

Selbstverletzendes und suizidales Verhalten im schulischen Kontext

Skriptum

Teil 1 - Selbstverletzendes Verhalten im schulischen Kontext



**Sucht- und Drogen
Koordination Wien**
Institut für Suchtprävention



Für die
Stadt Wien





Inhalt

1.	Einleitung	4
1.1.	Wissenswertes.....	5
1.2.	Zahlen, Daten, Fakten.....	6
1.3.	Gemeinsamkeiten und Abgrenzung zu Suizidalität und ritualisiertem selbstverletzendem Verhalten.....	7
1.4.	Psychische Begleiterkrankungen (Komorbidität).....	9
2.	NSSV bei Schülerinnen und Schülern	10
2.1.	Risikofaktoren.....	10
2.2.	Wahrnehmen von Warnsignalen	13
2.3.	Beratung und Vermittlung von Schülerinnen	14
3.	Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten an der Schule.....	15
3.1.	Prävention und Frühintervention.....	15
3.2.	Handlungsleitfaden für die Schule	17
3.3.	Nachahmung von NSSV in der Schule.....	20
4.	Gesprächsleitfaden.....	22
4.1.	Vertrauen schaffen – Beziehung gestalten.....	22
4.2.	Hilfsangebot und Anlaufstellen in Wien	25
4.3.	Literaturverzeichnis	29



Selbstverletzendes und suizidales Verhalten sind Themen, die niemanden kalt lassen, die zumeist Angst machen.

Es ist nicht immer einfach, das Verhalten der Jugendlichen – vor allem in der Pubertät – zu verstehen und richtig einzuordnen.

Wann geben bestimmte Äußerungen, bestimmte Signale und Verhaltensweisen berechtigterweise Anlass zur Sorge? Welche Hinweise müssen ernst genommen werden und wie soll man richtigerweise und angemessen reagieren? Wie soll man mit der eigenen Angst, eventuell etwas nicht richtig, gar falsch zu machen, umgehen?

Sich diese Fragen zu stellen ist ein Zeichen von Empathie für unsere Mitmenschen und von Sensibilität für wichtige Themen.

Die beiden Handreichungen „Selbstverletzendes Verhalten im schulischen Kontext“ (Teil 1) und „Suizidales Verhalten und Suizid im schulischen Kontext“ (Teil 2) sollen Wiener Lehrerinnen und Lehrern dabei helfen, diese und ähnliche Fragen bzw. Anzeichen von Krisensituationen besser einschätzen zu können. Sie sollen aufzeigen, welche Maßnahmen hilfreich sein können und Sicherheit in schwierigen Situationen geben. Sie sollen aber auch zeigen, wo die Grenzen sind.

*Ein großer Dank gilt Herrn **Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, MHBA**, Leiter der Universitätsklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien, der das **Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien** und das **Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien** mit seiner fachlichen Expertise unterstützt hat.*

Weiterführende Informationen unter: <https://www.projekt-4s.de/>

Dieses Skriptum und die MultiplikatorInnenschulung orientieren sich an der S2k-Leitlinie 028/029 zur klinischen Diagnostik Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter.¹

¹ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2015): Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. <https://www.awmf.org/leitlinien.html>.



1. Einleitung

Wenn Menschen sich absichtlich selbst Wunden zufügen, dann wird dies als selbstverletzendes Verhalten bezeichnet. Wenn dieses Verhalten ohne die Absicht eines Selbstmordes passiert, was meist der Fall ist, dann spricht man von „nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten“ (NSSV).

Die Selbstverletzung kann sich in verschiedenen Formen zeigen, wie Schneiden, Ritzen, Kratzen, Verbrennen oder Herbeiführen von Unfällen. Für Außenstehende sind diese Handlungen meist unverständlich. Sie erfüllen aber für die Betroffenen eine bestimmte Funktion.

Manche Menschen verletzen sich häufig oder auf mehrere unterschiedliche Arten. Viele schaffen es aus eigenem Antrieb, das Verhalten zu beenden. Bei wiederholten oder schweren Selbstverletzungen braucht es professionelle Hilfe. Besonders deshalb, da sich in diesen Fällen das Risiko für spätere Suizidversuche erhöht.

Das häufige Vorkommen von nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten im Jugendalter führt zwangsläufig auch dazu, dass LehrerInnen, DirektorInnen und alle an einer Schule tätigen Personen sich mit diesem Thema auseinandersetzen müssen.

Es tauchen Fragen auf, wie mit der betroffenen Schülerin oder dem betroffenen Schülergespräche geführt werden können oder wie mit dem Phänomen der „Ansteckung“ umgegangen werden kann. Was steckt hinter dieser Verhaltensweise und welche Schritte muss die Schule setzen?

Das vorliegende Manual und die dazugehörige Weiterbildung geben Hilfestellung und Informationen zu diesen Fragestellungen. Lehrerinnen und Lehrer und an der Schule tätige Personen werden in ihrem professionellen Handeln und im Umgang mit diesem herausfordernden Thema unterstützt.



1.1. Wissenswertes

Bei selbstverletzendem Verhalten geht es den Jugendlichen meist nicht darum, ihr Leben zu beenden oder Aufmerksamkeit auf die eigene Person zu lenken. Vielmehr versuchen Betroffene einem negativen emotionalen Zustand zu entgehen.¹

In der Fachliteratur sind unterschiedlichste Definitionen nicht suizidalen selbstverletzenden Verhaltens zu finden. Dieses Manual bezieht sich auf die an das DSM-5³ angelehnte von Paul L. Plener und KollegInnen festgelegte Definition, die das Verhalten folgendermaßen umreißt: Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten wird als direkte, repetitive, sozial nicht akzeptierte Schädigung von Körpergewebe ohne suizidale Absicht definiert.⁴

Dazu zählen zum Beispiel Schneiden, Ritzen oder Verbrennungen der Körperoberfläche oder auch das Schlagen gegen Objekte mit einer direkten Verletzung von Haut oder Knochen. In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10)⁵ wird NSSV nur als Symptom angeführt. Es ist demnach kein eigenes Krankheitsbild, kann aber bei verschiedenen psychischen Erkrankungen – auch ohne ein zusätzliches Erkrankungsbild – auftreten.

Um NSSV richtig bestimmen und einordnen zu können, wird oft folgendes Diagnoseschema von Fachärztinnen und Fachärzten verwendet. Diagnosekriterien der nicht suizidalen Selbstverletzung (nach der American Psychiatric Association 2013):⁶

Die Jugendlichen erwarten sich durch die Selbstverletzung Erleichterung. Es geht dabei auch um

- die Verbesserung eines negativen Gefühls oder Zustands,
- die Lösung einer inter-personellen Schwierigkeit oder
- das Auslösen eines positiven Gefühlszustandes.⁷

¹ Medizinische Universität Wien, Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Zuletzt abgerufen am 22.06.2020, <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2018/news-im-november-2018/selbstverletzendes-verhalten-bei-jugendlichen>

³ Falkai, P. et al., Hrsg. (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®, 2., korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe

⁴ Plener, P. L. et al. (2018): Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. Deutsches Ärzteblatt International 115, Nr. 3, doi:10.3238/arztebl.2018.0023

⁵ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, „ICD-10-GM: Systematisches Verzeichnis.“ Zuletzt abgerufen am 22.06.2020, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/systematik>

⁶ Plener, P. L. (2015): Worum es geht: Definition und Epidemiologie. In Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen, hrsg. v. Plener, Paul L. Berlin, Heidelberg: Springer, 7-8.



