



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Selbstverletzung als Copingstrategie junger
Erwachsener“

verfasst von / submitted by

Sabine Prantner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

o.Univ.Prof.em.Dr. Brigitte Rollett

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit wahrnehmen, mich bei einigen Personen zu bedanken, die mir während der Realisierung dieser Arbeit auf verschiedenste Weise unterstützend zur Seite standen.

Ein Dankeschön gilt meiner Betreuerin Frau o. Univ. Prof. em. Dr. Brigitte Rollett für die Ideenstiftung zu diesem spannenden und wertvollen Masterarbeitsthema, sowie die Unterstützung bei der Durchführung und die Begutachtung eben jener.

Besonders herzlich möchte ich mich auch bei meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, Schwiegereltern, Großeltern und meiner Schwester Marianne sowie meinem Verlobten Christoph bedanken. Ohne eure liebevolle Anteilnahme, Rücksicht und Bereitschaft, mir den Rücken frei zu halten, wäre dieser Arbeitsprozess um vieles schwieriger gewesen.

Darüber hinaus gilt mein Dank allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der vorliegenden Studie, die bereitwillig den umfangreichen Online-Fragebogen ausgefüllt haben und mir großteils positives und herzliches Feedback zukommen ließen. Dieser Austausch verdeutlichte mir die Relevanz, über selbstverletzende Verhaltensweisen zu forschen und zu sprechen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	7
2 Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Selbstverletzung	8
2.1.1 Begriffsdefinition	8
2.1.2 Differentialdiagnosen	8
2.1.3 Epidemiologie und Prävalenzen	10
2.1.4 Ursachen und Risikofaktoren	12
2.1.5 Funktionen	14
2.1.6 Theoretische Modelle	15
2.1.6.1 Affektive Dysregulations-Modelle	15
2.1.6.2 Nutzen und Barrieren-Modell	16
2.2 Stress und Coping	20
2.2.1 Begriffsdefinition	20
2.2.2 Copingstrategien	22
2.2.3 Copingverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener	23
2.3 Selbstverletzung und Coping	23
2.3.1 Copingstrategien Selbstverletzender	23
2.3.2 Selbstverletzung als Copingstrategie	26
3 Überleitung zum empirischen Teil	27
4 Ziele der Untersuchung	30
5 Methodik	31
5.1 Untersuchungsplan	31
5.2 Operationalisierung und Messinstrumente	31
5.2.1 Soziodemografische Daten	31
5.2.2 Erwachsensein	31
5.2.3 Stresserleben	31
5.2.4 Copingstrategien	32
5.2.5 Selbstverletzendes Verhalten	32
5.2.5.1 Adaptiertes modifiziertes Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar (MOUSI)	32
5.2.5.2 Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSSV)	33
5.2.5.3 Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Selbstverletzung als	

Copingstrategie	34
5.3 Durchführung und Ablauf	34
5.4 Fragestellungen und Hypothesen	34
5.4.1 Fragestellung 1	34
5.4.2 Fragestellung 2	35
5.4.3 Fragestellung 3	36
5.4.4 Fragestellung 4	36
5.5 Stichprobenbeschreibung	36
5.5.1 Geschlecht	36
5.5.2 Alter	37
5.5.3 Land und Wohnsituation	37
5.5.4 Formaler Bildungsgrad	38
5.5.5 Haupttätigkeit	39
5.5.6 Beziehungsstatus	39
6 Ergebnisse	40
6.1 Erhebungsverfahren	40
6.1.1 Stress-Indikatoren	40
6.1.2 Reliabilitätsanalyse des übersetzten Brief COPE	40
6.1.3 Reliabilitätsanalyse des adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie	41
6.2 Merkmale und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens	43
6.2.1 Häufigkeit	43
6.2.1.1 1-Monats-Prävalenz	43
6.2.1.2 6-Monats-Prävalenz	44
6.2.1.3 Durchschnittliche Häufigkeit	44
6.2.2 Labilisierende Bedingungen	45
6.2.3 Beginn des SVV	46
6.2.4 Mitwissende	46
6.2.5 Druck durch das SVV	47
6.2.6 Drogen und Alkohol	47
6.2.7 Gründe	47
6.2.8 Körperregionen	48
6.2.9 Methoden der Selbstverletzung	48

SELBSTVERLETZUNG ALS COPINGSTRATEGIE	5
6.2.10 Erleichterung durch selbstverletzendes Verhalten	50
6.2.11 Dauer des Anhaltens des Erleichterungsgefühls nach einer Selbstverletzung	53
6.2.12 Widerstand	53
6.2.13 Zeit zwischen Gedanke und Ausführung des SVV	53
6.2.14 Auslösende Gefühle	54
6.2.15 Körperlicher Schmerz	54
6.2.16 Veränderung des SVV und Motivation zur Beendigung	54
6.2.17 Ablenkung	55
6.2.18 Behandlung	56
6.3 Gefühl des Erwachsenseins	57
6.4 Stresserleben	62
6.4.1 Unterschiede im Stresserleben Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender	62
6.4.2 Vorhersagekraft des Stresserlebens für selbstverletzendes Verhalten	63
6.5 Copingstrategien	65
6.5.1 Unterschiede im Copingverhalten Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender	65
6.5.2 Ermittlung von Typen bezüglich des Copingverhaltens Selbstverletzender	67
6.5.2.1 Clusterermittlung	67
6.5.2.2 Clusterbeschreibung	67
6.6 Selbstverletzung als Copingstrategie	76
6.6.1 Zusammenhänge des SVV mit dem Ausmaß des Erleichterungsgefühl	76
6.6.2 Faktorenanalyse zu Auslösern des SVV	77
6.6.3 Vorhersagekraft der Auslöser-Faktoren für das Erleichterungsgefühl nach selbstverletzenden Handlungen	80
7 Diskussion	82
7.1 Charakteristika der Stichprobe der sich Selbstverletzenden	82
7.2 Gefühl des Erwachsenseins bei Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden	86
7.3 Stresserleben bei Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden	87
7.4 Copingstrategien bei Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden	88
7.5 Selbstverletzendes Verhalten als eigenständige Copingstrategie	92
7.6 Limitationen	94
7.7 Implikationen	95
8 Zusammenfassung	98

SELBSTVERLETZUNG ALS COPINGSTRATEGIE	6
9 Literaturverzeichnis	100
10 Tabellenverzeichnis	114
11 Abbildungsverzeichnis	115
12 Anhang	117
Anhang 1: Übersetzung des Brief COPE	117
Anhang 2: Verwendete Items des MOUSI	119
Anhang 3: Item des FSVV zur durchschnittlichen Auftretshäufigkeit	126
Anhang 4: Item des FSVV zu den labilisierenden Bedingungen	126
Anhang 5: Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie	127
Anhang 6: Reliabilitätsanalyse und Itemparameter des übersetzten Brief COPE	132
Anhang 7: Anfängliche Gründe für SVV	135
Anhang 8: Aktuelle Gründe für SVV	137
Anhang 9: Wahrgenommene Veränderungen des SVV	140
Anhang 10: Zustimmendes Antwortverhalten auf 27 Auslöser	141
Anhang 11: Ausmaß der Erleichterung für die 27 Auslöser	143
Anhang 12: Online-Fragebogen	145
Anhang 13: Deutscher Abstract	186
Anhang 14: Englischer Abstract	187

1 Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten ist ein weit verbreitetes und potentiell gefährliches Phänomen, das gehäuft in der Jugend und dem jungen Erwachsenenalter zu beobachten ist (Gandhi et al., 2018; In-Albon et al., 2017; Jacobson & Gould, 2007; Plener, Brunner, Resch, Fegert & Libal, 2010).

Frühere theoretische Modelle haben bereits große Fortschritte bei der Bereitstellung von Einsichten in dieses Themengebiet erzielt, aber ein umfassender Kenntnisstand über die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser problematischen Verhaltensweise ist immer noch begrenzt (Andover & Morris, 2014; Chapman, Gratz & Brown, 2006; Gratz & Roemer, 2008; Hasking, Whitlock, Voon & Rose, 2016; Hooley & Franklin, 2018). Aufgrund der weiten Verbreitung und der potentiellen Gefahr von selbstverletzendem Verhalten (SVV) bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Bedarf an neuem Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Phänomens hoch. In den letzten Jahren wurden bedeutende Fortschritte beim Verständnis dieser Verhaltensweise erzielt. Nichtsdestotrotz blieb beispielsweise die Frage, wie Selbstverletzung eine Copingstrategie Betroffener darstellen kann, unbeantwortet. Darüber hinaus fehlen besonders Daten zu der Altersgruppe junger Erwachsener im deutschsprachigen Raum.

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der Untersuchung des SVV als Copingstrategie, die junge Erwachsene anwenden, um durch den selbstverletzenden Akt ein Gefühl der Erleichterung in subjektiv stressinduzierenden Situationen zu erlangen. Die Untersuchung der Copingstrategien junger, sich selbstverletzender Erwachsener in Verbindung mit dem Aspekt der Selbstverletzung als eigenständige Copingstrategie kann bei der Entwicklung altersadäquater Präventions- und Interventionsstrategien hilfreich sein. Wirksame Präventionsstrategien für SVV können im Zusammenhang mit Copingfaktoren sehr relevant sein, da sich gezeigt hat, dass adaptive Copingstile mit einem geringeren Risiko für SVV assoziiert sind und Personen mit SVV mehr maladaptive und weniger adaptive Copingstile anwenden, als Personen ohne SVV (Andover, Pepper & Gibb, 2007; Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009; Marusic & Goodwin, 2006; Santos, Saraiva & De Sousa, 2009; Trepal, Wester & Merchant, 2015).

Eine weitere Fragestellung betrifft die Unterschiede zwischen sich selbstverletzenden und nicht selbstverletzenden jungen Erwachsenen bezüglich ihres Stresserlebens und Copingverhaltens. Außerdem wurde untersucht, ob sich diese Gruppen hinsichtlich ihres Gefühls, bereits erwachsen zu sein, unterscheiden.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Selbstverletzung

2.1.1 Begriffsdefinition. Nicht-suizidales, selbstverletzendes Verhalten (NSSV) wird als die absichtliche und selbstverschuldete Zerstörung von Körpergewebe ohne suizidale Absicht definiert. Schneiden, Kratzen, Beißen und Verbrennen der Haut sind einige Verhaltensweisen, die das NSSV umfasst (Zetterqvist, 2015). Am häufigsten wird der eigene Körper durch die Beschädigung der Haut wie Schneiden, Ritzen, Kratzen, Schlagen, Kneifen, Beißen und Verbrennen selbst verletzt (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007). Ein Großteil der Betroffenen wendet nicht nur eine, sondern mehrere dieser selbstverletzenden Methoden an und ändert diese teils über die Zeit hinweg (Yates, 2004). Sowohl die Methoden der Selbstverletzung, als auch die körperlichen Lokalisationen sind bei Betroffenen stark variierend. Am häufigsten sind Arme und Beine von Selbstverletzungen betroffen (Petermann & Nitkowski, 2015). Selbstverletzendes Verhalten (SVV) tritt wiederholt auf und erfolgt impulsiv. Die Selbstverletzung kann offen oder heimlich ausgeführt werden (Frank, 2005).

Laut Definition der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) gilt es als repetitives NSSV, wenn sich die Betroffenen innerhalb eines Jahres an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst eine Schädigung von Körpergewebe zugefügt haben (American Psychiatric Association, 2013). In der 5. Auflage des Klassifikationssystems *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (DSM-5) der APA in der „Sektion III“ wird in nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und suizidale Selbstverletzung (SSV) kategorisiert. NSSV findet sich im Kapitel „Conditions for further study“ des DSM-5. Damit wurden NSSV und SSV erstmals als diagnostische Kategorien in das DSM-5 aufgenommen und eindeutig im Rahmen eines Klassifikationssystems definiert (Plener, Kapusta, Brunner & Kaess, 2014). Davor fanden sich NSSV und SSV lediglich als Symptome im ICD-10 und im DSM-IV-TR, wobei NSSV in beiden Klassifikationssystemen als Symptom der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10) bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; DSM-IV) gewertet wurde (Plener et al. 2014).

2.1.2 Differentialdiagnosen. Lange Zeit galt SVV einzig als Symptom einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Neuere Studienergebnisse deuten aber darauf hin, dass SVV mit einer Vielzahl von Störungsbildern assoziiert ist und auch in Abwesenheit von psychiatrischen Diagnosen auftreten kann (Glenn & Klonsky, 2013; Joiner, Ribeiro & Silva, 2012; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Selby, Bender, Gordon, Nock & Joiner, 2012). So war beispielsweise auch in Stichproben ohne Borderline-Symptomatik NSSV beobachtbar (Ross

& Heath, 2002; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006). Bentley und KollegInnen (2015) schlagen daher vor, NSSV als ein transdiagnostisches Phänomen anzusehen.

Bei der Diagnosestellung von SVV muss insbesondere eine Abgrenzung von Suizidalität und von einer artifiziellen Störung stattfinden (Petermann & Winkel, 2007). NSSV gilt als wichtiger Risikofaktor für suizidales Verhalten (Groschwitz, Kaess et al., 2015). Ribeiro und KollegInnen (2016) fanden in einer Meta-Analyse mehrerer Longitudinalstudien heraus, dass sowohl vorherige Suizidversuche, als auch NSSV zukünftige Suizidversuche vorhersagen können. Das systematische Review von Castellví et al. (2017) kam zu dem Ergebnis, dass bei 68% aller Suizidtodesfälle keine Suizidversuche vorausgingen. Dennoch wurde aufgezeigt, dass Suizide stark mit selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen, sowie mit vergangenen Suizidversuchen assoziiert sind. Ebenso kam die Untersuchung zu dem Schluss, dass das Risiko, durch Suizid zu sterben, bei Adoleszenten höher ist, als in bisherigen Meta-Analysen angenommen wurde (Castellví et al., 2017).

Unter der artifiziellen Störung versteht man eine psychische Störung, bei der Betroffene Krankheitssymptome vortäuschen oder sich selbst zufügen, um eine Krankenrolle einnehmen zu können. Diese Symptome können beispielsweise durch das Verzehren oder Injizieren von giftigen Substanzen erzeugt werden. Personen, die an einer artifiziellen Störung leiden, suchen gezielt ÄrztInnen und Kliniken auf. In schwerwiegenden Fällen unterziehen sie sich sogar medizinisch nicht indizierten Operationen (Petermann & Winkel, 2007). Das Münchhausen-Syndrom beschreibt die genauere syndromale Differenzierung von Personen mit chronischen artifiziellen Störungen (Kapfhammer, 2003). Bei einer artifiziellen Störung ist eine genaue differentialdiagnostische Abklärung wichtig, da sich das Störungsbild in einigen wesentlichen Aspekten von jenem des SVV unterscheidet (Petermann & Winkel, 2007).

Weitere häufig auftretende komorbide psychische Störungen sind depressive Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, externalisierende Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, sowie Substanzmissbrauch (In-Albon, Ruf & Schmid, 2013; Petermann & Nitkowski, 2015).

Laut DSM-5 stellen folgende Ausschlussdiagnosen kein NSSV dar: Selbstbeschädigungen, die im Rahmen von stereotypem Verhalten, beispielsweise bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen auftreten, neurologische Erkrankungen, genetische Syndrome, motorische Tic-Störungen, Intelligenzminderungen, während psychotischer Zustände oder im Rahmen einer Intoxikation auftretendes SVV. Des Weiteren ist gemäß DSM-5 die

Trichotillomanie, die Onychophagie und die körperdysmorphe Störung von NSSV abzugrenzen (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.3 Epidemiologie und Prävalenzen. Bei Kindern und besonders Jugendlichen ist SVV weit verbreitet. Das Jugendalter stellt zumeist den Beginn für selbstverletzendes Verhalten dar (Plener et al., 2010; In-Albon et al., 2017; Gandhi et al., 2018). In den letzten Jahren wurde vermehrt eine steigende Prävalenzrate der sich selbst Verletzenden postuliert (Jacobson & Gould, 2007; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012).

In diversen Untersuchungen wird von einer Lebenszeitprävalenz von 13% bis zu 28% von SVV bei Jugendlichen ausgegangen (Brunner et al., 2014; Jacobson & Gould, 2007, Plener et al., 2013). Jacobson und Gould (2007) nahmen eine kritische Durchsicht der Literatur zu NSSV in der Adoleszenz vor. Ihre Ergebnisse deuten auf eine Lebenszeitprävalenz von 13% bis 23% hin. Gemäß einer deutschen Studie mit klinisch-psychiatrischer Stichprobe von 359 Jugendlichen beträgt die Prävalenz für SVV 37% und für NSSV nach DSM-5 Kriterien rund 21% (Kaess et al., 2016). In einer Meta-Analyse zu NSSV in nicht-klinischen Stichproben wurde auf die verschiedenen Alterskohorten eingegangen und von einer Prävalenz von 17% bei Jugendlichen, von 13% bei jungen Erwachsenen und von rund 6% bei Erwachsenen berichtet (Swannell, Martin, Page, Hasking & St John, 2014).

