen überflutet .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun bitten wir Dich noch, Deine Befindlichkeit während der letzten Woche auf einer Skala von 0 - 100 % **insgesamt** einzuschätzen. **0% bedeutet:** ich war völlig auf dem **Nullpunkt**; **100% bedeutet:** ich fühlte mich **ausgezeichnet**. Bitte markiere durch Ankreuzen die Prozentzahl, die am ehesten Dein subjektives Befinden in der letzten Woche widerspiegelt. Danke!

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<input type="radio"/>										
(ganz schlecht)					(ausgezeichnet)					

**Hier möchten wir Dir noch einige Fragen zu einzelnen Verhaltensweisen stellen.**

Bitte gib bei den einzelnen Fragen an, ob und wenn ja, wie häufig, Du die einzelnen Verhaltensweisen in der letzten Woche durchgeführt hast.

Während der letzten Woche ...	Gar nicht	1 mal	2 mal	Täglich	Mehr- mals täglich
1. verletzte ich mich selbst durch schneiden, brennen, würgen etc. ....	<input type="radio"/>				
2. äußerte ich gegenüber anderen, dass ich mich umbringen würde. ....	<input type="radio"/>				
3. machte ich einen Selbstmordversuch. ....	<input type="radio"/>				
4. hatte ich Fressanfälle. ....	<input type="radio"/>				
5. hatte ich Brechanfälle. ....	<input type="radio"/>				
6. zeigte ich Hochrisikoverhalten, indem ich auf Hochhäusern herumlief, mit geschlossenen Augen Fahrrad fuhr etc. ....	<input type="radio"/>				
7. war ich betrunken. ....	<input type="radio"/>				
8. konsumierte ich Drogen. ....	<input type="radio"/>				
9. konsumierte ich Medikamente, die nicht verschrieben waren oder über die verschriebene Dosis hinaus. ....	<input type="radio"/>				
10. hatte ich unkontrollierte Wutausbrüche oder wurde gegenüber anderen handgreiflich. ....	<input type="radio"/>				
11. hatte ich sexuelle Kontakte, die ich hinterher bereute. ....	<input type="radio"/>				

**In diesem Teil des Fragebogens geht es darum, wie Du Dich fühlst und was Du tust. Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir in den letzten 6 Monaten ging.**

- |  | Nicht<br>zutreffend | Teilweise<br>zutreffend | Eindeutig<br>zutreffend |
|--|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig. ....           | ○                   | ○                       | ○                       |
| 2. Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen. ....                                   | ○                   | ○                       | ○                       |
| 3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht. ....                | ○                   | ○                       | ○                       |
| 4. Ich teile normalerweise mit Anderen (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte). ....          | ○                   | ○                       | ○                       |
| 5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung. ....                            | ○                   | ○                       | ○                       |
| 6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst. ....           | ○                   | ○                       | ○                       |
| 7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt. ....   | ○                   | ○                       | ○                       |
| 8. Ich mache mir häufig Sorgen. ....   | ○                   | ○                       | ○                       |
| 9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind. ....                      | ○                   | ○                       | ○                       |
| 10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig. ....   | ○                   | ○                       | ○                       |
| 11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen. ....                              | ○                   | ○                       | ○                       |
| 12. Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will. ....                  | ○                   | ○                       | ○                       |
| 13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen. ....                  | ○                   | ○                       | ○                       |
| 14. Im allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt. ....                                      | ○                   | ○                       | ○                       |
| 15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer mich zu konzentrieren. ....              | ○                   | ○                       | ○                       |
| 16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen. ....           | ○                   | ○                       | ○                       |
| 17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern. ....   | ○                   | ○                       | ○                       |
| 18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moegele. ....                                       | ○                   | ○                       | ○                       |
| 19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert. ....                                       | ○                   | ○                       | ○                       |
| 20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen). ....                 | ○                   | ○                       | ○                       |
| 21. Ich denke nach, bevor ich handele. ....  | ○                   | ○                       | ○                       |
| 22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören<br>(von zu Hause, in der Schule oder anderswo). ....  | ○                   | ○                       | ○                       |
| 23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen. ....                            | ○                   | ○                       | ○                       |
| 24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht. ....   | ○                   | ○                       | ○                       |
| 25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende;<br>ich kann mich lange genug konzentrieren. .... | ○                   | ○                       | ○                       |

Gibt es noch etwas, das du erwähnen möchtest?

**Würden Du sagen, dass Du insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hast: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?**

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Falls Du diese Frage mit "Ja" beantwortet hast, beantworte bitte auch die folgenden Punkte:**

Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?	Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidest Du unter diesen Schwierigkeiten?	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wirst Du durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Zu Hause .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Freunden .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Unterricht .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Freizeit .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Findest Du, dass diese Schwierigkeiten Anderen (Familie, Freunden, Lehrern usw.) das Leben schwerer machen?

Gar nicht	Kaum schwerer	Deutlich schwerer	Sehr viele schwerer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**VIELEN DANK FÜR DEINE TEILNAHME !**

**Bitte überprüfe Deine Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!**

## **9 Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.