- Hinter leichten Formen von selbstverletzendem Verhalten steht vor allem die Absicht, den eigenen emotionalen Zustand zu verändern und zu stabilisieren.

Die Betroffenen wollen z. B. sich selbst wahrnehmen, wollen körperlichen Schmerz spüren, wenn ein seelischer Schmerz zu viel wird. Sie wollen Wut abreagieren, wollen die Kontrolle über sich selbst behalten oder sich bestrafen. Selbstverletzung kann als Form der Verarbeitung von Problemen verstanden werden und erlaubt damit der oder dem Betroffenen – in Sinn einer Ventilfunktion – zu „überleben“.

Ein anderes Motiv kann sein, dass die oder der Betroffene auf ihre oder seine Situation aufmerksam machen bzw. die Dynamik von Beziehungen beeinflussen will. Ab und zu kommt es vor, dass selbstverletzendes Verhalten in einer Gruppe plötzlich als schick gilt, es nachgeahmt wird, damit man dazugehört bzw. beeindruckt.⁸

Dabei kann auch ein immer wiederkehrendes Verhalten entstehen (repetitives Verhalten), das ähnlich wie eine Abhängigkeit mit dem Gefühl von Zwang wirken kann.

1.2. Zahlen, Daten, Fakten

Bei Untersuchungen in Deutschland hat sich gezeigt, dass selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen ein häufig auftretendes Phänomen ist. Etwa jede/r dritte Jugendliche hat sich zumindest einmal in ihrem/seinem Leben selbst verletzt und etwa eine/r von 25 Heranwachsenden tut dies häufig.⁹

Innerhalb des letzten Jahres haben 14,9 % der Schülerinnen und Schüler der neunten Schulstufe zumindest einmal selbstverletzendes Verhalten gezeigt. Bei ca. 4 % der Schüle-rinnen und Schüler konnte hierbei repetitives – also sich wiederholendes – NSSV festgestellt werden, welches meist mit schwerwiegenden psychischen Problemen und häufig auch mit Suizidalität einhergeht.¹⁰

Einer österreichischen Studie aus dem Jahr 2017 zufolge sind Mädchen häufiger von NSSV betroffen als Buben. Untersucht wurde die Prävalenz von psychischen Erkrankungen nach DSM-5-Kriterien anhand einer Stichprobe von 3.615 österreichischen Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren. Davon zeigten 3,5 % der Mädchen irgendwann im Laufe ihres Lebens NSSV, aber keiner der Buben.¹¹

Andere Quellen berichten jedoch von beobachtetem NSSV bei beiden Geschlechtern. So belegt eine Metaanalyse aus dem Jahre 2015, dass die Wahrscheinlichkeit, von NSSV betroffen zu sein, für Mädchen 1,5-mal höher ist als für Buben.¹²

Auch bei den Methoden von NSSV wurden Geschlechtsunterschiede beobachtet. So fügen Frauen sich öfter Schnittverletzungen zu. Männliche Jugendliche haben hingegen eine höhere Tendenz sich selbst zu schlagen als weibliche Jugendliche (55 % versus 42,4 %).¹³

Von einer einmalig auftretenden Verhaltensweise ist das repetitive – also sich immer wieder-holende – NSSV zu unterscheiden. Dahinter liegen oft psychische Erkrankungen oder schwerwiegende Anpassungsschwierigkeiten. Der Drang zum Selbstverletzen entwickelt sich oft unter großem Stress oder in Zeiten der Veränderung, wie zum Beispiel der Pubertät.

1.3. Gemeinsamkeiten und Abgrenzung zu Suizidalität und ritualisiertem selbstverletzendem Verhalten

Die in der Fachliteratur und in den internationalen diagnostischen Leitfäden psychischer Erkrankungen (DSM-5) vorgeschlagenen Klassifikationen für NSSV und die suizidale Verhaltensstörung grenzen die beiden Störungsbilder deutlich voneinander ab.¹⁴

Der Unterschied zwischen diesen beiden Störungsbildern liegt in der Intention. Das heißt, ob die Schülerin/der Schüler ihr/sein Leben beenden oder durch Selbstschädigung ihre/seine Emotionen regulieren will.

Während NSSV nicht mit dem Wunsch zu sterben verbunden ist, steht dieser Wunsch bei suizidalen Handlungen häufiger im Vordergrund. Jedoch sind auch die Gründe für Suizidversuche bei Jugendlichen vielfältig, sie werden in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Gründe für Suizidversuche bei Jugendlichen (eigene Darstellung nach Borigers, Spirito und Donaldson [1998]) (n = 120)

(n = 120)		
	Hauptgrund	Spielt eine Rolle
Sterben wollen	28 %	56 %
Erleichterung eines unerträglichen Gefühlszustandes	18 %	57 %

¹⁵ Vgl. Muehlenkamp, J. J. (2005): Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. The American Journal of Orthopsychiatry 75, Nr. 2, doi:10.1037/0002-9432.75.2.324.



Zeitweiliges Entfliehen aus einer unlösbare Situation	13 %	55 %
Jemandem seine Verzweiflung mitteilen	9 %	28 %
Herausfinden, ob man wirklich geliebt wird	5 %	27 %
Jemandem ein schlechtes Gewissen bereiten	4 %	29 %
Jemandem zeigen, wie sehr man ihn geliebt hat	2 %	21 %
Hilfe bekommen	2 %	18 %
Eine Entscheidung beeinflussen	1 %	13 %
Andere Gründe	18 %	18 %

Unterschiede gibt es auch in der Reaktion des Umfelds, nachdem eine Verletzung stattgefunden hat. Auf NSSV wird zumeist mit Unverständnis und Zurückweisung reagiert, während der Suizidversuch Anteilnahme und Besorgnis hervorruft.¹⁵

Dennoch besteht ein Zusammenhang. Die Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass repetitives selbstverletzendes Verhalten als ein Risikofaktor für die Entwicklung von suizidalem Verhalten angesehen werden kann. Die Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche stieg mit der Frequenz von NSSV.¹⁶

Das deutet darauf hin, dass NSSV als Stressverarbeitungsstrategie dient und diese Strategie, wenn sie nicht mehr wirksam ist, in Suizidalität umschlagen kann. Man kann davon ausgehen, dass NSSV dazu beiträgt, dass dabei die Fähigkeit erworben wird, sich selbst zu schädigen, und damit auch die Hemmschwelle zum Suizid herabgesetzt wird.¹³

Trotz aller Überschneidungen grenzen sich suizidales und selbstverletzendes Verhalten voneinander hinsichtlich der Intention ab, also in Bezug auf das, was damit erreicht werden soll.

Eine weitere Abgrenzung erfolgt in Richtung ritualisiertes oder sozial akzeptiertes NSSV.