In repräsentativen Stichproben der deutschen Population konnte gezeigt werden, dass die Rate von SVV mit steigendem Alter abnimmt (Müller, Claes, Smits, Brähler & de Zwaan, 2016; Plener et al., 2016). Laut einer Studie von Plener et al. (2016) zur Prävalenz von NSSV in einer repräsentativen Stichprobe Deutschlands war das mittlere Alter für ein erstmaliges Auftreten 17.25 Jahre. Das Alter, in dem NSSV aufhörte, lag in der Untersuchung im Mittel bei 26.74 Jahren. Im Durchschnitt praktizierten die Befragten NSSV für 9.3 Jahre, die Prävalenzrate reduzierte sich somit in höheren Altersgruppen. Bei einer Langzeitstudie im Zeitraum von 1992 bis 2008 wurden australische SchülerInnen (n = 1802) mittels Fragebögen und Telefoninterviews zu selbstverletzendem Verhalten untersucht (Moran et al., 2012). Die TeilnehmerInnen hatten zu Beginn der Untersuchungswellen im Mittel ein Alter von 15.9 Jahren. In der Stichprobe gaben 8% an, sich mindestens einmal selbst verletzt zu haben, wobei dies von mehr Mädchen als Jungen angegeben wurde. Diese Longitudinal-Ergebnisse sprechen ebenfalls dafür, dass eine deutliche Verringerung von Selbstverletzung während der späten Adoleszenz stattfindet. So berichteten 7% der Teilnehmenden, die sich während der Adoleszenz selbst verletzten, das SVV im jungen Erwachsenenalter eingestellt zu haben (Moran et al., 2012). Gandhi et al. (2018) beschäftigten sich in ihrer Studie von 4379 dänisch-sprechenden Jugendlichen und jungen

Erwachsenen mit der Frage nach dem zeitlichen Beginn von NSSV. Sie fanden heraus, dass, obwohl die erste Episode von NSSV bereits mit sechs Jahren auftreten konnte, die Wahrscheinlichkeit einer NSSV Episode erst ab einem Alter von neun Jahren dramatisch anstieg. Unabhängig davon, ob es eine klinische oder nicht-klinische Stichprobe war, hatte das erstmalige Erkrankungsalter des NSSV seinen Höhepunkt im Alter von 14 bis 15 Jahren. Ein zweiter Höhepunkt wurde im Alter zwischen 20 und 24 Jahren beobachtet (Gandhi et al., 2018).

Müller et al. (2016) untersuchten eine deutsche Stichprobe auf Geschlechtsunterschiede in Bezug auf selbstschädigendes Verhalten. Selbstschädigung ist hierbei als ein breites Spektrum selbstgerichteter schädlicher Verhaltensweisen zu verstehen, das im Gegensatz zu selbstverletzendem Verhalten unabhängig von suizidalen Absichten und inklusive indirekter Arten von Selbstschädigung (z.B. riskante Verhaltensweisen, missbräuchliche Beziehungen, Drogenmissbrauch) gewertet wird. Selbstschädigungen wurden in dieser Untersuchung von Frauen öfter in diskreteren Formen ausgeführt als von Männern. So fügten sich Frauen häufiger folgende Schäden zu: Vermeidung von Wundheilung, Hungern, Missbrauch von Abführmitteln sowie Einlassen auf emotional missbrauchende Partner. In Bezug auf SVV neigten Frauen eher zu Suizidversuchen und Selbstverletzungen durch Schneiden. Männer dagegen zeigten öfter indirekte Selbstschädigung wie verantwortungsloses Autofahren, Promiskuitivität und das absichtliche Verlieren der Arbeit. Direkte Selbstschädigung konnte bei Männern gehäuft in Form von Kopfschlägen verzeichnet werden (Müller et al., 2016). Geschlechtsunterschiede zeigten sich auch in einer von Whitlock, Prussien und Pietrusza (2015) durchgeführten Online-Studie mit einer Stichprobe von 836 amerikanischen Studierenden mit aktueller oder vergangener NSSV-Historie. Personen mit aktuellem NSSV waren eher weiblich und etwas jünger als die Gesamtstichprobe und berichteten von einer höheren NSSV-Lebenszeitfrequenz, mehr NSSV-Formen und -Funktionen, sowie mehr aktuellen psychischen Belastungen (Whitlock et al., 2015). Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei SVV liegen jedoch teils widersprüchliche Ergebnisse vor (Bresin & Schoenleber, 2015; Briere & Gil, 1998; Klonsky, 2011, Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006).

Die selbstzugefügten Verletzungen finden sich bei Betroffenen typischerweise an für die Person leicht zugänglichen Körperstellen und in Mustern aus zahlreichen Schnitten in unterschiedlichen Abheilungsphasen. Die Manipulation von Wunden kann dazu führen, dass die Wundheilung gestört wird und Verletzungen dadurch häufig nur langsam und schlecht heilen können (Petermann & Winkel, 2007). Laukkanen, Rissanen, Tolmunen, Kylmä und Hintikka untersuchten 2013 die Bedeutung der Körperstellen, an denen sich Jugendliche selbst verletzten.

Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das Zufügen von Verletzungen an anderen Stellen als den Armen mit schwerwiegenden psychiatrischen Symptomen in Zusammenhang steht. In der Studie berichtete ein Großteil der Befragten (67%), sich nur am Oberarm zu verletzen, 33% gaben an, sich darüber hinaus auch an anderen Körperstellen zu schneiden. Die Verletzung anderer Körperstellen als der Arme war besonders stark mit dem weiblichen Geschlecht und emotionalen sowie dissoziativen Symptomen, Suizidalität miteingeschlossen, assoziiert (Laukkanen et al. 2013).

2.1.4 Ursachen und Risikofaktoren. In einem systematischen Review wurde eine Vielzahl von Risikofaktoren für SVV identifiziert: Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit, somatische Beschwerden, Depression, Aggressivität, Ängste, Alexithymie, psychische Erkrankungen eines Elternteils, Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit, geringer Selbstwert, Selbstabwertung und Hoffnungslosigkeit (Fliege et al., 2009). Psychosoziale Faktoren können außerdem eine beeinträchtigte Emotionsregulation, das Fehlen von funktionalen Bewältigungsstrategien, emotionale Vernachlässigung, soziale Konflikte, Kontakt zu selbstverletzenden Peers und traumatische Erlebnisse sein und zur Entstehung, sowie Aufrechterhaltung von SVV beitragen (Plener et al., 2010).

Lev-Wiesel und Zohar untersuchten 2014 die Rolle der Dissoziation in SVV bei weiblichen Jugendlichen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden. Dissoziation wird nach ICD-10 und DSM-5 als psychophysiologischer Prozess beschrieben, dessen wesentlichstes Charakteristikum in einer Desintegration der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität, der Wahrnehmung der Umwelt, sowie der Sensorik, Sensibilität und Motorik besteht (Priebe, Schmahel & Stiglmayr, 2013). Lev-Wiesel & Zohar (2014) stellten fest, dass sich das Risiko, SVV zu entwickeln, durch kindlichen sexuellen Missbrauch verdreifachte. Ebenfalls wurde von jenen von Missbrauch betroffenen Mädchen über stärkere, anhaltende Dissoziationen berichtet.

Eine Studie von Palmer, Welsh und Tiffin (2016) deutet darauf hin, dass Jugendliche, die sich selbst verletzen, im Gegensatz zu jenen, die kein SVV zeigen, ihre Familien als dysfunktionaler erleben und stärkere Beeinträchtigungen in der Funktionalität ihrer Familien wahrnehmen. Traumatische Eltern-Kind-Erlebnisse und ungünstige Familienereignisse wurden auch in der Untersuchung von Martin, Bureau, Yurkowski, Fournier, Lafontaine und Cloutier (2016) besonders häufig von Jugendlichen mit persönlichen Selbstverletzungserfahrungen berichtet. Studien sprechen dafür, dass ein starker Zusammenhang zwischen SVV und massiver elterlicher Vernachlässigung, Kritik, sowie elterlicher Antipathie besteht (Bureau et al., 2010;

Kaess et al., 2013). Ein wahrgenommener Mangel an elterlicher emotionaler Unterstützung kann einen direkten Einfluss auf die Häufigkeit von NSSV haben. Die wahrgenommene elterliche Kritik hat indirekte Wirkungen auf die Selbstkritik von Kindern und Jugendlichen, die im Sinne einer Mediatorvariable ebenfalls SVV begünstigen kann (Baetens et al., 2015).

Schlechte elterliche und familiäre Beziehungen in Verbindung mit ineffektiven Emotionsregulationsstrategien können zu Selbstkritik und niedrigem Selbstwertgefühl führen, wodurch das Risiko, SVV anzuwenden, steigt (Tatnell, Kelada, Hasking & Martin, 2014). Risikofaktoren für SVV können somit auch körper- und selbstorientierte Variablen beinhalten, wie z.B. ein negatives Selbstverständnis, Selbstwertgefühl, Körperbild, sowie eine Selbstobjektivierung und Selbstkritik (Duggan, Heath & Hu, 2015; You, Lin & Leung, 2015).

Ein früher Beginn von SVV stellt zudem einen Risikofaktor für eine längere Dauer von SVV dar und ist mit einem größeren Risiko, Depressionen, suizidale Intentionen und andere psychologische Störungen zu entwickeln, assoziiert (Groschwitz et al., 2015).

Wer in der Adoleszenz von Schlafproblemen betroffen ist, berichtet zudem signifikant häufiger von SVV (Hysing, Sivertsen, Stormark & O'Connor, 2015). Auf einen veränderten Schlaf bezogene Risikofaktoren sind Schlaflosigkeit, kurze Schlafdauer, lange Schlaf-Latenz, unruhiger Schlaf, Schlaf-Unzufriedenheit, Schläfrigkeit und Müdigkeit tagsüber, Schnarchen, Albträume und Aufsetzen, nachdem man in der Nacht aufwacht, sowie große Unterschiede im Schlafrhythmus zwischen Wochentagen und Wochenenden (Hysing et al., 2015; Liu, Chen, Bo, Fan & Jia, 2017). Zusätzlich ist ein problematisches Schlafverhalten in der Jugend ein starker Prädiktor, nicht nur für SVV, sondern auch für suizidale Gedanken (Wong, Brower & Zucker, 2011).

Lernen am Modell und Imitation spielen ebenfalls eine Rolle im Entstehen und Aufrechterhalten von SVV. Imitationseffekte können besonders oft in Peer-Gruppen von Jugendlichen in schulischen und privaten sozialen Settings verzeichnet werden (Prinstein et al., 2010; You, Lin, Fu & Leung, 2013). Soziale Ansteckung findet zudem gehäuft in stationären Umfeldern und Gefängnissen statt (Jarvi, Jackson, Swenson & Crawford, 2013). Das Internet nimmt hierbei auch eine zentrale Rolle ein, denn in unzähligen Diskussionsforen oder Blogs tauschen sich psychisch belastete Menschen über ihre Probleme aus (Eichenberg, 2011; Eichenberg & Schott, 2017; Whitlock, Powers & Eckenrode, 2006).

Zusammenfassend zeigt sich, dass bisher eine Vielzahl an intra- und interpersonellen Faktoren, wie Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen, diverse psychische Störungen und körperliche Beschwerden, familiäre Probleme, bis hin zu einem niedrigen Selbstwertgefühl,

Schlafproblemen, Arbeitslosigkeit, sowie Imitationseffekte in Peer-Gruppen, identifiziert werden konnten. Diese können sowohl Ursachen, als auch Risikofaktoren zur Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten darstellen (Cassels & Wilkinson, 2016).

2.1.5 Funktionen. Die Entstehung von SVV kann einerseits viele verschiedene Ursachen haben, sowie es andererseits auch multiple Funktionen übernehmen kann (Plener et al., 2010). Ein biopsychosoziales Modell der Entstehung von selbstverletzendem Verhalten wird angenommen (Walsh, 2008).

Eine für manche Betroffene mögliche Funktion des SVV ist das Befreien von einem als unerträglich empfundenen Spannungszustand (Frank, 2005). Die aggressive, gegen den eigenen Körper gerichtete Handlung kann für Jugendliche und junge Erwachsene gleichzeitig einen Akt der Selbstfürsorge darstellen, da unkontrollierbare und überwältigende Affekte reguliert und dissoziative Zustände beendet werden können. Im Zuge der Selbstverletzung werden Affekte häufig als diffus wahrgenommen und so entstehen als unerträglich empfundene Spannungszustände. Den Betroffenen ist eine Bewältigung dieses negativen Affektzustandes nicht möglich und kognitive Wahrnehmungs- und Denkformen beginnen unter diesem affektiven Druck zu dissoziieren. Die Selbstverletzung kann als die einzige Möglichkeit erscheinen, diese Spannung zu lösen und den dissoziativen Zustand rasch zu beenden. Die Selbstverletzung kann unter diesen Umständen dann ein Gefühl der Erleichterung, Entlastung, Klarheit bis hin zur Euphorie, auslösen (Frey & Von Ceumern-Lindenstjerna, 2009).

In einem Review von Klonsky (2007) wird berichtet, dass mehrere Untersuchungen zu den Funktionen von NSSV zeigen, dass zum einen akute negative Affekte der Selbstverletzung vorausgehen, zum anderen verminderte negative Affekte und Erleichterung nach der Selbstverletzung vorhanden sind. Des Weiteren wird Selbstverletzung am häufigsten mit der Absicht durchgeführt, negative Affekte zu lindern. So zeigten sich negative Affekte und Erregungszustände auch in Laborsituationen nach der Selbstverletzung reduziert. Klonsky (2009) fasste in einer seiner Arbeiten die Funktionen von NSSV ebenfalls folgend zusammen: Affektregulation, Anti-Dissoziation, Anti-Suizid, interpersonelle Beziehungen, interpersonelle Beeinflussung, Selbstbestrafung und Sensationssuche. Die Ergebnisse einer späteren Untersuchung von Klonsky (2011) deuten darauf hin, dass besonders die Regulierung von negativen Affekten einen Grund für NSSV darstellt und in geringerem Ausmaß Selbstbestrafung und interpersonelle Einflüsse als Gründe wirken.

Ein aktuellerer Review von Edmondson, Brennan und House (2016) beschäftigt sich ebenfalls mit den Gründen für SVV bei sich selbstverletzenden Personen. Im Review waren 152

Studien auf Fragebogen- (74%) und Interview-Basis (26%) inkludiert. Die AutorInnen fassten eine Vielzahl von Gründen zusammen: (a) Management von Distress/ Affekt-Regulation (b) Ausüben interpersonellen Einflusses (c) Bestrafung (d) Dissoziation (e) Sensationssuche (f) Suizid-Vermeidung (g) Erhalten oder Erkunden von Grenzen (h) Ausdruck und Bewältigung der Sexualität (i) Positive Erfahrungen (j) Definieren des Selbst'.

Die erste Meta-Analyse zur Prävalenz der verschiedenen Funktionen von NSSV lässt den Schluss zu, dass für Betroffene intrapersonelle Faktoren (66%-81%), insbesondere die Emotionsregulation betreffend, häufiger von Bedeutung sind, als interpersonelle Faktoren (33%-56%) (Taylor, Jomar, Dhingra, Forrester & Shahmalak, 2018).

Wie die bisher beschriebenen Studien zeigen, scheinen Betroffene von SVV unter anderem in den durch die Selbstverletzung übernommenen Funktionen, ihren angewendeten Methoden oder Ausprägungen psychopathologischen Verhaltens sehr heterogen zu sein. Klonsky und Olino (2008) identifizierten deshalb anhand dieser Kriterien Gruppen von Selbstverletzenden. Die Mehrheit der Selbstverletzenden gehörte jener Gruppe an, die durch weniger oder weniger schwere NSSV-Verhaltensweisen und weniger psychopathologische Symptome gekennzeichnet waren. Dem gegenüber identifizierten sie eine Gruppe, die eine Vielzahl von NSSV-Handlungen durchführte und das aufgrund von sozialen, als auch automatischen Funktionen. Diese Gruppe war zudem durch hohe Ängste gekennzeichnet. Eine weitere Risikogruppe verletzte sich vornehmlich im Privaten, heimlich und äußerte dafür großteils automatische Funktionen. Sie zeigte darüber hinaus hohe Ausprägungen von Suizidalität (Klonsky & Olino, 2008). Schlussfolgernd können die verschiedenen Funktionen des SVV für Betroffene unterschiedlich bedeutsam und für den weiteren Verlauf entscheidend sein.

2.1.6 Theoretische Modelle. Es gibt eine Vielzahl von Theorien und Modellen zu SVV. Im Folgenden werden für diese Arbeit zwei relevante Modelle vorgestellt.

2.1.6.1 Affektive-Dysregulations-Modelle. Affektive-Dysregulations-Modelle gehen davon aus, dass Selbstverletzung darauf beruht, Affekte wie Wut, Angst oder Schmerz auszudrücken und/oder kontrollieren zu können, da diese nicht auf verbalem Wege oder auf andere Weise ausgedrückt werden können (Suyemoto, 1998). Dieses breite Konzept setzt sich zusammen aus der Emotionsreaktivität, welche die Schwelle, Intensität und Dauer erlebter Emotionen (Davidson, 1998) umfasst, sowie der Emotionsregulation, die Fähigkeiten und Prozesse betrifft, die zur Modulation emotionaler Zustände verwendet wird (Grazt & Roemer, 2004; Gross, 1998).