Folgende Besonderheiten fallen nicht unter NSSV und müssen davon unterschieden werden:¹⁷

- schwach ausgeprägte Formen selbstverletzenden Verhaltens (z. B. Zupfen an Schorf oder Nägel beißen)
- sozial akzeptierte Formen des selbstverletzenden Verhaltens (Piercings oder im Rahmen von religiösen oder Kulthandlungen)
- Selbstverletzungen, die ausschließlich während psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen oder im Substanzentzug auftreten
- Selbstverletzungen, die bei Menschen mit einer Entwicklungsstörung im Sinn von repetitiven Stereotypen vorkommen
- selbstverletzendes Verhalten, das durch andere psychische oder medizinische Erkrankungen erklärbar ist

1.4. Psychische Begleiterkrankungen (Komorbidität)

In einer österreichischen Studie¹⁸ zeigt sich, dass NSSV häufig mit folgenden psychischen Erkrankungen einhergeht: 84 % der Jugendlichen zeigen eine Depression, 60 % haben zusätzlich Angststörungen und 44 % eine suizidale Verhaltensstörung.

Folgende Krankheitsbilder treten oftmals im Zusammenhang mit NSSV auf:¹⁹

- affektive Störungen; das sind Störungen der Gefühlsregulation, wie z. B. Depression
- Störungen im Sinne einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderlinetypus
- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsstörungen
- externalisierende Störungen; das sind von außen beobachtbare Störungen, wie z. B. ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens
- Angststörungen
- posttraumatische Belastungsstörungen
- ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörungen



2. NSSV bei Schülerinnen und Schülern

Vielfach werden Lehrerinnen und Lehrer oder anderes schulisches Personal zu ersten AnsprechpartnerInnen, wenn Jugendliche von sich aus Hilfe suchen oder wenn Probleme im Schulalltag entstehen, die mit NSSV zusammenhängen. Lehrerinnen und Lehrer sind auch die Personen, die – neben dem Freundeskreis und den Eltern – oftmals den meisten Kontakt zu den Jugendlichen haben. Damit können ihnen Besonderheiten im Verhalten der Jugendlichen auffallen und sie können den Kontakt zu einem Krisenteam, zur Schulpsychologie oder weitere Maßnahmen einleiten.

Auch die Verbreitung von NSSV innerhalb der Klasse oder Schule wird von Lehrerinnen und Lehrern als problematisches Phänomen beschrieben. Die Zahlen und Daten aus diversen Studien legen nahe, dass in einer Schulklasse mit 25 Schülerinnen und Schülern ab der 8. Schulstufe die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass es zumindest eine Schülerin oder einen Schüler mit wiederholtem selbstverletzendem Verhalten gibt.

Um eine mögliche psychische Störung oder zugrunde liegende Erkrankung zu diagnostizieren, ist es notwendig, fachlich kompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies sind einerseits die Kinder- und Jugendpsychiatrie, andererseits Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie spezialisierte Beratungsstellen (Adressen unter Kapitel 4.2).

2.1. Risikofaktoren

NSSV scheint durch viele Risikofaktoren beeinflusst zu werden. In der Pubertät treten einige für diese Altersgruppe spezifische Stressfaktoren häufig auf, die - wenn sie zu den unten aufgelisteten pubertären Risikofaktoren hinzukommen - die in der Abbildung 2 aufgelistet sind, selbstschädigende Verhaltensweisen begünstigen können:²⁰

- das Erleben von Scham oder Erniedrigung
- das Erleben von Mobbing, sozialem Ausschluss oder Zurückweisung
- das Erleben von Versagen
- die Angst, eine geliebte Person zu verlieren



Abbildung 2: Risikofaktoren für nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (eigene Darstellung nach Plener et al. 2018)

- Demografische Risikofaktoren
 - Weibliches Geschlecht
 - Jugendalter
 - Arbeitslosigkeit
 - Alleinlebend

- Familiäre Risikofaktoren
 - Gesundheitsprobleme in der Familie
 - Psychische Belastungen eines Elternteils
 - Trennung der Eltern
 - 'Konflikthafte Eltern-Kind-Beziehung

- Psychische Erkrankung/Symptome
 - Angststörungen
 - Depressionen und depressive Symptomatik
 - Hoffnungslosigkeit
 - Aggressivität, externalisierte Verhaltensauffälligkeiten
 - Cluster-B-Persönlichkeitsstörung
 - Essstörungen
 - Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten
 - Affektregulationsprobleme
 - Substanzkonsum

- Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit
 - Körperliche Vernachlässigung und Misshandlung
 - Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung
 - Sexueller Missbrauch

- NSSV und suizidales Verhalten
 - Vorgeschichte von NSSV
 - Vorgeschichte von Suizidgedanken und Suizidversuchen
 - Erleben von NSSV bei Peers

²⁰ Chehil, Sonia & Kutcher, Stanley P. (2012), zitiert nach Plener, P. L.: Der Blick auf das Besondere: Störungsspezifische Diagnostik. In Plener, P. P., Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen (s. Anm. 6), 62-3.



NSSV kann auch als ungesunde Strategie (= dysfunktionale Copingstrategie) zur Regulierung von Emotionen und zum Umgang mit stressigen Ereignissen verstanden werden.

Das bekanntestes Erklärungsmodell von Nock u. Prinstein (2004) ist das Vier-Faktoren-Modell:

Dabei werden zwei interpersonelle und zwei intrapersonelle Mechanismen mit jeweils der Möglichkeit einer negativen oder positiven Verstärkung des Verhaltens benannt:

- automatische positive Verstärkung: wenn NSSV ausgeführt wird, um einen positiven Gefühlszustand (etwa einen »Kick« oder eine Euphorie) zu erreichen.
- automatischer negativer Verstärkung: wenn durch NSSV ein aversiver emotionaler Zustand beendet wird. (z.B. um etwa einen Zustand von Wut zu beenden, und sich nach der Selbstverletzung ein ruhiges Gefühl einstellt)
- sozialen positiven Verstärkung: wenn durch das NSSV ein erwünschter zwischenmenschlicher Zustand herbeigeführt, (z.B. wenn die betroffene Person nach NSSV Zuwendung erhält oder signalisieren kann, dass es ihr emotional schlecht geht)
- sozialen negativen Verstärkung: wenn sich der oder die Betroffene aus einer unerwünschten sozialen Situation zurückziehen möchte (z.B. Teilnahme an einer Familien- oder Gruppenaktivität)

Am häufigsten wird die automatisch negative Verstärkung - von Jugendlichen und auch Erwachsenen - geschildert, um negative Gefühle zu regulieren. (Klonsky u Glenn 2009)

Demnach spielen bei der Prävention von ungesunden Mechanismen der Stressbewältigung persönliche Lebenskompetenzen wie Selbstvertrauen, Problem- und Konfliktlösefähigkeit und adäquate Bewältigungsstrategien eine große Rolle. Das ist mitbestimmend dafür, ob ein Mensch sich auf eine gesunde Art und Weise Problemen und Krisen stellen kann oder nicht.

Diese Kompetenzen werden bereits weit vor der Pubertät erworben. In der Kindheit werden Erfahrungen gemacht und Eigenschaften sowie Einstellungen erworben, welche sich bei späteren Herausforderungen als Schutz- bzw. als Risikofaktoren erweisen.

Lebenskompetenzen können auch noch im Laufe der späteren Entwicklung von Menschen erworben werden: durch das Selbstbewusstsein fördernde Erfahrungen, die Jugendliche etwa durch Schulprojekte machen (z. B. erlebnispädagogische Schulwochen oder Lebenskompetenzprogramme) oder durch Reflexion und Begleitung (z. B. Psychotherapie, positive Bindungs- und Beziehungserfahrungen).