In diesen Modellen wird angenommen, dass SVV im Sinne der Emotionsreaktivität mit einem hohen Grad an negativen Affekten und einer Überreaktion auf emotionale Reize in Verbindung steht. Weiter wird in diesen Modellen davon ausgegangen, dass SVV als Emotionsregulationsstrategie zur emotionalen Entlastung angesehen werden kann (Chapman, et al., 2006; Hasking et al., 2016). Gratz und Roemer (2008) sehen den Zusammenhang von SVV und Emotionsregulationstrategien darin, dass adaptive Emotionsregulation die Fähigkeit sei, Emotionsregulationsstrategien flexibel an den gegebenen Kontext anzupassen. Hierbei geht die Emotionsregulation mit einer Linderung des negativen Affekts einher, welche als die primäre Funktion von SVV gedeutet wird. Somit sehen Gratz und Roemer (2008) SVV als eine Strategie, die verwendet werden könnte, um emotionale Erfahrungen zu regulieren.

Tagebuchstudien, sowie experimentelle physiologische oder Longitudinal-Untersuchungen sprechen im Gegensatz zu Untersuchungen mit retrospektiven Selbstberichten gegen eine erhöhte negative Emotionsreaktivität von Personen, die sich selbst verletzen (Bresin, 2014; Franklin, Aaron, Arthur, Shorkey & Prinstein, 2012; Franklin, Puzia et al., 2013; Franklin, Puzia, Lee & Prinstein, 2014; Glenn, Blumenthal, Klonsky & Hajcak, 2011; Kaess et al., 2012).

Theorien zur Emotionsregulation durch SVV hingegen sind empirisch gut belegt (Armey, Crowther & Miller, 2011; Andover & Morris, 2014; Klonsky, 2007; Nock, 2009; Nock et al., 2009; Whitlock et al., 2011). Die Regulation von Emotionen kann somit als primärer Motivator zur Entstehung und Aufrechterhaltung von SVV gesehen werden. Victor, Glenn und Klonsky (2012) überprüften die Idee des NSSV als Suchtverhalten und kamen ebenfalls zu dem Schluss, dass die Regulation von Emotionen die hauptsächliche Funktion des NSSV sei. Menschen mit SVV berichten ebenfalls über eine größere Fehlregulation von Emotionen als Personen ohne Selbstverletzungs-Historie (Andover & Morris, 2014), sowie einen eingeschränkten Zugang zu Emotionsregulationsstrategien (Whitlock et al., 2015).

Emotionsregulation ist sowohl theoretisch als auch empirisch in Verbindung mit SVV gebracht worden. Bisherige Forschungsergebnisse sprechen somit dafür, dass SVV häufig als eine Emotionsregulationsstrategie Anwendung findet und oftmals mit der Verringerung negativer Affekte einhergeht (Andover & Morris, 2014).

2.1.6.2 Nutzen und Barrieren-Modell. Ein neues konzeptionelles Modell von Hooley und Franklin (2018) integriert bisherige Forschungstheorien und beschreibt NSSV als Nutzen, der für die meisten Menschen zugänglich ist, wobei viele Menschen nicht auf diesen Nutzen zugreifen, da sie durch verschiedene natürliche und instinktive Barrieren davon abgehalten werden. Das Nutzen und Barrieren-Modell (*engl. benefits and barriers model*) der NSSV stützt

sich auf bisherige Modelle des SVV, sowie grundlegende psychologische Forschungsergebnisse und integriert aktuelle Befunde aus experimentellen- und Longitudinalstudien über SVV.

Hooley und Franklin (2018) stellen klar, dass der Begriff Nutzen gewählt wurde, da die Selbstverletzung affektive Vorteile bieten kann. Aber sie betrachten NSSV keineswegs als vorteilhaftes Verhalten, sondern als mit erheblichen physischen und psychischen Schäden einhergehend. Als Nutzen postulieren Hooley und Franklin (2018) folgende: (a) Affekt-Verbesserung (b) Befriedigung von Selbstbestrafungswünschen (c) Gruppenzugehörigkeit (d) Kommunikation von Not oder Stärke.

Im Sinne der Affekt-Verbesserung bezieht sich das Modell auf Forschungsergebnisse, die zeigen, dass durch SVV negative Affekte reduziert und positive Affekte induziert werden können, sowie eine Ablenkung von negativen Gedanken und Emotionen herbeigeführt werden kann. Darüber hinaus nennen Hooley und Franklin (2018) hierzu das Phänomen des *Pain Offset Relief*, der Erleichterung, die einem Schmerzreiz, der beendet wird, folgt (siehe Abbildung 1).

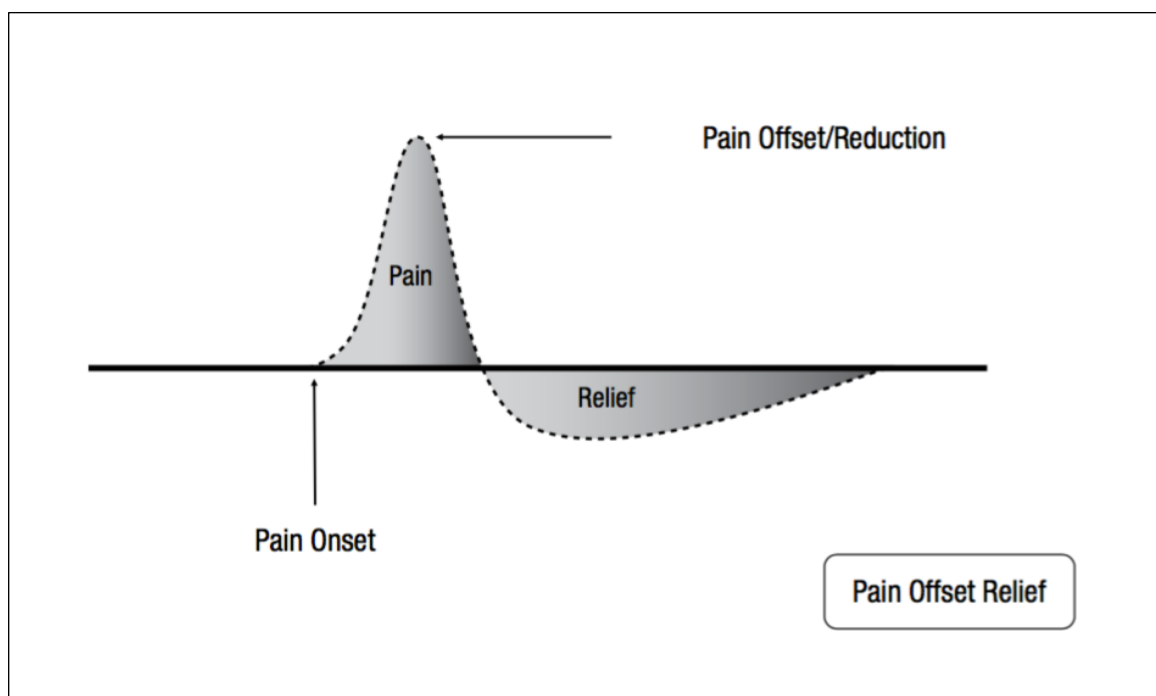


Abbildung 1. Pain Offset Relief (Hooley & Franklin, 2018)

In Laborstudien, auch mit Personen mit SVV, konnte gezeigt werden, dass die Entfernung von Schmerz, den positiven Affekt signifikant erhöht und den negativen Affekt und die physiologische Erregung reduziert (Bastian, Jetten & Fasoli, 2011; Bresin & Gordon, 2013a; Bresin & Gordon, 2013b; Franklin et al., 2010; Franklin, Lee, Hanna & Prinstein, 2013; Franklin, Puzia et al., 2013; Franklin et al., 2012; Gerber et al., 2014; Weinberg & Klonsky, 2012). Im Nutzen und Barrieren-Modell (*engl. benefits and barriers model*) wird nun davon

ausgegangen, dass Personen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen aufgrund der neuronalen Überlappung von physischem und emotionalem Schmerz, durch die Selbstverletzung unbewusst emotionalen Schmerz reduzieren und somit einen positiven Affekt, im Sinne des *Pain Offset Relief*, induzieren.

Hooley und Franklin (2018) nennen auch empirische Nachweise dafür, dass durch die Selbstverletzung Selbstbestrafungswünsche erfüllt werden können. Es wird eine Untersuchung von Hamza, Willoughby und Armiento (2014) angeführt, bei der Selbstverletzende, die von Selbstbestrafungswünschen berichteten, Schmerzen als weniger aversiv wahrgenommen haben, als jene Selbstverletzende ohne diese Wünsche.

Das Erreichen, Verstärken oder Bestätigen der Zugehörigkeit zu einer Gruppe wird in diesem Modell als weniger relevanter, aber dennoch nennenswerter Nutzen, beschrieben.

Ein weiterer vorgestellter Nutzen ist jener der Kommunikation von Not und Stärke. Wenn Not durch weniger intensive Formen, wie Sprechen oder Schreien, nicht effektiv Ausdruck findet, kann eine selbstverletzende Handlung dazu dienen, Aufmerksamkeit und potentielle Unterstützung anderer Menschen zu erlangen. Dazu wird ebenfalls von einer Studie von Burke, Hamilton, Abramson und Alloy (2015) berichtet, bei der das NSSV selbst sechs Monate später interpersonelle Stressoren der weiblichen Teilnehmerinnen vorhersagen konnte.

Die durch das Modell postulierten Vorteile der Selbstverletzung scheinen beinahe jeder Person zugänglich. Nun stellt sich die Frage, weshalb nicht jeder NSSV zeigt. Hooley und Franklin (2018) nennen hierzu auf Basis aktueller Forschungsergebnisse fünf Barrieren, die Menschen davon abhalten, sich selbst zu verletzen. Die fünf genannten Barrieren sind folgende: (a) Mangel an Bewusstsein für SVV (b) Positives Selbstbild (c) Aversion gegen physische Schmerzen (d) Aversion gegen Selbstverletzungsstimuli (e) Soziale Normen.

So kann es sein, dass Individuen Selbstverletzung nicht anwenden, da sie diese nicht als Verhaltensoption betrachten, weil sie nie einer solchen Idee ausgesetzt waren. Es ist auch möglich, dass sie sich der Selbstverletzung als nützliches Instrument nicht bewusst sind. Barrieren entstehen zudem, wenn Personen sich selbst positiv wahrnehmen und ihren Körper deswegen schützen, anstatt absichtlich schädigen zu wollen. Es ist auch eine evolutionär bedingte instinktive Aversion gegen physischen Schmerz oder potentiell schmerzzufügende Instrumente möglich, die von Betroffenen nicht überwunden werden kann. Ebenfalls möglich ist, dass Menschen aufgrund sozialer Normen bezüglich der Selbstverletzung diese Barriere nicht überschreiten wollen.

Hooley und Franklin (2018) gehen davon aus, dass selbst eine einzelne Barriere ausreicht, um eine Person vom SVV abzuhalten. Um hingegen Selbstverletzungen durchführen zu können, müssen alle Barrieren überwunden werden. Hierbei können einige der Barrieren auch lediglich verringert oder umgangen werden. So könnte beispielsweise eine Person den körperlichen Schmerz in Kauf nehmen, um einer Gruppe zugehörig zu sein, da sie diesen Nutzen höher einschätzt, als die Barriere (Hooley & Franklin, 2018).

Abbildung 2 stellt grafisch das Zusammenspiel der genannten Nutzen und Barrieren von NSVV im Nutzen und Barrieren Modell (*engl. benefits and barriers model*) von Hooley und Franklin (2018) dar.

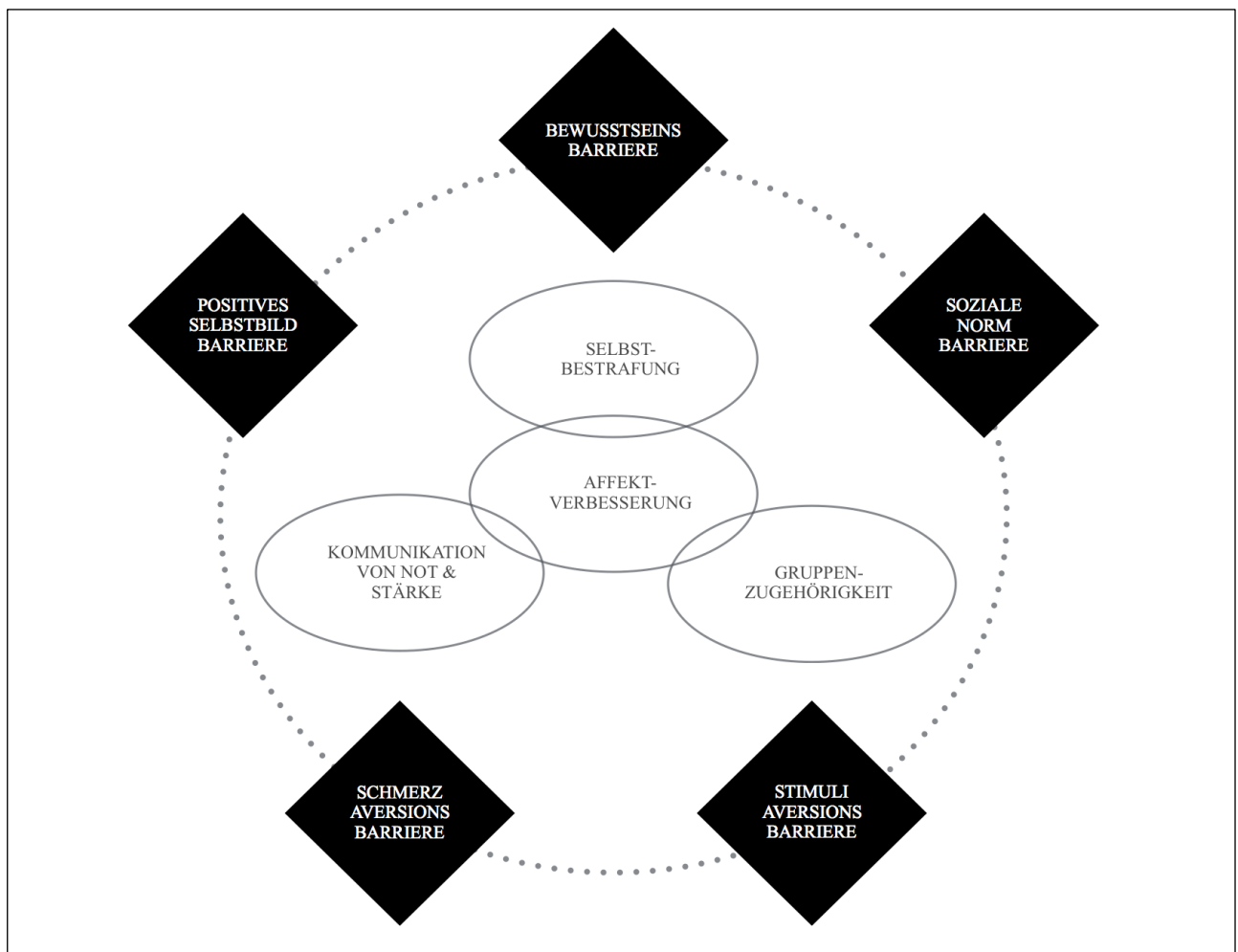


Abbildung 2. Nutzen und Barrieren des Nutzen und Barrieren-Modells von Hooley und Franklin (2018)

2.2 Stress und Coping

2.2.1 Begriffsdefinition. Der Begriff des Copings leitet sich aus dem Englischen *to cope* ab und bedeutet auf Deutsch „bewältigen, überwinden“.

Stress und Coping stehen laut dem von Lazarus und Folkman (1984) definierten transaktionalen Stressmodell in Verbindung. Nach Lazarus und Folkman sind es die zwei Prozesse, der kognitiven Bewertung (*engl. cognitive appraisal*) und des Copings, die Reaktionen eines Individuums auf stressreiche Ereignisse beeinflussen. Stress entsteht gemäß des transaktionalen Stressmodells aus einer individuellen Bewertung der Transaktion zwischen situativen Anforderungen und persönlichen Ressourcen. Wenn Anforderungen, die zur Verfügung stehenden Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, entsteht, in Abhängigkeit von kognitiven Bewertungsprozessen, Stress. Coping wird in Folge dessen als andauernde kognitive und behaviorale Bemühung beschrieben, um mit diesen spezifischen externalen und internalen Reizen, die die persönlichen Ressourcen übersteigen, umzugehen (Lazarus & Folkman, 1984).

Die kognitive Bewertung (*engl. cognitive appraisal*) dient zur Bestimmung der persönlichen Bedeutung eines Ereignisses. Ob ein Individuum ein Ereignis als stressinduzierend empfindet, wird anhand der primären Bewertung (*engl. primary appraisal*) der Relevanz für das physische, soziale und psychische Wohlbefinden entschieden. Nach Lazarus und Folkman (1984) können drei stressrelevante Bedingungen unterschieden werden: (a) Schädigung bzw. Verlust, (b) Bedrohung und (c) Herausforderung. Neben der primären Bewertung (*engl. primary appraisal*) ist auch die sekundäre Bewertung (*engl. secondary appraisal*) für Reaktionen einer Person von Bedeutung. Die sekundäre Bewertung (*engl. secondary appraisal*) beschreibt die Bewertung, wie mit einem gegebenen Stressor umgegangen werden soll, inwieweit die eigenen Copingfähigkeiten zur Bewältigung ausreichen, sowie welche Konsequenzen damit verbunden sein könnten (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Diese Situationsbewertungen sind nicht endgültig, sie können anhand neuerer Informationen nochmals durchgeführt und verändert werden (*engl. reappraisal*) (Lazarus & Folkman, 1984).

Laut Folkman et al. (1986) handelt es sich bei Coping nicht um eine statische Eigenschaft, sondern um dynamische Aktivitäten. Coping ist typischerweise keine einzelne Reaktion, sondern eine Reihe von Reaktionen, die je nach Bedarf initiiert und wiederholt werden können, um die verbleibende, fortgesetzte oder veränderte Natur des Stressors zu bewältigen (Snyder, 2001).