2.2. Wahrnehmen von Warnsignalen

Häufig ist die Schule der erste Lebensbereich, in dem jemand auf selbstverletzendes Verhalten von Jugendlichen aufmerksam wird. Etwa dann, wenn zum Beispiel sich die/der betreffende Jugendliche im Sportunterricht weigert, kurzärmelige Kleidung anzuziehen, aus Furcht, dass die Narben entdeckt werden.

Lehrerinnen und Lehrer verbringen viel Zeit mit ihren Schülerinnen und Schülern und können als gut geschulte Beobachtende Verhaltensauffälligkeiten wahrnehmen. Als Vertrauenspersonen können sie Schülerinnen und Schüler motivieren, geeignete Hilfen anzunehmen. Eine Voraussetzung ist, dass Lehrerinnen und Lehrer Anzeichen erkennen.

Abbildung 3: Warnhinweise für NSSV (eigene Darstellung nach Lieberman et al. 2009, adaptiert nach Plener et al. 2012 durch Plener 2015, 79)

- Häufig nicht erklärbare Schrammen, Narben, Schnitte oder Verbrennungen
- Unpassende Kleidung, um Wunden zu verdecken
- Die Schülerin, der Schüler verbringt ungewöhnlich viel Zeit auf der Toilette oder in isolierten Räumen
- Anderes Risikoverhalten (z. B. Promiskuität, Risikosuche, ...)
- Essstörungen oder Substanzmissbrauch
- Zeichen für Depression, soziale Isolation
- Besitz scharfer Gegenstände (z. B. Rasierklingen, Messer)
- Zeichnungen, Texte bezogen auf NSSV

Ist ein Verdacht gegeben, dass sich eine Schülerin, ein Schüler selbst verletzt, so ist das Ansprechen durch eine Vertrauenslehrerin oder einen Vertrauenslehrer – unterstützt durch ein an der Schule etabliertes Krisenteam – der erste Schritt. Erst danach kann weitere Hilfe vermittelt werden.



Bei einer Befragung von Jugendlichen, welche Personengruppe in der Bewältigung von NSSV als am hilfreichsten erlebt wurden, waren Lehrerinnen und Lehrer – nach gemeinnützigen Organisationen, Freundinnen und Freunden sowie Pflegepersonal – an vierter Stelle und damit noch vor Verwandten oder Psychiaterinnen und Psychiatern.²¹

2.3. Beratung und Vermittlung von Schülerinnen

Besonders wenn eine Schülerin oder ein Schüler plötzlich Zeichen setzt, die auf NSSV hindeuten (siehe Kapitel 2.2), sollte unmittelbar ein Gespräch mit der Schülerin oder dem Schüler erfolgen. Es gilt dabei eine innere Haltung einzunehmen, welche am besten als „respektvolle Neugier“²² umschrieben werden kann.

Das Gespräch sollte mit einer Vertrauenslehrerin/einem Vertrauenslehrer (jemandem aus dem Krisenteam, BeratungslehrerIn geführt werden. Im Idealfall hat diese Person eine Schulung zum Thema NSSV besucht. (Weitere Tipps zur Gesprächsführung finden sich im Kapitel 4.)

Falls das erste Gespräch schon zeigt, dass therapeutische Hilfe notwendig ist, und die Schülerin oder der Schüler damit einverstanden ist, werden schulinterne und schulexterne Hilfestellungen organisiert.

Wenn externe Beratung oder Therapie anvisiert wird, müssen (bei Minderjährigen) die Eltern davor in einem persönlichen Gespräch informiert werden. Sind die Eltern Teil des Problems des Schülers oder der Schülerin, muss das Gespräch mit den Eltern mit besonderem Fingerspitzengefühl geführt werden und vor allen ohne dass Details des Gesprächs mit der Schülerin/dem Schüler weitergegeben werden. Am besten und respektvollsten ist es, wenn die Inhalte des Elterngesprächs vorher mit der Schülerin oder dem Schüler abgesprochen werden.

²¹ Vgl. Plener et al., „Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext“.

²² Barent W. Walsh (2007), zitiert nach Paul L. Plener, „Der Blick auf das Besondere: Störungsspezifische Diagnostik.“ In *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen*, 53.



3. Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten an der Schule

Um mit selbstverletzendem Verhalten bei SchülerInnen gut umgehen zu können, reichen die Maßnahmen von Prävention bis hin zu einem Handlungsleitfaden im Anlassfall.

Es hat sich in Studien aus den USA gezeigt, dass z. B. bei Beratungslehrerinnen und -lehrern ein großer Fortbildungsbedarf hinsichtlich NSSV besteht.²³ Für Österreich liegen dazu keine Zahlen vor, es kann aber aus Erfahrungsberichten im Schulsetting angenommen werden, dass die Situation hier ähnlich ist.

3.1. Prävention und Frühintervention

Generell können Präventionsmaßnahmen in universelle, selektive und indizierte Prävention unterteilt werden. Diese Art der Unterteilung bezieht sich auf den Ansatz und die Beschaffenheit der Zielgruppe.

Angewandt auf den Kontext NSSV:

Bei der universellen Prävention in der Schule richten sich die Maßnahmen an eine allgemeine Zielgruppe, in der für nicht spezifisch gefährdete Gruppen Angebote gemacht werden.

Bei diesen Maßnahmen hat sich das Implementieren von Lebenskompetenzförderung an der Schule bewährt. Dabei werden sogenannte protektive – schützende – Faktoren wie Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstwertes oder Frustrationstoleranz gestärkt.

Diese Programme sind dann wirkungsvoll, wenn sie über einen längeren Zeitraum die Klasse mit regelmäßigen Stunden dazu begleiten (z. B. plus – das österreichische Präventionsprogramm für die 5.–8. Schulstufe).²⁴

Bei der selektiven Prävention zielen Maßnahmen auf Personen ab, die zu einer vulnerablen Gruppe gehören oder bereits erste Anzeichen von NSSV zeigen. Dabei ist der Ansatz der Frühintervention wichtig. Vorbereitung gibt im Anlassfall Sicherheit.

¹ Susan Roberts-Dobie und Rebecca J. Donatelle (2007), zitiert nach Paul L. Plener, „Spezifische Facetten von NSSV und Suizidalität: Zusammenhänge und spezielle Settings.“ In *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen*, 78.

¹ Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, „plus.“ Zuletzt abgerufen am 20.06.2020, <https://www.suchtvorbeugung.net/plus>



Hilfreiche Ansätze in der **selektiven Prävention und Frühintervention** sind:

- kurze Schulung von allen Lehrerinnen und Lehrern an der Schule, damit sie Anzeichen von NSSV erkennen
- intensivere Schulung von ausgewählten beratenden Lehrerinnen und Lehrern, damit sie im Anlassfall mit den Betroffenen gut ins Gespräch kommen und diese gegebenenfalls an Therapieeinrichtungen weitervermitteln können
- Handlungsleitfaden für die Schule zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit NSSV
- Einführung/Installierung von Vertrauens-Peers zum Thema psychische Gesundheit

In manchen Schulen haben sich Peers als Vermittler bewährt. Das sind speziell geschulte Schülerinnen und Schüler, die betroffene Schülerinnen und Schüler an ausgewählte Lehrerinnen und Lehrer vermitteln. Bei diesem niederschweligen Hilffsystem kann im Bedarfsfall schnell eine Intervention erfolgen.