Individuen können sich in ihrer Reaktion auf stressige Situationen und ihrem Copingverhalten unterscheiden. Darüber hinaus differieren Individuen in ihren Überzeugungen, stressige Situationen bewältigen zu können. Folglich gibt es zwischen Individuen auch Unterschiede in deren Beurteilung einer stressigen Situation (Lazarus & Folkman, 1984). So können Personen mit geringer Coping-Selbstwirksamkeit gewisse Situationen als bedrohlich einschätzen, während Individuen mit hoher Coping betreffender Selbstwirksamkeit diese als Herausforderung empfinden können (Bandura, 2001). Diese unterschiedlichen Beurteilungen führen zu heterogenen Emotionen und beeinflussen somit die Effektivität des Copingverhaltens von Individuen (Lazarus, 1991). Es können entweder Persönlichkeit oder situative Faktoren als Haupteinflussfaktoren auf Copingprozesse betrachtet werden. Zumeist wird die Ansicht vertreten, dass sowohl Persönlichkeits- als auch Situationsfaktoren interaktiv in die Bewältigung involviert sind (Snyder, 2001).

Lazarus beschreibt Coping zudem als „Coping is an integral part of an emotion, but it is not the whole“ (Lazarus, 2000, S.668). Folkman und Moskowitz (2000) postulieren in ihrem Artikel, dass unter anderem ein positiver Affekt zu einem bestimmten Zeitpunkt auch mit Stress einhergehen kann. Somit können Emotionen, die allgemein als positiv bezeichnet werden, oft subjektiv als negativ oder belastend empfunden werden und vice versa: Emotionen, die als negativ eingestuft werden, können oft als positiv empfunden werden. Man denke an positiv eingestufte Emotionen wie Liebe. So kann Liebe für jemanden, der liebt als schmerzhaft empfunden werden, wenn beispielsweise die Liebe unerwidert bleibt oder im Begriff ist, zu verblasen oder verloren zu gehen (Lazarus, 2000).

Coping kann entweder als freiwillige und bewusste Antwort auf Stressfaktoren (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001) oder als automatische und unwillkürliche Reaktion angesehen werden (Cramer, 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Zudem ist zu beachten, dass Copingreaktionen, die als zielgerichtet, mühevoll und bewusst begonnen haben, mit Wiederholung automatisierte Formen annehmen können (Carver & Connor-Smith, 2010).

Zusammenfassend kann Stress entstehen, wenn eine Person eine bald eintretende Bedrohung vermutet oder das tatsächliche Auftreten einer Bedrohung wahrnimmt. Ein weiterer stressinduzierender Aspekt ist das Erreichen von Zielen. Stress tritt auch auf, wenn eine Person nicht in der Lage ist, ein Ziel zu erreichen oder die Entfernung der Möglichkeit, ein Ziel zu erreichen, wahrnimmt. Das Erfahren von Stress scheint somit untrennbar mit der Verfolgung von Zielen und der Vermeidung von Bedrohungen verbunden zu sein (Carver & Connor-Smith,

2010). Coping hingegen fungiert als der Versuch, mit diesen Stressfaktoren, die außerhalb des typischen Funktionsbereiches einer Person liegen, umzugehen. Die negativen Auswirkungen dieser Stressoren sollen dadurch reduziert werden (Snyder, 2001).

2.2.2 Copingstrategien. Lazarus und Folkman (1984) differenzieren zwischen zwei Copingstrategien. Einerseits problemorientiertes Coping mit Copingstrategien, die auf Problemlösungen ausgerichtet sind. Diese zielen darauf ab, die stressauslösenden Situationen beispielsweise durch konkrete Handlungen zu ändern und dadurch Stress zu reduzieren. Andererseits fokussieren emotionsorientierte Copingstrategien die Reduktion von psychischen Beschwerden mittels Regulation der Emotionen. Auch das Vermeiden eines schädlichen Stimulus, ohne zu versuchen, die Situation tatsächlich zu verändern, stellt eine Form des emotionsorientierten Copings nach Lazarus und Folkman (1984) dar. Bezüglich jener Copingstrategien, die darauf abzielen, Stress-Stimuli zu vermeiden, wurde in Untersuchungen, die einige Jahre später folgten und auf den Annahmen von Lazarus und Folkman (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) aufbauten, eine Unterteilung vorgenommen. Woraufhin solche als eigenständige vermeidungsorientierte Copingstrategien betrachtet wurden (Endler & Parker, 1990).

Lazarus (2000) beschreibt es zudem als wichtig, emotions- und problemorientiertes Coping nicht als komplett getrennt voneinander zu betrachten, sondern zu erkennen, dass sie voneinander abhängig sind und zusammenarbeiten. Untersuchungen von Tennen, Affleck, Armeli und Carney (2000) unterstützen diese Annahme und zeigten, dass beide Funktionen, problem- und emotionsorientierte, des Copings sogar in vielen Fällen zusammen auftreten. In einer frühen Studie von Folkman und Lazarus (1980) wurden Copingsstile von 100 Männern und Frauen zwischen 45 und 64 Jahren analysiert. In 98% der Situationen, in denen Coping angewendet wurde, konnten speziell problem- und emotionsorientierte Copingsstile beobachtet werden. Intraindividuelle Analysen zeigten dabei auch, dass Menschen eher variabel als konsistent in ihren Copingmustern sind. Zudem waren der Kontext und die Art, wie ein Ereignis individuell bewertet wurde, am ausschlaggebendsten für die Art des Copings. So wurden in Arbeitskontexten problemorientierte Copingsstile bevorzugt, in Gesundheitskontexten hingegen emotionsorientierte Copingsstile. Entgegen kultureller Stereotypen gab es in dieser Untersuchung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der emotionsorientierten Bewältigung, Männer nutzten aber häufiger problemorientierte Copingstrategien als Frauen (Folkman & Lazarus, 1980)

Aufgrund der langen und komplexen Literaturgeschichte zu Coping liegt der Schluss nahe, dass es keine zusammenfassende, allgemeingültige Strategie gibt, die alle Coping-Verhaltensweisen beschreiben kann (Carver & Connor-Smith, 2010; Samms & Friedel, 2013; Somerfield & McCrae, 2000). Die hier vorgestellten Copingstrategien geben einen kurzen Überblick, aber fungieren nicht als erschöpfende Darstellung der bisher postulierten Copingstrategien und -reaktionen. Darüber hinaus repräsentiert laut Carver und Connor-Smith (2010) keine der bisher veröffentlichten Unterscheidungen vollständig die Struktur des Copings. Konfirmatorische Analysen unterstützen vielmehr hierarchische, multidimensionale Copingmodelle. Coping ist ein sehr weit gefasstes Konzept, wodurch eine Vielzahl von verschiedenen Copingstrategien und sehr individuell variierenden Copingreaktionen anzunehmen ist (Carver & Connor-Smith, 2010).

2.2.3 Copingverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener. Dubow und Rubinlicht (2011) bieten einen Überblick über die Literatur zu Coping bei Jugendlichen und halten fest, dass im Allgemeinen Annäherungs-, Problem- und Interaktionsfokussierte-Copingstrategien eine positive psychosoziale Anpassung, während Vermeidungs-, Emotions- und Konfliktfokussierte-Copingstrategien bei Jugendlichen hingegen eine negative psychosoziale Anpassung vorhersagen. Nach Seiffge-Krenke (1995) ist bei Jugendlichen der problemlösende Copingmodus funktional (Suche nach Informationen oder Ratschlägen, Akzeptanz von sozialer Unterstützung, Bemühungen um die Lösung des Problems), während der Vermeidungs-Copingmodus dysfunktional ist (Rückzug, fatalistische Einstellungen, Vermeidung). Dubow und Rubinlicht (2011) beschreiben interpersonelle Konflikte mit Familienmitgliedern und Gleichaltrigen, Initiierung und Beibehaltung romantischer Beziehungen und akademische Probleme (z.B. Schularbeiten, Schulübergänge) als die häufigsten externen Stressfaktoren, sowie Bedenken in Bezug auf körperliche Veränderungen (z.B. Pubertätsentwicklung) und das Selbstbild als die häufigsten internen Stressfaktoren von Jugendlichen.

2.3 Selbstverletzung und Coping

2.3.1 Copingstrategien Selbstverletzender. Wilcox und Kollegen (2012) untersuchten in einer prospektiven Longitudinalstudie 1081 StudentInnen zur Selbstverletzung. Dabei wurden diese drei Motive für NSSV am häufigsten genannt: Mentaler Stress, Coping und situative Stressoren.

Andover et al. (2007) untersuchten Copingstrategien von sich selbst verletzenden Studierenden und zeigten, dass diese im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht selbstverletzender Studierender häufiger über Vermeidungsstrategien als Coping berichteten. Des Weiteren

berichteten weibliche, aber nicht männliche Selbstverletzende, häufiger Problemlösungs- und soziale Unterstützungsstrategien zu verwenden, als Nicht-Selbstverletzende.

In einem systematischen Review von Fliege, Lee, Grimm und Klapp (2009) wird neben den Risikofaktoren für NSSV auch auf Studien zu Stress und maladaptivem Coping in Bezug auf NSSV eingegangen. Einige ihrer Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen geringen persönlichen Copingressourcen und Selbstverletzung besteht. Auch zeigte sich, dass SVV mit einem geringen Selbstwertgefühl und geringen Problemlösungsfähigkeiten assoziiert ist. Darüber hinaus zeigten SelbstverletzerInnen eine höhere Tendenz zu einem sich selbstbeschuldigenden Copingstil als Nicht-SelbstverletzerInnen. Die AutorInnen des Reviews empfehlen unter anderem in zukünftigen Forschungen zu NSSV vermehrt den Fokus auf Coping und Stress zu legen (Fliege et al., 2009).

Weitere Ergebnisse liefern Santos, Saraiva und De Sousa (2009), die feststellten, dass Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit SVV-Historie weniger wahrscheinlich als Jugendliche ohne SVV-Historie um Unterstützung baten und aktive, problemorientierte Copingversuche in einer problematischen, herausfordernden Situation anwandten. Ebenso verglichen Marusic und Goodwin (2006) Copingstrategien von SelbstverletzerInnen und Nicht-SelbstverletzterInnen in einer klinischen Stichprobe und kamen zu dem Ergebnis, dass selbstverletzende PatientInnen signifikant höhere Werte in Vermeidungs-Copingstrategien zeigen. Ebenfalls eine klinische Stichprobe von Jugendlichen untersuchten Thomassin, Marion, Venasse und Shaffer (2017) und stellten fest, dass Defizite im Ausdruck von Emotionen positiv mit NSVV assoziiert waren und die spezifischen Copingstile des positiven Reframings und der Unterstützungssuche diesen Zusammenhang moderierten.

Eine Übersichtsarbeit zu Studien aus den Jahren 2000 bis 2010 über Coping und SVV von Jugendlichen schlussfolgerte, dass Copingstrategien, die allgemein als adaptiv gelten, wie z.B. problemorientiertes Coping, positives Reframing und Unterstützungssuche, mit einem geringeren Risiko für SVV bei Jugendlichen verbunden sind, während maladaptive Copingstrategien, wie z.B. Vermeidung oder Selbstbeschuldigung, mit höheren SVV-Raten in Verbindung stehen (Guerreiro et al., 2013).

Eine Studie von Williams und Hasking (2010) konzentrierte sich unter anderem darauf, herauszufinden, ob NSSV und psychische Belastungen im Zusammenhang stehen und ob die Beziehung zwischen diesen durch Coping- oder Emotionsregulationstrategien moderiert wird. NSSV war in dieser Stichprobe junger Erwachsener positiv mit psychischer Belastung sowie vermeidendem Coping und negativ mit problem- und emotionsorientiertem Coping verbunden.

Emotionsorientierte und vermeidende Copingstrategien standen darüber hinaus in direktem Zusammenhang mit NSSV und moderierten die Beziehung zwischen psychischer Belastung und NSSV. Psychische Belastung war für junge Erwachsene, die nicht auf vermeidende Copingstrategien zurückgriffen, positiv mit NSSV verbunden. Aber diese Beziehung war nochmals stärker ausgeprägt bei denjenigen, die vermeidendes Coping benutzten. Des Weiteren wurde kein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung mit NSSV für diejenigen gefunden, die emotionsorientierte Copingstrategien anwendeten. Zudem wurden keine signifikanten Verbindungen zwischen Emotionsregulation und NSSV festgestellt. Copingstrategien schienen in dieser Untersuchung prägnantere Prädiktoren für NSSV zu sein. Die Autorinnen gehen davon aus, dass Emotionsregulation und Coping theoretisch ähnliche Konstrukte darstellen und NSSV eine Methode zur Bewältigung intensiver Emotionen darstellt, insbesondere bei jenen Personen, die eine schlechte Fähigkeit zur Emotionsregulation besitzen (Williams & Hasking, 2010).

In einer Untersuchung von Kiekens et al. (2015) an dänischen und belgischen Jugendlichen war depressives, emotionales Coping positiv und optimistisches Coping hingegen negativ mit NSSV assoziiert. Des Weiteren wurde Stress in der Untersuchung als Mediatorvariable zwischen Neurotizismus und NSSV festgestellt. Diese Ergebnisse legen nahe, dass eine spezifische Persönlichkeitskonstellation in der Adoleszenz mit NSSV durch erhöhte Stresslevel und einem typischen depressiven Coping-Reaktionsmuster, um mit stressigen Lebensereignissen umzugehen, verbunden ist (Kiekens et al., 2015). Es wurde durch Mahtani, Melvin und Hasking (2018) für das junge Erwachsenenalter zudem eine Verbindung zwischen schambesetztem Coping (z.B. sich zurückziehen, wenn man sich schämt) und NSSV aufgezeigt. Insbesondere indirekte Effekte durch internalisierendes Scham-Coping wurden dann gefunden, wenn Teilnehmende berichteten, dass sie NSSV für intrapersonale, aber nicht interpersonale Funktionen verwenden (Mahtani et al., 2018).

Trepal, Wester und Merchant (2015) untersuchten mittels gepaarter Stichprobe junger Erwachsener Unterschiede zwischen Personen, die sich selbst verletzen oder in der Vergangenheit verletztten und jenen, die es nicht tun, hinsichtlich Copingstrategien, Emotionen, zwischenmenschlicher Unterstützung und ethnischer Identität. Der Fragebogen Brief COPE von Carver (1997) wurde verwendet, um maladaptive und adaptive Copingstile zu unterscheiden. Dabei zeigte sich, dass Personen mitzeitigem NSSV im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, sowohl mehr adaptive, als auch maladaptive Bewältigungsstrategien verwendeten. Diese Ergebnisse könnten bedeuten, dass ehemalige und derzeitige SelbstverletzerInnen einen höheren Bedarf nach multiplen Copingstrategien aufweisen. Unabhängig von NSSV zeigten

Individuen aller Gruppen, die ein hohes Maß adaptiver Bewältigungsstrategien anwandten, auch mehr maladaptive Strategien. Dies könnte daran liegen, dass die Studienzeit neue emotionale Herausforderungen an junge Erwachsene stellt und sie daher zur Bewältigung mit maladaptiven und adaptiven Copingstrategien experimentieren. In der Studie von Trepal, Wester und Merchant (2015) blieb jedoch unbeantwortet, ob Personen diese hohen Niveaus von adaptiven und maladaptiven Copingstrategien anwenden, um NSSV zu verzögern oder zu vermeiden und sich letztlich doch selbst verletzen.

Bisherige Studienergebnisse konnten zeigen, dass eine Verbindung sowohl zwischen Stress als auch Coping und SVV besteht. Im Wesentlichen scheinen adaptive Copingstile mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für SVV assoziiert zu sein und sich selbst verletzende Personen dürften mehr maladaptive Copingstile anwenden als Personen ohne SVV.

2.3.2 Selbstverletzung als Copingstrategie. Edmondson et al. (2016) fassen in ihrem Review die am häufigsten genannten Gründe für SVV in qualitativen Untersuchungen zusammen. Die Mehrheit (92%) der Befragten bestätigte in den qualitativen Interviews, die in diesem Review berücksichtigt wurden, Selbstverletzung zur Erleichterung eines negativen Gemütszustandes oder zur Beruhigung einzusetzen. Es wurden beispielsweise folgende Begründungen genannt: „doing this relieved the emotional pain“ (Holm & Seveinsson, 2010, in Edmondson et al., 2016) und „I’ve done it out of stress, anxiety to calm myself when I’m incredibly emotional/upset“ (Chandler, 2014, in Edmondson et al., 2016).

Eine Meta-Analyse zur Prävalenz der Funktionen von NSSV gibt einige Hinweise darauf, dass die Vermeidung oder Verringerung negativer innerer Zustände eine häufigere Funktion als die Induktion eines gewünschten positiven Zustands ist. Die Daten deuteten jedoch auch darauf hin, dass Emotionsregulationsfunktionen nicht für alle sich selbst verletzenden Personen gelten und auch andere Funktionen von Bedeutung sein können (Taylor et al., 2018). Die aktuelle Literatur weist darauf hin, dass Emotionsregulationsmechanismen eine bedeutende Rolle in den funktionalen Aspekten selbstverletzenden Verhaltens haben. Aufgrund der heterogenen Gruppe von Selbstverletzenden sind aber auch andere Funktionen mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Eine solche zusätzliche Funktion könnte unter anderem das Betrachten der Selbstverletzung als eigenständige Copingstrategie sein. So stellen auch Guerreiro und KollegInnen (2013) in ihrem Review die Frage, ob selbstverletzendes Verhalten eine Copingstrategie mit dysfunktionalem Charakter sein könnte, um Emotionen zu regulieren. Resch (2017) schreibt, dass SVV „als ein auf der vorsprachlichen Ebene angesiedelter Akt einer symbolischen Problemlösung angesehen werden“ (S. 39) kann.

Die Selbstverletzung stellt für viele Betroffene eine temporäre Erleichterung dar, die jedoch die zugrunde liegenden Ursachen der Entstehung und Aufrechterhaltung des SVV nicht beheben oder verändern kann (Sornberger, Smith, Toste & Heath, 2013). SVV wird von einigen WissenschaftlerInnen bereits als maladaptive Copingstrategie beschrieben, da sie von der Mehrzahl der sich selbstverletzenden Personen angewendet wird, um intensive negative Emotionen zu regulieren, die durch subjektive Stressoren ausgelöst wurden (Gratz, 2003, 2006; Hawton & Harriss, 2008; Klonsky, 2009; McLane, 1996; Petermann & Nitkowski, 2015; Rayner, Allen & Johnson, 2005). Laye-Gindhu und Schonert-Reichl (2005) sprechen ebenso davon, dass SVV eine maladaptive, emotionsorientierte Copingstrategie sein könnte, die dazu dient, Affekte zu regulieren. Aufgrund ihrer Studienergebnisse gehen sie davon aus, dass insbesondere Mädchen NSSV als emotionsorientierte Copingstrategie nutzen.

Das Risiko, SVV zu entwickeln oder aufrecht zu erhalten, könnte durch Präventions- und Interventionsansätze, die sich auf die individuellen Bedürfnisse, sowohl im inter- als auch im intrapersonellen Bereich und das Implementieren effizienterer Copingfähigkeiten konzentrieren, verringert werden (Tatnell et al., 2014). Aus klinischer Sicht bedeutet dies, dass einem besseren Stressmanagement und dem Erlernen adaptiverer Bewältigungsstrategien bei jedem Behandlungs- oder Präventionsprogramm für SVV mehr Bedeutung beigemessen werden sollte. Daher stellt Coping ein wichtiges Forschungsgebiet für die klinische Arbeit mit Selbstverletzenden dar. So können Muster der Bewältigung bestimmt werden, die mit den Motivationen und Funktionen dieser Verhaltensweisen zusammenhängen. In einem Review von Jacobson und Gould (2007) wird erwähnt, dass nur mit einem Verständnis von motivierenden und aufrechterhaltenden Faktoren hinter NSSV geeignete Interventions- und Präventionsstrategien umgesetzt werden können.

Die wenigen zu diesem Thema vorliegenden Arbeiten unterstützen die Vorstellung, dass Selbstverletzung eine maladaptive Bewältigungsstrategie sein könnte. Eine Publikation und empirische Überprüfung dieser Annahme wurde bisher jedoch noch nicht umgesetzt.

3 Überleitung zum empirischen Teil

Besonders in der Jugend und dem jungen Erwachsenenalter sind selbstverletzende Verhaltensweisen etwas häufiger zu beobachten (Gandhi et al., 2018; In-Albon et al., 2017; Jacobson & Gould, 2007; Plener et al., 2010). Das Verständnis über die Entstehung und Aufrechterhaltung dieses problematischen und potentiell gefährlichen Verhaltens ist dennoch nicht ausreichend.

Bekannte und umfangreiche Modelle zu SVV fußen auf dem Konzept der Emotionsregulationstheorie selbstverletzenden Verhaltens. Gratz und Roemer (2008) sehen den Zusammenhang von SVV und Emotionsregulationsstrategien darin, dass die adaptive Emotionsregulation jene Fähigkeit sei, Emotionsregulationsstrategien flexibel an den gegebenen Kontext anzupassen. Sie gehen davon aus, dass die Emotionsregulation mit einer Linderung des negativen Affekts einhergeht und somit als die primäre Funktion von SVV gedeutet werden kann. Gratz und Roemer (2008) postulieren SVV sei eine Strategie, die verwendet wird, um emotionale Erfahrungen zu regulieren.

Ein aktuelles Modell zu NSVV von Hooley und Franklin (2018) versucht, bisherige Forschungstheorien, unter Einbeziehen der Vielzahl an Ursachen und Funktionen die NSVV übernehmen kann, zu integrieren. Sie beschreiben NSSV als Nutzen, der für die meisten Menschen zugänglich ist. Sie stellen zudem verschiedene natürliche und instinktive Barrieren vor, durch die Menschen von SVV abgehalten werden (Hooley & Franklin, 2018). Mehrere Untersuchungen deuten darauf hin, dass ungefähr 50% der Personen, die Selbstverletzung anwandten, sich selten oder nie wieder selbst verletzt haben. Die Nutzen von Selbstverletzungen könnten demnach für manche Menschen nicht vorhanden sein bzw. könnte eine Barriere dagegen entwickelt worden sein (Hooley & Franklin, 2018; Lloyd-Richardson et al., 2007; Whitlock et al., 2011). Ein möglicher Grund dafür wäre, dass ein vorübergehender Stressor wieder abgeklungen ist oder mit Hilfe anderer Strategien bewältigt wurde und somit Barrieren wiederaufgebaut werden konnten.

Williams und Hasking (2010) beschrieben in ihrer Studie Emotionsregulation und Coping als theoretisch sehr ähnlich und empfehlen, dass zukünftige Forschungen versuchen sollten, diese beiden Konstrukte zu entwirren. Die bisher vorgestellten Modelle und Theorien zu SVV in Verbindung mit der Annahme, dass SVV in Zusammenhang mit Stressoren steht und im Sinne der Emotionsregulation eingesetzt wird, um negativen Affekte zu verringern, lassen den Schluss zu, dass es sich bei dem Akt der Selbstverletzung um eine eigenständige Copingstrategie handeln könnte. Eine Erweiterung um die Funktion des Copings könnte im Sinne des Nutzen und Barrieren-Modells von Hooley und Franklin (2018) folgendermaßen aussehen (siehe Abbildung 3).

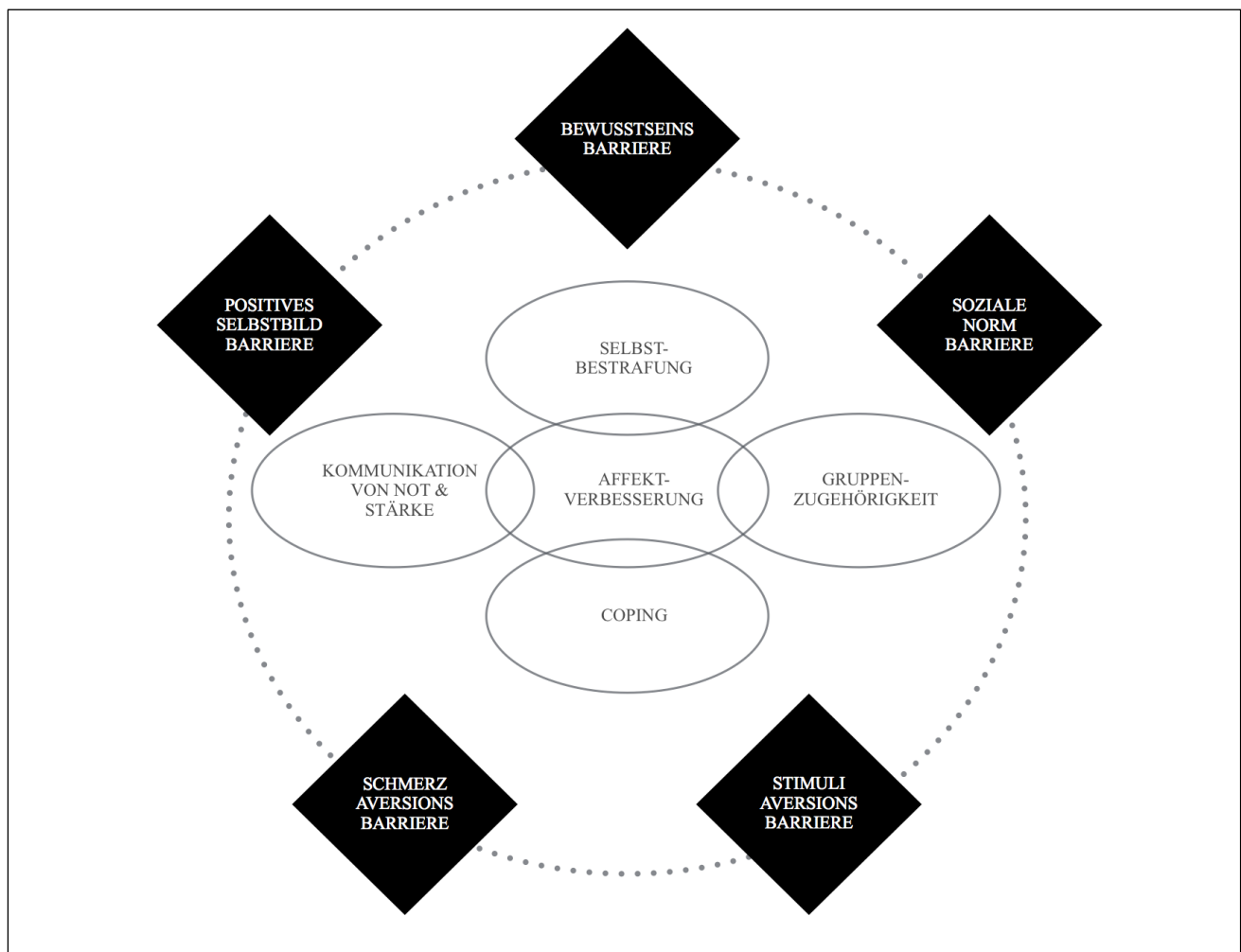


Abbildung 3. Erweiterung des Nutzen und Barrieren-Modells von Hooley und Franklin (2018) um den Nutzen des Copings

Andererseits können intensive aversive Emotionen und Kognitionen in Verbindung mit Stressoren und schlechten allgemeinen Copingstrategien auch zu SVV führen und als vorübergehende emotionale Regulation dieser Umstände dienen (Trepal et al., 2015). Der Großteil der Studien, die sich mit SVV und Copingstrategien beschäftigten, konzentrierte sich vornehmlich darauf, dass verschiedene Copingstrategien das Risiko für SVV erhöhen oder verringern können und ob es Unterschiede im Copingverhalten von Personen mit und ohne SVV gibt (Andover et al., 2007; Fliege et al., 2009; Guerreiro et al., 2013; Santos et al., 2009; Thomassin et al., 2017; Trepal et al., 2015). SVV könnte jedoch selbst eine dysfunktionale Copingstrategie darstellen (Guerreiro et al., 2013; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, Petermann & Nitkowski, 2015). Der Fokus dieser Untersuchung wurde auf die nähere Erforschung dieses Themas gesetzt. Wie die Darstellung gezeigt hat, wurden in der einschlägigen Literatur die Fragen, ob SVV eine eigene maladaptive Copingstrategie darstellt, es

einzig durch dysfunktionale allgemeine Copingstile begünstigt wird oder ob beide Funktionen gleichermaßen Gültigkeit erfahren, bisher nur unzureichend untersucht.

WissenschaftlerInnen sind sich einig, dass ein umfassenderes Verständnis von Motiven und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens erforderlich ist (Edmondson et al., 2016; Hasking et al., 2010, Hooley & Franklin, 2018; Kiekens et al., 2015; Klonsky, 2011; Klonsky & Olino, 2008; Taylor et al., 2018; Trepal et al., 2015) und darüber hinaus die positiven Gründe von Betroffenen für SVV genauer untersucht werden müssen. Emotionen, die allgemein als negativ eingestuft werden, können für bestimmte Personen oder in bestimmten Situation auch als positiv empfunden werden (Lazarus, 2000).

Die Erforschung der Emotionsregulationsfunktion von SVV war entscheidend für das Verständnis des selbstverletzenden Verhaltens, sowie für die Entwicklung wirksamer Behandlungen (Andover & Morris, 2014). Neuere komplementäre Interventions- und Präventionsansätze könnten sich darauf fokussieren, dass es für die Betroffenen positive Funktionen der selbstverletzenden Handlung gibt, wie jene des Copings. Auf dieser Basis können mit betroffenen Personen alternative Strategien zur Bewältigung identifiziert und implementiert werden. Im Sinne der Copingstrategien würde es sich anbieten, neue effizientere Copingmethoden mit den Betroffenen zu erarbeiten, um die maladaptive Copingstrategie der Selbstverletzung ersetzen zu können (Trepal et al., 2015). Gandhi et al. (2018) merken an, dass solche Programme nicht nur auf die psychische Gesundheit im Jugendalter, jener Altersgruppe, in der die höchsten Prävalenzraten für NSSV verzeichnet werden, sondern auch auf junge Erwachsene auf Universitätsebene abzielen sollen. Die Studienzeit stellt junge Erwachsene häufig vor neue emotionale Herausforderungen. Es ist möglich, dass hier verschiedene Copingstrategien, sowohl adaptiver, als auch maladaptiver Art, zur Bewältigung eingesetzt werden (Trepal et al., 2015).

4 Ziele der Untersuchung

Wie die Abhandlung der Literatur zur Thematik von Selbstverletzung und Coping gezeigt hat, ist das selbstverletzende Verhalten in unterschiedlicher Weise bei Personen beobachtbar. Es kann angenommen werden, dass Ursachen und Funktionen, sowie die Erfahrungen der Betroffenen diesbezüglich sehr individuell sind und in unterschiedlicher Weise bewertet und eingeordnet werden können.

In Anbetracht des Facettenreichtums selbstverletzenden Verhaltens soll diese Untersuchung Befunde zur Ergänzung des noch nicht in seiner vollen Bandbreite erschlossenen Gebiets der Selbstverletzung, insbesondere bei jungen Erwachsenen, liefern. Ein Fokus auf den

spezifischen Emotionsregulationsaspekt im Sinne des Copings kann wichtige Ergebnisse liefern, um SVV besser zu verstehen und praktische Implikationen zu entwickeln.

Im Zuge dieser Studie soll schlussfolgernd untersucht werden, ob das SVV als eigenständige Copingstrategie junger Erwachsener, die sich selbst verletzen, dient. Ziel dieser Studie ist es zudem, Unterschiede im Copingverhalten von Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden darzustellen. Etwaige Unterschiede aufgrund des erlebten Stresses, der sich selbstverletzenden und sich nicht selbstverletzenden Teilnehmenden in den Bereichen Arbeit und Ausbildung, Familie sowie dem übrigen Leben, werden ebenfalls betrachtet. Des Weiteren soll untersucht werden, ob Selbstverletzende ein weniger oder stärker ausgeprägtes Gefühl des Erwachsenseins zeigen als Gleichaltrige, die SVV nicht anwenden.

5 Methodik

5.1 Untersuchungsplan

In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob es sich bei SVV um eine eigenständige Copingstrategie der jungen, sich selbstverletzenden Erwachsenen handelt. Weiter wird ein Zwei-Gruppen-Design verwendet, um Unterschiede bezüglich der Copingstrategien, des Stressempfindens und des Gefühls des Erwachsenseins bei Personen im Alter von 18 bis 30 Jahren, die sich selbst verletzen und jenen, die sich nicht selbst verletzen, aufzudecken. Jene TeilnehmerInnen, welche SVV aufwiesen, erhalten zusätzlich Fragen zu unterschiedlichen Merkmalen und Funktionen ihres selbstverletzenden Verhaltens.

Die unabhängige Variable (UV) ist die Selbstverletzung und Nicht-Selbstverletzung. Die abhängigen Variablen (AV) sind: (a) Erleichterungsgefühl durch die Selbstverletzung (b) Copingstrategien (c) Stresserleben (d) Gefühl des Erwachsenseins.

5.2 Operationalisierung und Messinstrumente

5.2.1 Soziodemografische Daten. Erfasst wurden das Geschlecht und Alter, das Land in dem die TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten und ihre derzeitige Wohnsituation. Weiter wurden der formale Bildungsgrad, die berufliche Haupttätigkeit und der Beziehungsstatus der TeilnehmerInnen erhoben.

5.2.2 Erwachsensein. Den TeilnehmerInnen wurde entsprechend folgender Indikator vorgelegt „Haben Sie das Gefühl bereits erwachsen zu sein?“ (1 = *Nein*, 2 = *Etwas*, 3 = *Ja*).

5.2.3 Stresserleben. Der herangezogene Fragebogen zum Stresserleben besteht aus drei Items und erfasst den erlebten Stress in den letzten sechs Monaten im Bereich der Haupttätigkeit (Schule/FH/Uni/Arbeit), in der Familie und im übrigen Leben. Die Items sind auf einer vierstufigen Likertskala (1= *keinen* bis 4 = *sehr viel*) zu beantworten. Die Indikatoren lauten

folgendermaßen: „Wie viel Stress und Druck hatten Sie in den letzten sechs Monaten in der Schule/FH/Uni/Arbeit“, „Wie viel Stress und Druck hatten Sie in den letzten sechs Monaten in der Familie“ und „Wie viel Stress und Druck hatten Sie in den letzten sechs Monaten in Ihrem übrigen Leben“ (Rollett, Florack, Gaderer, & Klinger, 2014).