Diese Lehrerinnen und Lehrer begleiten dann die Schülerinnen und Schüler, die von den Peers an sie vermittelt wurden. Sie sind auch darin geschult, Elterngespräche zu führen und die Kontakte für eventuelle Therapien herzustellen.

Bei allen Interventionen ist darauf zu achten, dass es **zu keiner Stigmatisierung** von eventuell Betroffenen kommt, da gerade für Jugendliche die Wahrnehmung durch ihr soziales Umfeld besonders wichtig ist, und dies ist zu respektieren. Auch erwachsene Personen wollen nicht als behandlungsbedürftiger Fall angesehen werden.

Einzelne Schülerinnen oder Schüler und ihr NSSV vor der ganzen Schulklasse zum Thema zu machen ist nicht angebracht. Sämtliche Gespräche oder Beratungen sollten immer alleine mit der Schülerin oder dem Schüler und nicht in Gruppen erfolgen.²⁵

Die **indizierte Prävention** zielt darauf ab, bei betroffenen Personen Folgeschäden zu verhindern. In diesem Sinn geht es in der Schule auch darum, Schülerinnen und Schüler dabei zu unterstützen, im Schulsetting zu bleiben und den Schulunterricht mit Therapieansätzen oder -terminen zu vereinbaren.



3.2. Handlungsleitfaden für die Schule

Folgender Handlungsleitfaden (Abb. S. 23) kann professionelles Handeln unterstützen. Er beinhaltet:

- die Vorbereitung, bevor es einen Anlassfall gibt, wie Einrichten eines Krisenteams, Schulungen, Kontaktadressen von unterstützenden Fachpersonen/Einrichtungen¹
- einen Standardablauf, wenn es einen Anlassfall gibt.
Dieser Ablauf muss vorher von der Schuldirektion mit den Lehrerinnen und Lehrern an die jeweilige Schule adaptiert werden. Für einen guten Ablauf im Anlassfall kann es hilfreich sein, ein Krisenteam (KT) an der Schule zu etablieren. Die Zusammensetzung des Krisenteams hängt stark vom Schultyp ab und davon, welche unterstützenden Personen vor Ort arbeiten. In der Pflichtschule sind meist Beratungslehrerinnen und -lehrer sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter vor Ort.

Dieses Krisenteam kann sich aus folgenden Personen zusammensetzen:

- Klassenvorstand
- BeratungslehrerIn
- SchulsozialarbeiterIn
- SchülerberaterInnen
- SchulärztInnen
- SchulpsychologInnen
- Andere fachlich versierte LehrerInnen

Prinzipiell ist festzuhalten, dass die Art der Intervention an die Schwere, das Alter und die Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens angepasst werden muss. Zum Beispiel ist bei einer 16-Jährigen, die sich einmalig ritzt, ein Gespräch mit einer Lehrerin oder einem Lehrer des Vertrauens ausreichend, bei einer Volksschülerin kann das aber schon ein Zeichen dafür sein, dass das Kind mehr Unterstützung braucht.

Adressen zu externen Fachpersonen und unterstützenden Einrichtungen in Wien finden sich in Kapitel 4.2.

²⁵ Plener P. L.: Spezifische Facetten von NSSV und Suizidalität: Zusammenhänge und spezielle Settings. In Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen, 80.



Um einen guten Ablauf der Interventionen zu gewährleisten und um Schülerinnen und Schüler bestmöglich aufzufangen, muss eine Person des KT federführend sein. Damit haben Eltern und der Schüler/die Schülerin immer dieselbe vertraute Ansprechperson.

Dabei ist es wichtig, dass die Person Rückendeckung und Unterstützung im Kollegium, im KT und in der Direktion erhält und der „Fall“ als gemeinsame Aufgabe gesehen wird. Um gelungene Kriseninterventionen zu ermöglichen, ist es hilfreich, nach einer Intervention die gesetzten Interventionen supervisorisch zu reflektieren.

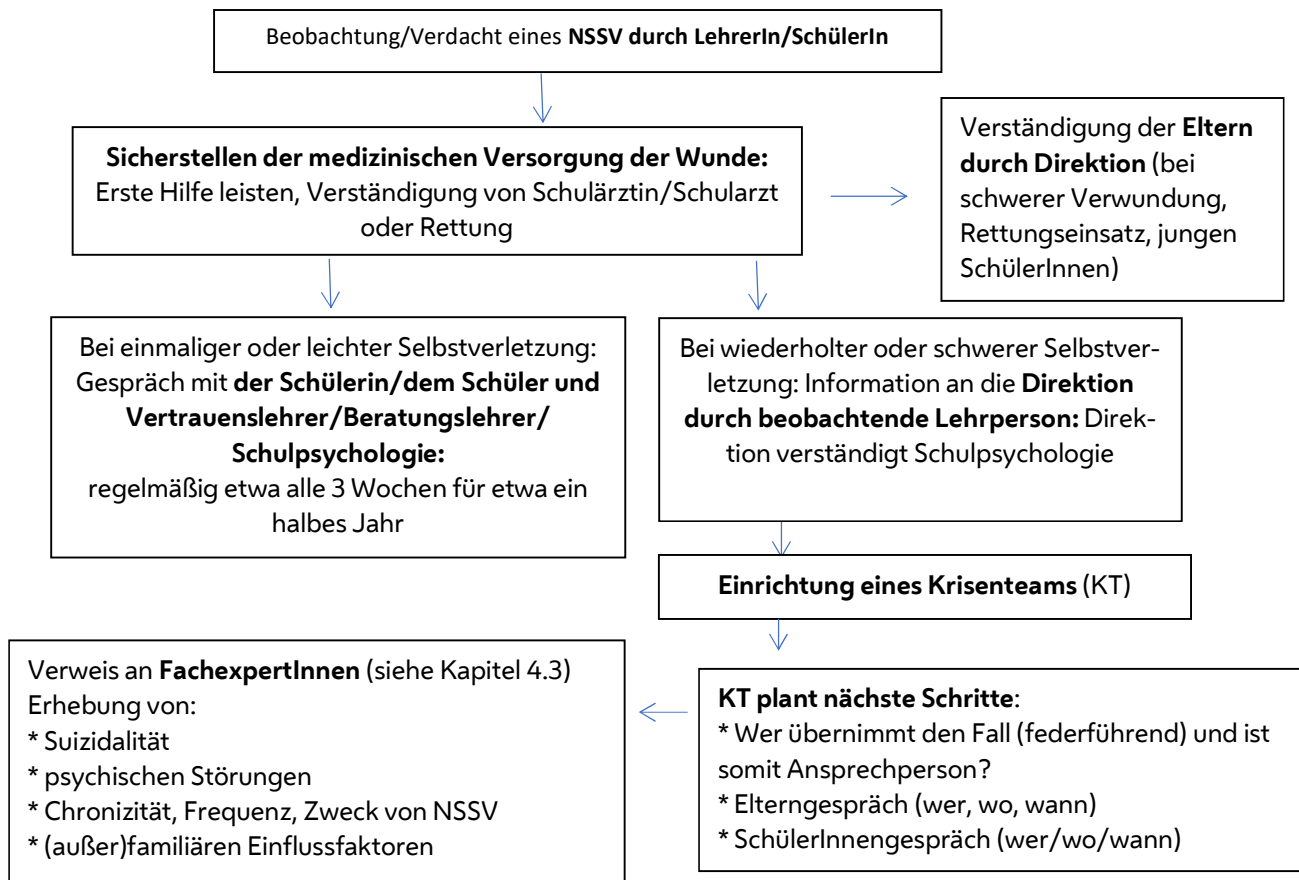
Der Handlungsleitfaden auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über einen Interventionsablauf!