5.2.4 Copingstrategien. Das *COPE-Inventory* wurde von Carver, Scheier und Weintraub (1989) entwickelt, um eine breite Palette von Bewältigungsreaktionen zu erheben. Das Inventar enthält sowohl Items, von denen erwartet wird, dass sie dysfunktionale Copingstrategien abbilden, als auch Items, von denen erwartet wird, dass sie funktionale Copingstrategien abfragen (Carver & Scheier, 1994).

Der Brief COPE ist eine Kurzversion des Fragebogens COPE und wurde 1997 von Carver veröffentlicht (Carver, 1997). Das Inventar setzt sich aus 14 Skalen mit jeweils zwei Items zusammen, die in dieser Untersuchung auf einer vierstufigen Likertskala (1 = *überhaupt nicht* bis 4 = *voll und ganz*) beantwortet wurden. Die 14 Skalen erfassen folgende Copingstrategien: „Ablenkung“, „Aktive Bewältigung“, „Verleugnung“, „Alkohol und Drogen“, „Emotionelle Unterstützung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Verhaltensrückzug“, „Ausleben von Emotionen“, „Positive Umdeutung“, „Planung“, „Humor“, „Akzeptanz“, „Religion“ sowie „Selbstbeschuldigung“ (Carver, 1997; Carver, n.d.).

Eine Überprüfung des COPE ergab eine moderate Retest-Reliabilität und α -Koeffizienten zwischen .45 und .92 (Cook & Heppner, 1997). Die 14 Skalen des Brief COPE wiesen in einer Überprüfung von Carver (1997) zudem mindestens Reliabilitäten über .50 auf.

Die Kurzversion des COPE wurde für diese Untersuchung ins Deutsche übersetzt (siehe Anhang 1).

5.2.5 Selbstverletzendes Verhalten. Erhoben wurde selbstverletzendes Verhalten der TeilnehmerInnen anhand einer Zusammensetzung diverser Items aus verschiedenen Fragebögen, die zur SVV-Erfassung dienen und folgend beschrieben sind.

Die Filterfrage „Verletzen Sie sich manchmal selbst“ diente dazu, SelbstverletzerInnen von Nicht-SelbstverletzerInnen zu unterscheiden. Wurde diese Frage mit *Ja* beantwortet, wurden Items aus den im Folgenden beschriebenen Fragebögen vorgelegt. Personen, welche die Filterfrage mit *Nein* beantworteten, wurden als Nicht-SelbstverletzerInnen eingestuft und beendeten an dieser Stelle die Erhebung.

5.2.5.1 Adaptiertes modifiziertes Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar (MOUSI). Um unterschiedliche Merkmale des NSSV zu erfassen wurde eine adaptierte und gekürzte Form des

modifizierten Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar (MOUSI) herangezogen (Fegert, Libal & Plener, 2005).

Das MOUSI entstand aus dem Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) von Nixon, Cloutier und Aggarwal (2002), indem es von Fegert, Libal und Plener (2005) ins Deutsche übersetzt und modifiziert wurde. Das MOUSI-Inventar umfasst 27 Items mit zahlreichen Subitems. Das Inventar mit deskriptivem Charakter erfragt Funktionen und Abhängigkeitsaspekte selbstverletzenden Verhaltens. Erhoben werden die Häufigkeit der Selbstverletzung und der Gedanken daran, sowie die Prävalenz von Suizidgedanken und suizidalen Handlungen innerhalb des letzten Jahres. Weiter werden auch der Verlauf des selbstverletzenden Verhaltens, die Methoden der Selbstverletzung, die verletzten Körperteile, das Schmerzempfinden während der Handlung und das Druck- und Erleichterungsgefühl durch die Selbstverletzung erfasst.

Für diese Untersuchung wurden alle Items, bis auf jene die nach Suizidversuchen und -gedanken fragen und dem Item „Ich habe das Gefühl, dass dieser Fragebogen meine Erfahrungen mit selbstverletzendem Verhalten vollkommen ausreichend beschrieben hat“, herangezogen (siehe Anhang 2).

Es wurden bisher keine umfassenden Analysen der psychometrischen Gütekriterien des MOUSI veröffentlicht (Petermann & Nitkowski, 2015). Einzig für das OSI liegen Untersuchungen zu Validität und Reliabilität vor (Martin et al., 2013). Entsprechende Ergebnisse zeigten für die Items zu den Funktionen von Selbstverletzung eine Vier-Faktorenstruktur mit Faktorladungen von $\geq .45$. Die Items zu den Abhängigkeitsaspekten ergaben ebenfalls eine zufriedenstellende interne Konsistenz gemäß Cronbach's Alpha von $\alpha = .87$ (Martin et al., 2013).

5.2.5.2 Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV). Reicherzer und Brandl (2011) entwickelten einen Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV), der als Selbstbeurteilungsinstrument für die Diagnostik im klinischen Kontext vom frühen Jugendalter bis ins hohe Erwachsenenalter dient. Es werden folgende Bereiche selbstverletzenden Verhaltens damit erfasst: (a) Art der Selbstverletzungen; (b) Auslöser; (c) Konsequenzen; (d) indirekte Methoden und labilisierende Bedingungen.

Die Originalfassung des FSVV besteht aus 96 Items (Reicherzer & Brandl, 2011). In dieser Untersuchung wurden jene Original-Items des FSVV verwendet, welche die durchschnittliche Auftretshäufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens und labilisierende Bedingungen erfassen (siehe Anhang 3 und 4).

Psychometrische Gütekriterien wurden von Reicherzer und Brandl an einer Stichprobe von 195 sich selbstverletzenden PatientInnen einer psychosomatischen Klinik überprüft. Die

Autoren beschreiben eine gute Inhaltsvalidität des FSVV. Die Test-Retest-Reliabilität betrug für die 27 Items zu den Auslösern zwischen .57 und .91, lediglich zwei Werte davon lagen unter .60.

In adaptierter Form wurden auch die Items zu den Auslösern selbstverletzenden Verhaltens in dieser Untersuchung eingesetzt. Diese Adaption wird im nächsten Abschnitt unter „Selbstkonstruierter Fragebogen zu Selbstverletzung als Copingstrategie“ dargelegt.

5.2.5.3 Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie. Im Fokus der Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung des selbstverletzenden Verhaltens als Copingstrategie standen die 26 Items der Skala „Auslöser“ des FSVV von Reicherzer und Brandl (2011). In der vorliegenden Untersuchung wurden die 26 Auslöser-Items sowie ein zusätzliches Item „Ohne ersichtlichen Grund“ (dichotomisierte Abfrage) eingesetzt. Zusätzlich wurde nach jedem Auslöser-Item des FSVV nach dem Erleichterungsgefühl nach einer selbstverletzenden Handlung, auf einer vierstufigen Likertskala (1= *überhaupt nicht erleichtert* bis 4 = *sehr erleichtert*), gefragt.

Der neu konstruierte Fragebogen zu SVV als Copingstrategie kann dem Anhang 5 eingesehen werden.

5.3 Durchführung und Ablauf

Die Untersuchung wurde in Form einer Online-Befragung im Zeitraum März 2018 bis Juni 2018 durchgeführt. Erstellt wurde der Fragebogen über die Plattform SoSci Survey.

Die TeilnehmerInnen, sowohl sich selbstverletzende als auch sich nicht selbstverletzende, wurden über diverse soziale Netzwerke und Selbsthilfeforen sowie -blogs rekrutiert, wobei Personen zwischen 18 und 30 Jahren angesprochen wurden.

Die Anonymität und der Datenschutz der TeilnehmerInnen war gewährleistet. Die TeilnehmerInnen wurden vor der Befragung über die Themen, die ungefähre Dauer und die Möglichkeit des Abbruchs der Befragung, sowie die strenge Vertraulichkeit und die Freiwilligkeit der Teilnahme ausführlich schriftlich aufgeklärt.

5.4 Fragestellungen und Hypothesen

5.4.1 Fragestellung 1. Führt selbstverletzendes Verhalten (SVV) zu einem Gefühl der Erleichterung und stellt daher eine Copingstrategie dar?

H₁^(1.1): Selbstverletzende zeigen auf verschiedene Auslöser des selbstverletzenden Verhaltens ein unterschiedliches Ausmaß von Erleichterung.

H₁^(1.2): Das SVV steht mit dem Ausmaß des Gefühls von Erleichterung in einem signifikant positiven Zusammenhang.

5.4.2 Fragestellung 2. Bestehen Unterschiede zwischen sich selbstverletzenden und sich nicht selbstverletzenden Personen bezüglich der von ihnen verwendeten Copingstrategien?

H₁^(2.1): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Ablenkung“ des Brief COPE.

H₁^(2.2): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Aktive Bewältigung“ des Brief COPE.

H₁^(2.3): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Verleugnung“ des Brief COPE.

H₁^(2.4): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Alkohol und Drogen“ des Brief COPE.

H₁^(2.5): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Emotionelle Unterstützung“ des Brief COPE.

H₁^(2.6): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Instrumentelle Unterstützung“ des Brief COPE.

H₁^(2.7): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Verhaltensrückzug“ des Brief COPE.

H₁^(2.8): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Ausleben von Emotionen“ des Brief COPE.

H₁^(2.9): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Positive Umdeutung“ des Brief COPE.

H₁^(2.10): Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Planung“ des Brief COPE.

$H_1^{(2.11)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Humor“, des Brief COPE.

$H_1^{(2.12)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Akzeptanz“ des Brief COPE.

$H_1^{(2.13)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Religion“ des Brief COPE.

$H_1^{(2.14)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im Vergleich zu Untersuchungspersonen ohne selbstverletzendes Verhalten Unterschiede in der Skala „Selbstbeschuldigung“ des Brief COPE.

5.4.3 Fragestellung 3. Bestehen Unterschiede zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden bezüglich des Stresserlebens?

$H_1^{(3.1)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten unterscheiden sich von jenen ohne selbstverletzendes Verhalten bezüglich des Indikators „Stress in der Schule/ FH/ Uni/ Arbeit“.

$H_1^{(3.2)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten unterscheiden sich von jenen ohne selbstverletzendes Verhalten bezüglich des Indikators „Stress in der Familie“.

$H_1^{(3.3)}$: Untersuchungspersonen mit selbstverletzendem Verhalten unterscheiden sich von jenen ohne selbstverletzendes Verhalten bezüglich des Indikators „Stress im übrigen Leben“.

5.4.4 Fragestellung 4. Zudem soll untersucht werden, ob sich Untersuchungspersonen, die sich selbst verletzen, in ihrem Gefühl des Erwachsenseins von jenen, die sich nicht selbst verletzen, unterscheiden.

$H_1^{(4)}$: Selbstverletzende unterscheiden sich von Nicht-Selbstverletzenden in ihrem Gefühl erwachsen zu sein im Indikator „Gefühl des Erwachsenseins“.

5.5 Stichprobenbeschreibung

5.5.1 Geschlecht. Die Stichprobe setzte sich aus 127 jungen Erwachsenen zusammen, vertreten waren 14 (11%) Männer und 113 (89%) Frauen. In der folgenden Tabelle (siehe Tabelle 1) ist die Geschlechterverteilung in Bezug auf das SVV dargestellt.

Tabelle 1

Charakteristika Geschlecht getrennt nach SVV (N = 127)

	Nicht-Selbstverletzende	Selbstverletzende
Geschlecht, n (%)		
weiblich	28 (80,0%)	85 (92,4%)
männlich	7 (20,0%)	7 (7,6%)
Mittelwert (<i>M</i>)	1.20	1.08
Standardabweichung (<i>SD</i>)	0.41	0.28

5.5.2 Alter. Es machten 124 Personen Angaben zu ihrem Alter. Das mittlere Alter der Stichprobe lag bei 21.22 ($SD = 3.43$), wobei die weibliche Stichprobe im Durchschnitt 20.94 ($SD = 3.29$) Jahre und die männliche Stichprobe 23.36 ($SD = 3.88$) Jahre alt war.

Das mittlere Alter der Selbstverletzenden betrug 21.45 ($SD = 3.00$) Jahre und jenes der Nicht-Selbstverletzenden 23.18 ($SD = 3.68$) Jahre. Die Stichprobe der weiblichen Selbstverletzenden war durchschnittlich 20.31 ($SD = 3.00$) Jahre alt und die Stichprobe der männlichen Selbstverletzenden 22.01 ($SD = 2.79$) Jahre. Die Nicht-SelbstverletzerInnen waren im Schnitt älter. Das mittlere Alter der männlichen Nicht-Selbstverletzenden betrug 24.71 ($SD = 4.54$) Jahre und jenes der weiblichen Nicht-Selbstverletzenden 22.79 ($SD = 3.43$) Jahre.

Eine Einteilung in drei Altersgruppen zeigte, dass 75% ($n = 93$) der Stichprobe zwischen 18 und 22 Jahre, 19% ($n = 23$) der Stichprobe zwischen 23 und 27 Jahre und 7% ($n = 8$) der Stichprobe zwischen 28 und 31 Jahre alt war. Von den Selbstverletzenden waren 84% ($n = 75$) zwischen 18 und 22 Jahre, 11% ($n = 10$) zwischen 23 und 27 Jahre und 5% ($n = 4$) zwischen 28 und 31 Jahre alt war. In der Gruppe der Nicht-Selbstverletzenden waren 18 (51%) Personen zwischen 18 und 22 Jahre, 13 (37%) Personen zwischen 23 und 27 Jahre und vier ($n = 11$) Personen zwischen 28 und 31 Jahre alt.

5.5.3 Land und Wohnsituation. Rund 79% ($n = 100$) der Befragten gaben an, in Deutschland zu leben. In Österreich lebten rund 20% ($n = 25$) und in der Schweiz rund 2% ($n = 2$) der Befragten. Von den Selbstverletzenden gaben 86 (94%) Personen an, in Deutschland, 4 (4%) Personen in Österreich und zwei (2%) Personen in der Schweiz zu leben. Bei den Nicht-Selbstverletzenden gaben 14 (40%) Personen an, in Deutschland und 21 (60%) Personen in Österreich zu leben.

Bezüglich der Wohnsituation gaben 20 (16%) Personen an, alleine, 69 (54%) Personen bei den Eltern, 18 (14%) Personen mit einer Partnerin oder einem Partner und 12 (9%) Personen

in einer Wohngemeinschaft (WG) oder einem Studentenheim zu leben. Weitere acht (6%) gaben an, sich in einer anderen Wohnsituation zu befinden. Hierzu nannten die Befragten beispielsweise alleine mit einem Kind oder einem Hund zusammen zu leben oder in einer Pflegefamilie, in einer betreuten Wohngemeinschaft oder einem Mehr-Generationenhaushalt. In Abbildung 4 ist die Verteilung der Wohnsituation getrennt für Selbstverletzende und Nicht-Selbstverletzende dargestellt.

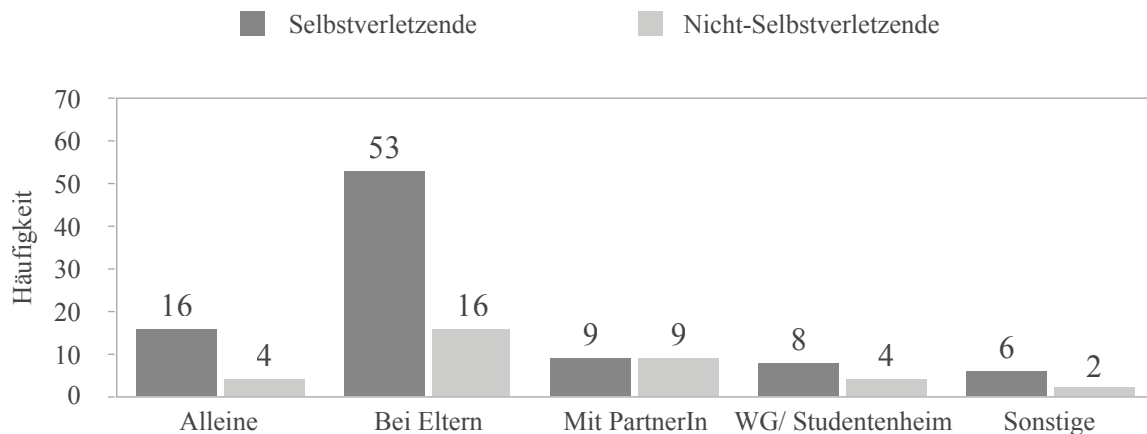


Abbildung 4. Wohnsituation Selbstverletzender und Nicht-Selbstverletzender

5.5.4 Formaler Bildungsgrad. Die Stichprobe bestand aus neun (7%) Personen, die angaben, keinen Abschluss zu haben, 38 (30%) Personen mit Pflichtschulabschluss, 14 (11%) Personen mit abgeschlossener Lehre/ Berufsausbildung, 39 (31%) Personen mit Matura/ Abitur und 27 (21%) Personen mit abgeschlossenem Hochschul-/ Fachhochschulstudium. Abbildung 5 stellt einen prozentuellen Vergleich des formalen Bildungsgrades von Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden dar.

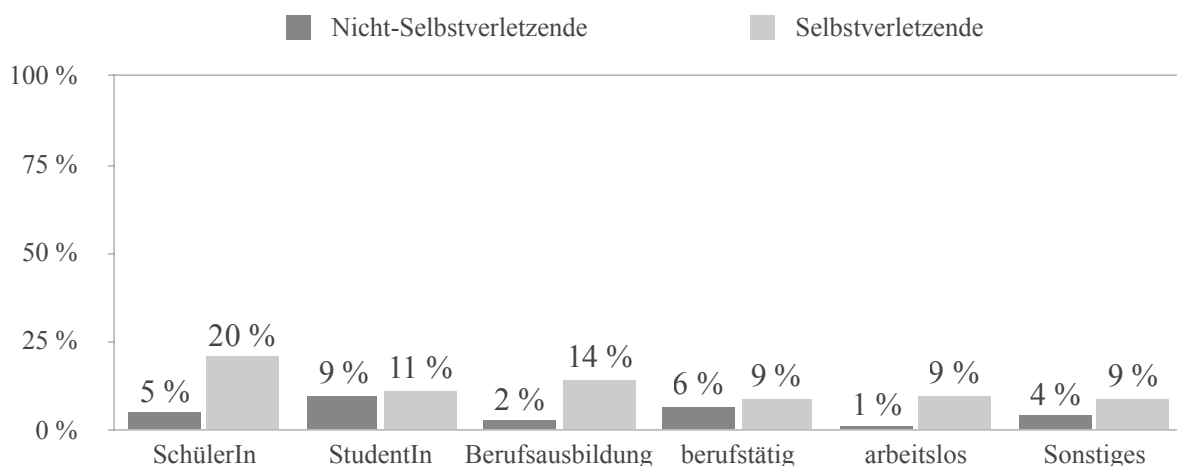


Abbildung 5. Formaler Bildungsgrad Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender

5.5.5 Haupttätigkeit. Als Haupttätigkeit wurde in dieser Untersuchung die Frage definiert, ob die TeilnehmerInnen SchülerInnen, StudentInnen, in Berufsausbildung, berufstätig oder arbeitslos sind. Eine weitere Kategorie „Sonstiges“ fasst andere haupttätige Beschäftigungen der TeilnehmerInnen zusammen, es wurden dazu beispielsweise Tätigkeiten wie Hausfrau, Mutter, Elternzeit oder Krankenstand angegeben.

Die Stichprobe bestand aus 32 (25%) SchülerInnen, 26 (21%) StudentInnen, 21 (17%) Personen in Berufsausbildung, 19 (15%) berufstätigen Personen und 13 (10%) arbeitslosen Personen. Weitere 16 (13%) wurden der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet.

Der prozentuelle Vergleich der Haupttätigkeiten der Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden ist in Abbildung 6 dargestellt.

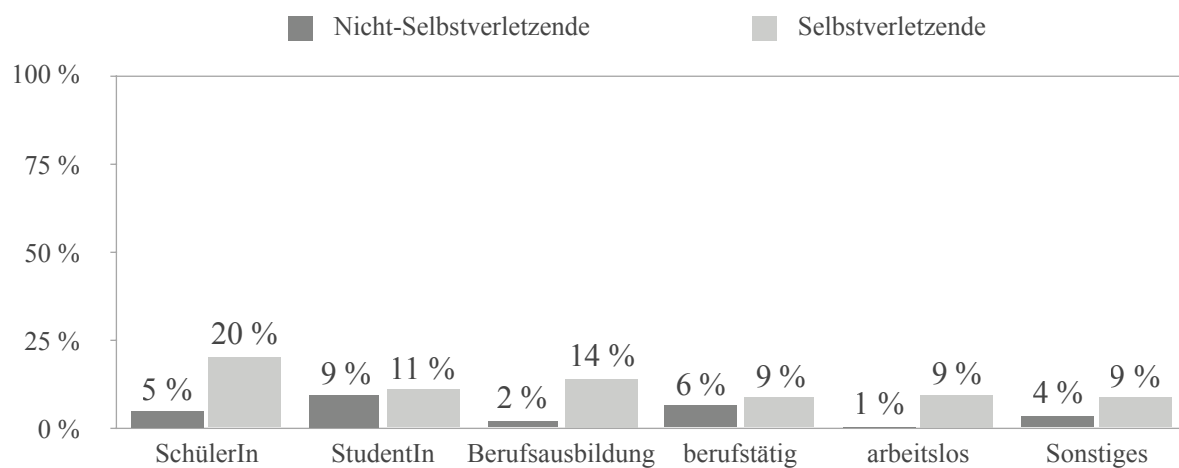


Abbildung 6. Haupttätigkeit Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender

5.5.6 Beziehungsstatus. Insgesamt gaben 67 (53%) der Befragten an, Single zu sein. In einer Partnerschaft zu leben gaben 55 (43%) der Befragten an. Zwei (2%) waren verheiratet und weitere zwei (2%) beschrieben ihren Beziehungsstatus als kompliziert. Abbildung 7 gibt einen Überblick über den Beziehungsstatus der Nicht-Selbstverletzenden sowie Selbstverletzenden.

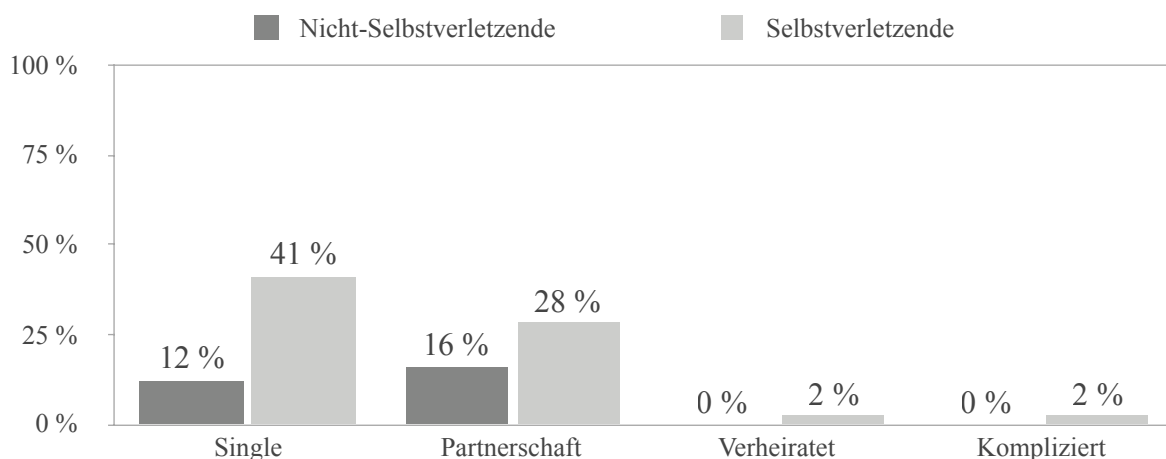


Abbildung 7. Beziehungsstatus Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender

6 Ergebnisse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmsystem SPSS Statistics Version 25 für Mac OS.

Nötige Voraussetzungsprüfungen für die gewählten Operationen bezüglich Skalenniveaus und Verteilungsannahmen der Variablen wurden durchgeführt. Bei erfüllten Voraussetzungen wurden parametrische Verfahren im Rahmen der Hypothesenprüfungen herangezogen. Um die inhaltliche Bedeutsamkeit und die praktische Relevanz von hypothesentestenden Ergebnissen charakterisieren zu können, wurden im Rahmen von Kreuztabellen die standardisierten Effektgrößen Odds Ratio (OR) als Maß für das relative Risiko herangezogen. Für metrische Variablen wurde entsprechend der Koeffizient nach Spearman's r_s bzw. der Effekt d gemäß Cohen berichtet.

6.1 Erhebungsverfahren

6.1.1 Stress-Indikatoren. Um den erlebten Stress der Teilnehmenden zu erfassen, wurden die Indikatoren aus dem Fragebogen von Rollett et al. (2014) vorgegeben. Mittelwert und Standardabweichungen sind entsprechend in Tabelle 2 nachzulesen.

Tabelle 2

Itemparameter der Stress-Indikatoren zur Erfassung des Stresserlebens von Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden (N = 126)

<u>Stress-Indikatoren</u>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Wie viel Stress und Druck hatten Sie in den letzten sechs Monaten ...		
... in der Schule/ FH/ Uni/ Arbeit	2.90	0.82
... in der Familie	2.59	0.99
... in Ihrem übrigen Leben	2.87	0.84

6.1.2 Reliabilitätsanalyse des Brief COPE. Um Unterschiede im Copingverhalten junger Erwachsener, die sich selbst verletzen und jener, die sich nicht selbst verletzen, zu untersuchen, wurde der Fragebogen ins Deutsche übersetzt.

In Anhang 6 sind die detaillierten Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der deutschen Fassung des Brief COPE nachzulesen. Eine Übersicht der Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse ist in der folgenden Tabelle 3 dargestellt.

Für die Subskala „Ablenkung“ ($\alpha = .32$), die Subskala „Verleugnung“ ($\alpha = .34$) und die Subskala „Ausleben von Emotionen“ ($\alpha = -.11$) wurden sehr geringe Reliabilitäten verzeichnet.

Tabelle 3

Reliabilitätsanalyse der 14 Skalen des Brief COPE (N = 127)

Skala	Cronbach's Alpha der Skala	Beispielitem	Trenn- schärfe
Ablenkung	.32	Ich habe etwas unternommen, um weniger darüber nachzudenken.	.19
Aktive Bewältigung	.79	Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	.65
Verleugnung	.34	Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert ist.	.20
Alkohol und Drogen	.94	Ich habe Alkohol oder andere Drogen zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.	.89
Emotionelle Unterstützung	.85	Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	.74
Instrumentelle Unterstützung	.87	Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	.77
Verhaltensrückzug	.59	Ich habe es aufgegeben, zu versuchen, die Situation in den Griff zu bekommen.	.42
Ausleben von Emotionen	-.11	Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	-.05
Positive Umdeutung	.69	Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist.	.52
Planung	.58	Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, welche Schritte unternommen werden müssen.	.41
Humor	.58	Ich habe Witze darüber gemacht.	.42
Akzeptanz	.63	Ich habe gelernt, damit zu leben.	.46
Religion	.70	Ich habe gebetet oder meditiert.	.54
Selbstbeschuldigung	.87	Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.	.77
Cronbach's Alpha des gesamten Brief COPE = .65			

6.1.3 Reliabilitätsanalyse des adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie. Der neu konstruierte Fragebogen zum Erfassen des SVV als Copingstrategie, wurde einer teststatistischen Analyse unterzogen.

Dadurch, dass der Fragebogen aus 27 dichotomen Filterfragen zu diversen Selbstverletzung auslösenden Situationen und 27 vierstufigen Sub-Items des Erleichterungsgefühls, besteht, konnte nur für die 27 Auslöser-Filteritems eine Reliabilitätsanalyse erfolgen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Reliabilitätsanalyse für die Auslöser-Skala des adaptierten Fragebogens (n = 86)

Item mit Itemnummer	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha, wenn Item weggelassen	Trenn- schärfe
1) Probleme PartnerIn	.55	.50	.85	.30
2) Kritik	.51	.50	.84	.45
3) Alkohol, Drogen und Medikamente	.12	.32	.85	.19
4) angegriffen fühlen	.60	.49	.84	.52
5) Leistung verlangt	.47	.50	.85	.32
6) jmd. nahe kommt	.38	.49	.84	.46
7) über eigenes Leben nachdenken	.78	.42	.84	.37
8) jmd. mögen oder lieben	.10	.31	.85	.27
9) alleine in Wohnung	.74	.44	.84	.45
10) anderen von Trauma erzählen	.20	.40	.85	.31
11) zu anderen aggressiv oder unfreundlich	.34	.48	.84	.40
12) Fehler gemacht	.76	.43	.84	.42
13) denkt gefährlich oder böse zu sein	.24	.43	.84	.45
14) angenehme Gefühle	.15	.36	.85	.22
15) Aufgaben nicht erledigt	.26	.44	.84	.45
16) ungerecht behandelt werden	.47	.50	.84	.43
17) Instrumente wahrnehmen	.33	.47	.84	.53
18) mit anderen streiten	.66	.48	.85	.33
19) selbst für unfähig und dumm halten	.84	.37	.84	.38
20) anderen von Selbstverletzung berichten	.19	.39	.84	.45
21) eigene schreckliche Erfahrungen erinnern	.71	.46	.84	.53
22) starke unangenehme Gefühle	.85	.36	.84	.45
23) Alkohol oder Drogen konsumiert	.15	.36	.85	.15
24) körperlich unwohl	.09	.29	.85	.05
25) Gefühl AußenseiterIn zu sein	.49	.50	.84	.48
26) Verlangen	.77	.43	.84	.49
27) ohne Grund	.37	.49	.85	.29

Mittelwert der Skala = 12.10

Standardabweichung der Skala = 5.27

Cronbach's Alpha der Skala = .85

6.2 Merkmale und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens

6.2.1 Häufigkeit. In der Gesamtstichprobe waren 92 (72%) Personen von selbstverletzendem Verhalten betroffen. Es wurde sowohl die 1-Monats-, als auch 6-Monats-Prävalenz des selbstverletzenden Verhaltens ohne suizidaler Absicht und der Gedanken daran zum Zeitpunkt der Erhebung beschrieben. Ebenfalls wurden die Teilnehmenden aufgefordert, die durchschnittliche Häufigkeit des SVV anzugeben.

6.2.1.1 1-Monats-Prävalenz. Auf die Frage des MOUSI 1 (siehe Anhang 2) „Wie oft haben Sie im vergangenen Monat daran gedacht, sich selbst zu verletzen (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?“ gaben 92 Personen der TeilnehmerInnen - die Stichprobe der Selbstverletzenden - an, von Gedanken an Selbstverletzung betroffen gewesen zu sein (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

1-Monats-Prävalenz der Gedanken an NSSV (n = 92)

Gedanken-NSSV	Häufigkeit	Prozent
nie	2	2,2 %
mind. einmal	20	21,7 %
wöchentlich	32	34,8 %
täglich	38	41,3 %

Die Mehrheit der Personen mit selbstverletzendem Verhalten (37%, n = 34) gaben an, sich im vergangenen Monat mindestens einmal selbst verletzt zu haben, ohne sich umbringen zu wollen. Weitere 29 (32%) gaben an, im vergangenen Monat wöchentlich NSSV und wieder 23 (25%) gaben an, im letzten Monat gar kein NSSV gezeigt zu haben. Fünf Personen (4%) führten an, sich täglich selbst verletzt zu haben (siehe Abbildung 8).

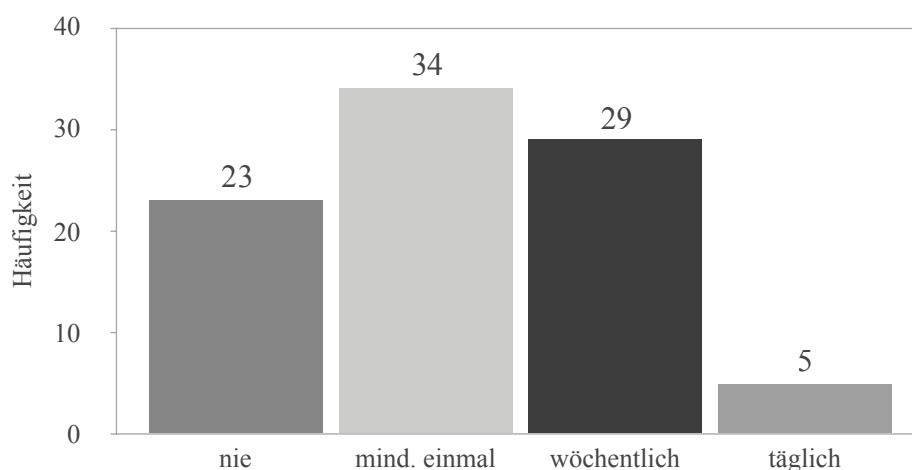


Abbildung 8. Häufigkeit NSSV im vergangenen Monat

6.2.1.2 6-Monats-Prävalenz. Die Angaben der Teilnehmenden bezüglich ihrer Gedanken an Selbstverletzung (siehe Tabelle 6) und Durchführung des SVV (siehe Abbildung 9) in den vergangenen sechs Monaten gemäß der Items des MOUSI 2 (siehe Anhang 2) sind folgend dargestellt.

Tabelle 6

6-Monats-Prävalenz der Gedanken an NSSV (n = 91)

Gedanken-NSSV	Häufigkeit	Prozent
nie	0	0,0 %
1 bis 5 mal	11	12,1 %
monatlich	13	14,3 %
wöchentlich	39	42,9 %
täglich	28	30,8 %

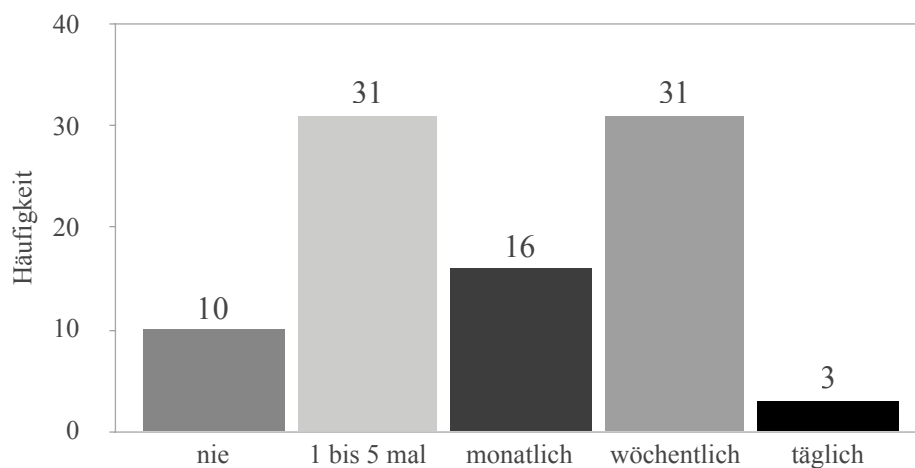


Abbildung 9. Häufigkeit NSSV in vergangenen sechs Monaten

Es verletzten sich 34% (n = 31) der Teilnehmenden ein bis fünf Mal in den vergangenen sechs Monaten, ohne sich umbringen zu wollen. Weitere 34% (n = 31) gaben an, im vergangenen Monat wöchentlich NSSV angewendet zu haben. Monatlich haben sich in den letzten sechs Monaten 16 (18%) selbst verletzt. Von den Befragten verletzten sich zehn (11%) Personen in den vergangenen sechs Monaten nie, ohne sich umbringen zu wollen. Drei (3%) Personen gaben hingegen an, täglich NSSV in den letzten sechs Monaten gezeigt zu haben.