Interventionsablauf

Vor einem NSSV ²⁶

- * Funktionen eines Vertrauenslehrers oder einer Vertrauenslehrerin bzw. eines Krisenteams (KT) sind bestimmt (inkl. Stellvertretung etc.).
- * Alle LehrerInnen haben eine Kurzschulung „Wie erkenne ich NSSV erhalten. *BeratungslehrerIn oder VertrauenslehrerIn ist im Umgang mit NSSV vertieft geschult.
- * Die Schule verfügt über eine Liste von externen Fachpersonen und Hilfseinrichtungen.

Im Falle eines NSSV



²⁶ Adaptiert nach Plener, P. L. et al. (2017): Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie. [Nonsuicidal self-injury in adolescence: a clinical guideline for diagnostics and therapy] Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45, Nr. 6, doi:10.1024/1422-4917/a000463.



Achtung:

Lehrerinnen und Lehrer im Pflichtschulbereich haben eine Aufsichtspflicht und Schülerinnen und Schüler – auch wenn es sich nur um kurze Wege z. B. zur Schulärztin/zum Schularzt handelt – dürfen nicht unbeaufsichtigt sein.

Diese Aufsichtspflicht fällt in der Oberstufe zwar weg. Dennoch sollten Jugendliche in solchen akuten Krisensituationen auf keinen Fall allein gelassen und müssen begleitet werden – auch, wenn sie nur auf die Toilette gehen möchten.

3.3. Nachahmung von NSSV in der Schule

Selbstverletzendes Verhalten kann sich auch innerhalb einer Schule oder Schulklasse verbreiten. Es birgt die Gefahr von Nachahmungen. Es kann vorkommen, dass die Schülerinnen und Schüler sich darüber unterhalten oder dass z. B. gemeinsam Fotos/Bilder im Internet oder sozialen Medien angeschaut oder untereinander geteilt werden. Es kommt aber auch vor, dass NSSV gemeinsam ausgeführt wird.

Es gibt mehrere Gründe dafür, warum NSSV im Vergleich zu anderen Verhaltensweisen ein gewisses Nachahmungspotenzial hat. Zum einen schafft NSSV ein starkes Gefühl der Zusammengehörigkeit, gerade wenn es offen zur Schau gestellt wird. Zum anderen provoziert NSSV die oftmals hilflosen Erwachsenen, was zu einer Verstärkung und Fortsetzung des NSSV führen kann.²⁷



Um solche Übertragungen zu vermeiden, wird Folgendes empfohlen:

- Narben und Wunden sollen in der Schule nicht offen gezeigt werden, die Betroffenen werden angehalten, auf entsprechende Kleidung zu achten.
- Schülerinnen und Schüler, die bluten, auch nur oberflächlich, sollen eine Wundversorgung erhalten und – wenn möglich – den Unterricht verlassen.

Achtung: Es gilt die Aufsichtspflicht.

- Die Kommunikation unter den Schülerinnen und Schülern über NSSV soll so weit wie möglich reduziert werden. Die Betroffenen sollen darauf angesprochen werden, dass manche Mitschülerinnen und Mitschüler durch das Reden über NSSV und das Zeigen von selbstzugefügten Verletzungen zur Nachahmung animiert werden können.

Für Schülerinnen und Schüler mit NSSV, die den Unterricht besuchen, kann eine Möglichkeit vereinbart werden, den Unterricht zu verlassen. Das ist dann notwendig und sinnvoll, wenn ein aversiver emotionaler Zustand, indem sich die Schülerin oder den Schüler befindet, nicht mehr erträglich ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die Schülerin/der Schüler gelernt hat, sich selbstständig mit bestimmten Techniken zu regulieren. Zudem ist Voraussetzung, dass für den Schüler/die Schülerin keine Aufsichtspflicht besteht (abgeschlossene Pflichtschule) und/oder dass die Schülerin/der Schüler stabil erscheint.

Diese Vorgangsweise soll Lehrerinnen und Lehrer – im Idealfall im Rahmen einer Schulung zum Thema NSSV – kommuniziert werden. Mit betroffenen Schülerinnen und Schülern kann diese Vorgehensweise im Vorfeld vereinbart werden.

²⁷Vgl. Lieberman, R. A. et al. (2009), zitiert nach Plener, P. L.: Spezifische Facetten von NSSV und Suizidalität: Zusammenhänge und spezielle Settings. In Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen, 80.



4. Gesprächsleitfaden

In einem Gespräch das richtige Maß an Nähe und Distanz zu finden ist nicht immer einfach: Helfende laufen Gefahr, sich entweder (zu sehr) herauszuhalten oder sich zu sehr in das Gespräch/die Beziehung zu verwickeln.

Zu große Solidarität ist für die Betroffenen oft mehr Bestätigung in ihrer Haltung und ihrem Tun als Grund dafür, etwas daran zu ändern. Um gut in ein Gespräch einzusteigen, können folgende oder ähnliche Formulierungen als Türöffner dienen:

„Ich freue mich, dass du meine Einladung angenommen hast.“

„Ich bin froh, dass du gekommen bist, weil ich mir in letzter Zeit wirklich Sorgen mache.“

Wenn es zu wiederholtem selbstverletzendem Verhalten kommt, kann eine Suizidgefährdung gegeben sein. Besteht der Verdacht auf akute Suizidalität, sollte eine sofortige psychiatrische Vorstellung veranlasst werden.

Ein detaillierter Gesprächsleitfaden findet sich im Teil 2, Suizidales Verhalten und Suizid im schulischen Kontext (Kapitel 5), der auch Anregungen für Gespräche mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen, bietet.

4.1. Vertrauen schaffen – Beziehung gestalten

Für ein gelingendes Erstgespräch mit Schülerinnen und Schülern, die vermutlich NSSV zeigen, empfehlen sich eine Haltung und Tonlage, die sich mit dem Begriff „respektvolle Neugier“ beschreiben lassen.²⁸

Dabei soll der Schülerin oder dem Schüler in neutraler, unaufgeregter Art vermittelt werden, dass ihr/sein Verhalten ernst genommen wird und dass man sich für das Verhalten und die genaueren Begleitumstände interessiert (ohne zu bewerten).

Zudem ist es hilfreich, sich schon vorher zu überlegen, wo in der Schule solche Gespräche ungestört stattfinden können. Im Idealfall gibt es ein Zimmer, das eine vertrauensvolle Atmosphäre schafft (Direktionsräume sind meist nicht geeignet).



Wenn so ein Zimmer nicht vorhanden ist, kann überlegt werden, wie und wo eine passende Atmosphäre geschaffen werden kann könnte. Eine vertrauensbildende Sitzposition (nicht frontal, ohne Tisch dazwischen etc.) kann hilfreich sein.

Das Gesprächsangebot bzw. der Wunsch nach einem Gespräch wird vielleicht nicht von Anfang an geschätzt. Lehrerinnen und Lehrer müssen auch mit Widerstand rechnen. Vielleicht bekommen sie zu hören: „*Mir geht es eh gut*“, „*Das geht Sie nichts an*“ oder „*Sie können mir auch nicht helfen*“.

Es ist wichtig, sich davon nicht einschüchtern oder abschrecken zu lassen. Das kann auch zunächst einmal als Prüfung der Beziehung verstanden werden. Vertrauen in die eigenen Wahrnehmungen und Gefühle und eine gewisse Hartnäckigkeit können hilfreich sein.

Die Einleitung könnte lauten: „*Es ist gut möglich, dass ich dir nicht helfen kann. Aber ich möchte dennoch mit dir darüber sprechen.*“

Wenn sich kurzfristig tatsächlich kein Gespräch ergibt, ist es wichtig, das Gesprächsangebot aufrechtzuerhalten: „*Ich bin da für dich und höre dir zu, wenn du es brauchst oder möchtest.*“

Erneuern Sie das Gesprächsangebot nach einiger Zeit.

Vielleicht versucht das Gegenüber, von sich aus das Gespräch zu beenden. Es ist wichtig, nicht sofort darauf einzugehen, sondern nochmals nachzufragen und weitere Absprachen zu treffen, zum Beispiel zum Zeitpunkt eines weiteren Gesprächs. Dabei soll die Lehrerin oder der Lehrer nicht sofort mit dem Begriff Therapie überrumpeln sondern zuerst zuhören, nachfragen, verstehen wollen.

Erst in einem weiteren Schritt kann der Schülerin oder dem Schüler Unterstützung bei der Suche nach weiterführenden Hilfen (Beratungsstellen, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie) angeboten werden. Die weiterführenden Hilfen sind für Jugendliche im Gespräch nicht als solche zu erkennen. Es braucht Erklärungen, was dort passieren wird.

Und auch eine gewisse Entstigmatisierung von psychischen Krisen ist hilfreich, nach dem Motto: „*Jedem Menschen kann es einmal nicht gut gehen, und das äußert sich bei allen Menschen anders. Hilfe holen ist normal und okay und tut gut. Probiere es aus.*“



Abbildung 4: Empfehlungen zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit NSSV (eigene Darstellung nach Toste und Health 2010, modifiziert nach Plener 2015, 5)

Dos	Don'ts
<ul style="list-style-type: none">• Der Schülerin/dem Schüler ruhig und mitfühlend begegnen• Der Schülerin/dem Schüler vermitteln, dass sie/er als Person akzeptiert wird, auch wenn ihr/sein Verhalten nicht gutgeheißen wird• Der Schülerin/dem Schüler mitteilen, dass es Menschen gibt, die sich Sorgen/Gedanken über sie/ihn machen, denen sie/er wichtig ist• Der Schülerin/dem Schüler Bereitschaft zum Zuhören zeigen und sie/ihn nicht verurteilen• Verständnis dafür zeigen, dass das NSSV ein Weg sein kann, mit seelischem Schmerz umzugehen• Die Schülerin/den Schüler dadurch beim Reden unterstützen, dass man ihre/seine Worte für NSSV verwendet• Sie/ihn darum bitten, dass sie/er bitte nicht mit anderen Schülerinnen darüber spricht, da diese sonst zur Nachahmung animiert werden könnten• Ihr/ihm versichern, dass man vor Gesprächen mit anderen (z. B. den Eltern) mit ihr/ihm vorher bespricht, was man sagen wird	<ul style="list-style-type: none">• In übertriebenen Aktionismus verfallen• Panik, Schock oder Ablehnung zeigen• Ein Ultimatum oder Drohungen aussprechen• Exzessives Interesse zeigen (das verstärkt sonst eventuell das Verhalten)• Der Schülerin/dem Schüler erlauben, sich detailliert mit anderen Schülerinnen und Schülern über das NSSV auszutauschen (z. B. Wunden herzuzeigen)• Über NSSV einer Schülerin/eines Schülers vor anderen oder in der Klasse sprechen• Der Schülerin/dem Schüler versichern, dass man unter keinen Umständen mit anderen über sein Verhalten sprechen wird

Wiederholtes selbstverletzendes Verhalten ist ein Risikofaktor für die Entwicklung von suizidalem Verhalten (siehe Kapitel 1.3).

Die Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche steigt mit der Frequenz von NSSV. Demnach müssen Schülerinnen und Schüler mit diesem Verhalten besonders beobachtet werden.

Alarmsignale für eine mögliche Suizidalität finden Sie im Teil 2 des Skriptums.

4.2. Hilfsangebot und Anlaufstellen in Wien

Hinweise für Schulen zur Vorgehensweise in Krisen findet sich auch im Erlass der Bildungsdirektion Wien zur Bewältigung von Krisen in der Schule unter: <https://bi.bildung-wien.gv.at/erlaesse/erlass.php>

Schulpsychologie der Bildungsdirektion Wien
Wipplingerstraße 28; 1010 Wien
Tel. 01/525 25-77505

<https://www.bildung-wien.gv.at/service/Schulpsychologie.html>

Die Abbildungen 5 und 6 zeigen das Wiener Hilfssystem für akute und nicht akute Fälle und für ambulante und stationäre Einrichtungen.

Abbildung 5: Einrichtungen zu akuten und nicht akuten psychischen Krisen

<p><u>Akut</u> (Notfälle)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notfall (Wiener Berufsrettung): Tel. 144 - Sozialpsychiatrischer Notdienst (PSD-Wien), Tel. 01/31330 (täglich rund um die Uhr) - Kriseninterventionszentrum, Tel. 01/406 95 95 (Mo.–Fr. 10–17 Uhr) - Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20 → Notfallambulanz (rund um die Uhr) - Klinik Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1130 Wien, Riedelgasse 5 → 24-Stunden-Akutambulanz in Notfällen - Klinik Floridsdorf, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, 1210 Wien, Brünner Straße 68 - Die Boje-Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, Tel. 01/406 66 02 (Mo.–Fr. 9–14 Uhr); http://www.die-boje.at/ - Rainbows-Begleitung von Kindern bei Verlust/Trennung; 1160 Wien, Richard-Wagner-Platz 3; Tel.-Nr.: 0680/316 91 92 (Mo.–Do. 9–Uhr) https://www.rainbows.at/wien - Die Möwe - Kinderschutzzentren, Tel. 01/532 15 15; www.die-moewe.at
<p><u>Nicht akut</u></p> <p><u>Beratung (telefonisch, online, ambulant)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychosoziale Information (PSD-Wien), Tel. 01/4000-53060 - Rat auf Draht, Tel. 147 (rund um die Uhr; auch Chat und Online-Beratung) - Telefonseelsorge Wien, Tel. 142 - MA11 Talkbox – Rat und Hilfe für Kinder und Jugendliche, talkbox@ma11.wien.gv.at - time4friends – Jugendhotline des Österreichischen Jugendrotkreuzes, Tel. 0800/700 144 (täglich, 18–22 Uhr; auch per WhatsApp: 0043/664/1070 144) - Beratung in der wienXtra-jugendinfo, 1010 Wien, Babenbergerstraße/Ecke Burgring (auch für alle, die mit Jugendlichen zu tun haben) - Kinderschutzzentrum, Tel. 01/526 18 20 (Mo., Mi. und Do. 10–12 und 16–18 Uhr, Di. und Fr. 14–16 Uhr; http://kinderschutz-wien.at/) - Kinder- und Jugendanwaltschaft, Tel. 01/70 77 000 (Mo.–Fr. 9–17 Uhr); https://kja.at/site/home/ - Männerberatung – Jugendarbeit, 1110 Wien., Senefeldergasse 2/25 - MEN Jugendberatung (Beratung für Burschen und junge Männer), 1100 Wien, Klinik Favoriten, Kundratstraße 3



- **FEM (Beratung für Mädchen und junge Frauen)**, 1210 Wien, Klinik Floridsdorf, Verwaltungsgebäude Venus/Ebene 3, Brünner Straße 68
- **FEM (Beratung für Mädchen und junge Frauen)**, 1100 Wien, Klinik Favoriten, Kundratstraße 3
- **HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter**, Tel. 01/526 42 02 (Mo., Mi., Do. 10-15 Uhr, Di., Fr. 10-12 Uhr)
- **Hotline für Essstörungen**, Tel. 0800/2011 20; hilfe@essstoerungshotline.at
- **#visible – Kinder psychisch Erkrankter sichtbar machen**, E-Mailberatung; Sofortchat (Mo., Do. 14-17 Uhr, Di., Fr. 9-12 Uhr, Mi. 17-20 Uhr) www.visible.co.at

Abbildung 6: Ambulante und stationäre Einrichtungen bei psychischen Krisen

Ambulant

- **Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik (PSD-Wien)**, 1030 Wien, Kölblgasse 10
- **Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium — Extended Soulspace (PSD-Wien)**, 1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1
- **Niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- **die Boje: Ambulatorium für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in Krisensituationen**, 1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 15
- **SOS Kinderdorf: Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie**, 1210, Anton-Bosch-Gasse 29
- **Child Guidance Clinic**, 1220, Hirschstettner Straße 19–21

Stationär

- **Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien**, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
- **Klinik Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie**, 1130 Wien, Riedelgasse 5
- **Klinik Floridsdorf, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin**, 1210 Wien, Brünner Straße 68



Empfehlenswerte Internettipps für Angehörige und Betroffene

- Kontakt- und Informationsforum für Angehörige von Personen mit SSV:
<http://www.rotelinien.de/>
- Selbsthilfe-Community zum Thema selbstverletzendes Verhalten:
<https://www.rotetraenen.de/>
- Informationsportal zu psychischer Gesundheit:
<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/warnzeichen/selbstverletzendes-verhalten/was-ist-selbstverletzendes-verhalten-svv/>

Weiterführende Informationen

wienXtra:

- Informationsportal zum Thema selbstverletzendes Verhalten:
<https://www.wienextra.at/jugendinfo/infos-von-a-z/selbstverletzendes-verhalten/>
- https://www.wienextra.at/fileadmin/web/jugendinfo/Beratung/Brosch%C3%BCren/SVV_Leporello.pdf

Rat auf Draht:

- <https://www.rataufdraht.at/themenubersicht/gesundheit/selbstverletzendes-verhalten>

Projekt STAR

Informationen dazu: <https://star-projekt.de/https://www.meduniwien.ac.at/web/ueberuns/news/detailseite/2018/news-im-november-2018/selbstverletzendes-verhalten-bei-jugendlichen/>

- Direkt-Link: <https://star-projekt.de/course/view.php?id=12>



4.3. Literaturverzeichnis

Barrocas, Andrea L.; Hankin, Benjamin L.; Young, Jami F. & Abela, John R. Z. (2012): Rates of non-suicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics* 130, Nr. 1: 39-45. doi:10.1542/peds.2011-2094.

Boergers, Julie; Spirito, Anthony & Donaldson, Deidre (1998): Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, Nr. 12: 1287-1293. doi:10.1097/00004583-199812000-00012.

Bresin, Konrad & Schoenleber, Michelle (2015): Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 38: 55-64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Hrsg.: ICD-10-GM: Systematisches Verzeichnis. Zuletzt abgerufen am 22.06.2020. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/systematik/>.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2015): Leitlinie Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. <https://www.awmf.org/leitlinien.html>.

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich; Döpfner, Manfred; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Rief, Winfried; Saß, Henning & Zaudig, Michael, Hrsg. (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. 2., korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.

Högger, Dominique (2010): Zwischen Lebenslust und Lebensfrust: Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention. Aarau.

Medizinische Universität Wien: Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Zuletzt abgerufen am 22.06.2020. <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2018/news-im-november-2018/selbstverletzendes-verhalten-bei-jugendlichen/>.

Muehlenkamp, Jennifer J. (2005): Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American Journal of Orthopsychiatry* 75, Nr. 2: 324-333. doi:10.1037/0002-9432.75.2.324.
Nitkowski, Dennis & Petermann, Franz (2011): Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. [Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review] *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 79, Nr. 1: 9-20. doi:10.1055/s-0029-1245772.

Nock, Matthew & Prinstein, Mitch (2004): A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 (5), 885

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung: plus. Zuletzt abgerufen am 20.06.2020.

<https://www.suchtvorbeugung.net/plus/>.

Plener, Paul L.: Der Blick auf das Besondere: Störungsspezifische Diagnostik. In Plener, Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen, 51-72.

Spezifische Facetten von NSSV und Suizidalität: Zusammenhänge und spezielle Settings. In Plener, Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen, 73-85., Hrsg. (2015). Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Berlin, Heidelberg: Springer,.

Plener, Paul L.; Fegert, Jörg M.; Kaess, Michael; Kapusta, Nestor D.; Brunner, Romuald; Groschwitz, Rebecca C.; In-Albon, Tina; Resch, Franz & Becker Katja (2017): Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie. [Nonsuicidal self-injury in adolescence: a clinical guideline for diagnostics and therapy] Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45, Nr. 6: 463-474. doi:10.1024/1422-4917/a000463.

Plener, Paul L.; Kaess, Michael; Bonenberger, Martina; Blaumer, Dorothee & Spröber, Nina (2012): Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext. Kindheit und Entwicklung 21, Nr. 1: 16-22. doi:10.1026/0942-5403/a000066.

Plener, Paul L.; Kaess, Michael; Schmahl, Christian; Pollak, Stefan; Fegert, Jörg M. & Brown, Rebecca C. (2018): Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. Deutsches Ärzteblatt International 115, Nr. 3: 23-30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023.

Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L. & Karwautz, Andreas F. K. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. European Child & Adolescent Psychiatry 26, Nr. 12: 1483-1499. doi:10.1007/s00787-017-0999-6.

Whitlock, Janis & Knox, Kerry L. (2007): The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 161, Nr. 7: 634-640. doi:10.1001/archpedi.161.7.634.



© Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)
Dieses Skriptum ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte bleiben auch bei nur auszugs-
weiser Verwertung der SDW/dem ISP vorbehalten.

Herausgegeben von:
Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige
GmbH
Modecenterstraße 14/B/2. OG
1030 Wien
Stand: September 2020