6.2.1.3 Durchschnittliche Häufigkeit. Das Antwortverhalten der Teilnehmenden auf das Item des FSVV „Wie häufig tritt das selbstverletzende Verhalten im Durchschnitt auf?“ ist in Tabelle 7 einsehbar.

Tabelle 7

Durchschnittliche Auftretshäufigkeit des SVV in „Krisenzeiten“ und „ruhigen“ Zeiten (n = 92)

Durchschnitt-SVV	„Krisenzeiten“ - max. Wert im letzten halben Jahr		„ruhigen“ Zeiten – min. Wert im letzten halben Jahr	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
keinmal	6	6,5 %	21	22,8 %
1 Mal pro Monat oder seltener	13	14,1 %	38	41,3 %
2-3 Mal pro Monat	20	21,7 %	20	21,7 %
1-2 Mal pro Woche	0	0,0 %	0	0,0 %
3-6 Mal pro Woche	36	39,1 %	13	14,1 %
1 Mal tägl. oder häufiger	17	18,5 %	0	0,0 %

6.2.2 Labilisierende Bedingungen. Wie Tabelle 8 zu entnehmen ist, sind die meist genannten labilisierenden Bedingungen der letzten sechs Monate zum Zeitpunkt der Befragung jene der Schlafprobleme/ des Schlafmangels sowie Probleme/ Konflikte im familiären Umfeld und im Freundes- und Bekanntenkreis. Im Anhang 4 ist das Item des FSVV zu den labilisierenden Bedingungen einsehbar.

Tabelle 8

Häufigkeiten des labilisierenden Bedingungen in den letzten sechs Monaten

Labilisierende Bedingungen	Häufigkeit	N	Prozent
Schlafprobleme/ Schlafmangel	83	92	90,2 %
Probleme/ Konflikte im familiären Umfeld	73	91	79,3 %
Probleme/ Konflikte im Freundes- und Bekanntenkreis	68	92	73,9 %
unklare, problematische berufliche Situation	68	92	73,9 %
Probleme/ Konflikte in der Partnerschaft	57	92	62,0 %
körperliche Erkrankungen	48	92	52,2 %
wirtschaftliche, finanzielle Probleme	42	92	45,7 %
unklare, problematische Wohnsituation	35	92	38,0 %
Unzufriedenheit mit einer Behandlung	21	87	22,8 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.3 Beginn des SVV. Die Stichprobe hatte zu Beginn des SVV ein mittleres Alter von 13.66 ($SD = 2.23$, $n = 90$) Jahren. Die Altersangaben den Beginn der Selbstverletzung betreffend reichten vom neunten bis zum 22. Lebensjahr.

Ebenfalls wird nach den Ursprungsideen zur Selbstverletzung gefragt (siehe MOUSI 8 im Anhang 2). Die TeilnehmerInnen wählten aus mehreren Antworten die für sie am zutreffendsten. Am häufigsten nannten die TeilnehmerInnen „Es war meine eigene Idee“ (30%, $n = 51$), „Ich habe davon von anderen Leuten gehört“ (18%, $n = 31$) und „Ich habe es bei anderen Leuten gesehen“ (15%, $n = 26$). Weiter nannten die TeilnehmerInnen „Ich habe darüber im Internet gelesen“ (12%, $n = 20$), „Ich habe es in einem Film oder im Fernsehen gesehen“ (11%, $n = 18$), „Ich habe darüber in einem Web Blog gelesen“ (5%, $n = 9$), „Ich habe darüber in einem Buch oder einem Magazin gelesen“ (3%, $n = 5$) sowie „Andere Ideen“ (2%, $n = 4$). Unter „Andere Ideen“ fallen selbst definierte Antworten der TeilnehmerInnen, beispielsweise „Durch eine zufällige Verletzung“ oder „Ich kann mich nicht mehr erinnern“. Die am wenigsten gewählten Aussagen waren folgende: „Ich habe es bei anderen Leuten, in einem Krankenhaus, gesehen“ (2%, $n = 3$) und „Ich habe davon von anderen Leuten, in einem Krankenhaus, gehört“ (2%, $n = 1$).

6.2.4 Mitwissende. Es gaben 67 (73%) der sich selbst verletzenden Teilnehmenden an, andere Leute von ihrem SVV wissen zu lassen. Davon erzählten 58 (63%) Personen ein paar Leuten und neun (10%) Personen den meisten Leuten von den Selbstverletzungen. Weitere 25 (27%) Personen gaben an, niemanden davon wissen zu lassen.

In Tabelle 9 wird dargestellt, welchen Personen die Teilnehmenden angaben, von ihrem SVV zu berichten (siehe MOUSI 11 im Anhang 2).

Tabelle 9

Häufigkeiten der Mitwissenden des SVV in hierarchischer Abfolge ($n = 67$)

Mitwissende	Häufigkeit	Prozent
Freund(e)/ in(nen)	54	80,6 %
Partner/in	31	46,3 %
Psycholog/innen oder Psychiater/innen	30	44,8 %
Familienmitglieder	16	23,9 %
Hausarzt/ärztin	14	20,9 %
Anderen	5	7,5 %
anderen Berater/innen	4	6,0 %
Telefonberatung	0	0,0 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.5 Druck durch das SVV. Auf die Items des MOUSI 9 (siehe Anhang 2) zum Druckempfinden vor einer Selbstverletzung zeigten die TeilnehmerInnen folgendes Antwortverhalten (Tabelle 10). Der empfundene Druck wurde vom Großteil der Befragten, 62%, als „überhaupt nicht angenehm“ beschrieben.

Tabelle 10

Häufigkeiten des Druckempfinden vor einer selbstverletzenden Handlung (n = 92)

Itemform.		Gesamt		Frauen		Männer	
		n	%	n	%	n	%
Ist der Druck stressig/ regt der Druck Sie auf?	Überhaupt nicht	8	8,7	6	7,1	2	28,6
	Ein wenig	28	30,4	25	29,4	3	42,9
	Sehr	29	31,5	27	31,8	2	28,6
	Voll und ganz	27	29,3	27	31,8	0	0,0
Ist der Druck angenehm?	Überhaupt nicht	57	62,0	51	60,0	6	85,7
	Ein wenig	20	21,7	20	23,5	0	0,0
	Sehr	9	9,8	9	10,6	0	0,0
	Voll und ganz	6	6,5	5	5,9	1	14,3
Ist der Druck bedrängend?	Überhaupt nicht	7	7,6	6	7,1	1	14,3
	Ein wenig	14	15,2	12	14,1	2	28,6
	Sehr	33	35,9	30	35,3	3	42,9
	Voll und ganz	38	41,3	37	43,5	1	14,3

6.2.6 Drogen und Alkohol. Der Großteil, 96% (n = 88), der selbstverletzenden Befragten gab an, sich nicht ausschließlich dann selbst zu verletzen, nachdem Drogen oder Alkohol konsumiert wurden. Die Minderheit von vier (4%) Selbstverletzenden, verletzte sich nur unter Drogen- oder Alkoholeinfluss (siehe MOUSI 10 im Anhang 2).

6.2.7 Gründe. Im Anhang 7 und 8 werden die Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte der Antwortkategorien der ordinalskalierten Items des MOUSI 14 (siehe Anhang 2) bezüglich der anfänglichen Gründe für SVV und jener Gründe für ein Aufrechterhalten des SVV gelistet.

Des Weiteren wurden verschiedene gängige Gründe für SVV vorgegeben und die TeilnehmerInnen gebeten (siehe MOUSI 16 im Anhang 2), zu bewerten, wie hilfreich sie das SVV in diesen Fällen empfanden (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11

Häufigkeiten des Hilfreich Seins der genannten Gründe (n = 92)

Gründe	Einschätzung				
	überhaupt nicht hilfreich	nicht wirklich hilfreich	etwas hilfreich	hilfreich	extrem hilfreich
	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
um unerträgliche Spannung loszuwerden	9 (11,3%)	8 (10,0%)	21 (26,3%)	19 (23,8%)	23 (28,7%)
um Ärger loszuwerden	21 (26,9%)	13 (16,7%)	20 (25,6%)	9 (11,5%)	15 (19,2%)
um Frustration loszuwerden	15 (19,5%)	15 (19,5%)	15 (19,5%)	17 (22,1%)	15 (19,5%)
um Nervosität loszuwerden	24 (30,8%)	16 (20,5%)	12 (15,4%)	15 (19,5%)	11 (14,1%)
um von einem traurigen Gefühl oder "down" sein zu erleichtern	14 (17,9%)	7 (9,0%)	11 (14,1%)	19 (24,4%)	27 (34,6%)

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.8 Körperregionen. Die Teilnehmenden bewerteten mittels MOUSI 12 (siehe Anhang 2), welche Körperregionen sie zu Beginn ihres SVV verletzt hatten und welche Körperregionen sie zum Zeitpunkt der Befragung selbst verletzt hatten (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12

Häufigkeiten der von selbstverletzenden Handlungen betroffenen Körperregionen zu Beginn des SVV und in letzter Zeit (n = 92)

zu Beginn betroffen	Häufigkeit	Prozent	in letzter Zeit betroffen	Häufigkeit	Prozent
Arme	85	92,4 %	Arme	62	67,4 %
Beine	72	78,3 %	Beine	56	60,9 %
Bauch	31	33,7 %	Bauch	13	14,1 %
Andere	16	17,4 %	Andere	14	15,2 %
Kopf	8	8,7 %	Kopf	4	4,3 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.9 Methoden der Selbstverletzung. Die Items des MOUSI 13 (siehe Anhang 2) erfassten die Methoden der Selbstverletzung zu Beginn des SVV und zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Die zu Beginn des SVV verwendeten Methoden der Selbstverletzung sind in Tabelle 13 abgebildet. Die zum Zeitpunkt der Befragung verwendeten Methoden der Selbstverletzung sind in Tabelle 14 einzusehen.

Zu Beginn des SVV waren Schneiden, Kratzen und (irgendwo dagegen) Schlagen die am häufigsten verwendeten Methoden. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben die Teilnehmenden hingegen an sich am häufigsten zu schneiden, zu kratzen und die Wundheilung zu verzögern.

Tabelle 13

Häufigkeiten der verwendeten Methoden der Selbstverletzung zu Beginn des SVV (n = 92)

Methode	Häufigkeit	Prozent
Schneiden	86	93,5 %
Kratzen	67	72,8 %
(irgendwo dagegen) Schlagen	55	59,8 %
Wundheilung verzögern	51	55,4 %
Beißen	37	40,2 %
Exzessiver Alkoholgebrauch	37	40,2 %
die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen	31	33,7 %
Verbrennen	28	30,4 %
Haare ausreißen	25	27,2 %
Zu viele Medikamente einnehmen	25	27,2 %
Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen	17	18,5 %
Exzessiver illegaler Drogengebrauch	13	14,1 %
Versuch sich Knochen zu brechen	11	12 %
Andere Methode	10	10,9 %
Körperteile piercen	9	9,8 %
Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr geeignet sind	7	7,6 %
Zu wenige Medikamente einnehmen	5	5,4 %
Headbanging	4	4,3 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

Tabelle 14

Häufigkeiten der verwendeten Methoden der Selbstverletzung zum Zeitpunkt der Befragung (n = 92)

Methode	Häufigkeit	Prozent
Schneiden	70	76,1 %
Kratzen	53	57,6 %
Wundheilung verzögern	37	40,2 %
(irgendwo dagegen) Schlagen	30	32,6 %
Verbrennen	28	30,4 %
Exzessiver Alkoholgebrauch	28	30,4 %
Beißen	19	20,7 %
Andere Methode	14	15,2 %
Zu viele Medikamente einnehmen	12	13 %
Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen	10	10,9 %
Exzessiver illegaler Drogengebrauch	9	9,8 %
die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen	9	9,8 %
Haare ausreißen	9	9,8 %
Zu wenige Medikamente einnehmen	8	8,7 %
Versuch sich Knochen zu brechen	5	5,4 %
Headbanging	2	2,2 %
Körperteile piercen	1	1,1 %
Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr geeignet sind	1	1,1 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.10 Erleichterung durch selbstverletzendes Verhalten. Die Items des MOUSI 15 (siehe Anhang 2) erfassen das Erleichterungsgefühl und die Dauer des Anhaltens dieses Gefühls. Die Frage nach dem Gefühl von Erleichterung nach einer Selbstverletzung beantworteten die TeilnehmerInnen folgendermaßen (siehe Tabelle 15).

Es zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit angab, ein Gefühl von Erleichterung durch die selbstverletzende Handlung zu empfinden.

Tabelle 15

Häufigkeiten des Erleichterungsgefühls nach der Selbstverletzung (n = 92)

		Gesamt		Frauen		Männer	
Item		n	%	n	%	n	%
Fühlen Sie	Nie	3	3,3	3	3,5	0	0,0
Erleichterung	Selten	4	4,3	3	3,5	1	14,3
(fühlen Sie	Manchmal	15	16,3	15	17,6	0	0,0
sich besser),	Öfters	39	42,4	36	42,4	3	42,9
nachdem Sie	Immer	31	33,7	28	32,9	3	42,9
sich verletzt							
haben?							

Aus den Daten des adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie (siehe Anhang 5) wurde des Weiteren ein Summenscore ($M = 11.94$; $SD = 5.29$) für die Stichprobe der Selbstverletzenden bezüglich des zustimmenden Antwortverhaltens auf 27 Auslöser zur Selbstverletzung berechnet. Die Verteilung der Häufigkeit des Summenscores der Zustimmung zu den Auslösern ist in Abbildung 26 grafisch veranschaulicht. Diese Verteilung unterlag einer Normalverteilung. Das zustimmende Antwortverhalten auf die 27 vorgestellten Auslöser war gemäß dem Kolmogorov-Smirnov-Test und dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt, $p > .05$.

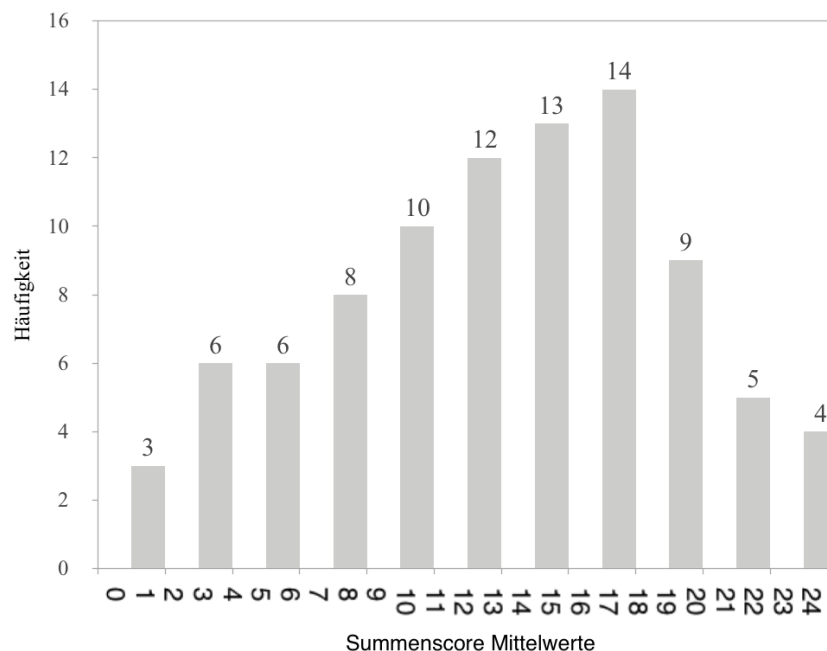


Abbildung 10. Verteilung der Häufigkeit der Zustimmung zu den Auslösern (n = 91)

In Anhang 10 wird das zustimmende Antwortverhalten der Selbstverletzenden bezüglich der 27 vorgestellten Auslöser zur Selbstverletzung ausführlich berichtet. In der Gesamtstichprobe der Selbstverletzenden stellen starke unangenehme Gefühle (n = 76, 83%), sich selbst für dumm

und unfähig halten (n = 75, 82%) sowie über das Leben und sich selbst nachdenken (n = 71, 77%), die Auslöser mit häufigster Zustimmung dar.

In der folgenden Abbildung 27 sind Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle [UG;OG] des Ausmaßes der Erleichterung für diese 27 Auslöser grafisch dargestellt. Die angegebenen Anteilswerte mit einem entsprechenden 95%-Konfidenzintervall (KI), drücken den Bereich aus, in dem der Erwartungswert in der Grundgesamtheit liegt. Die dazugehörigen Kennwerte finden sich zudem detailliert unter Anhang 11.

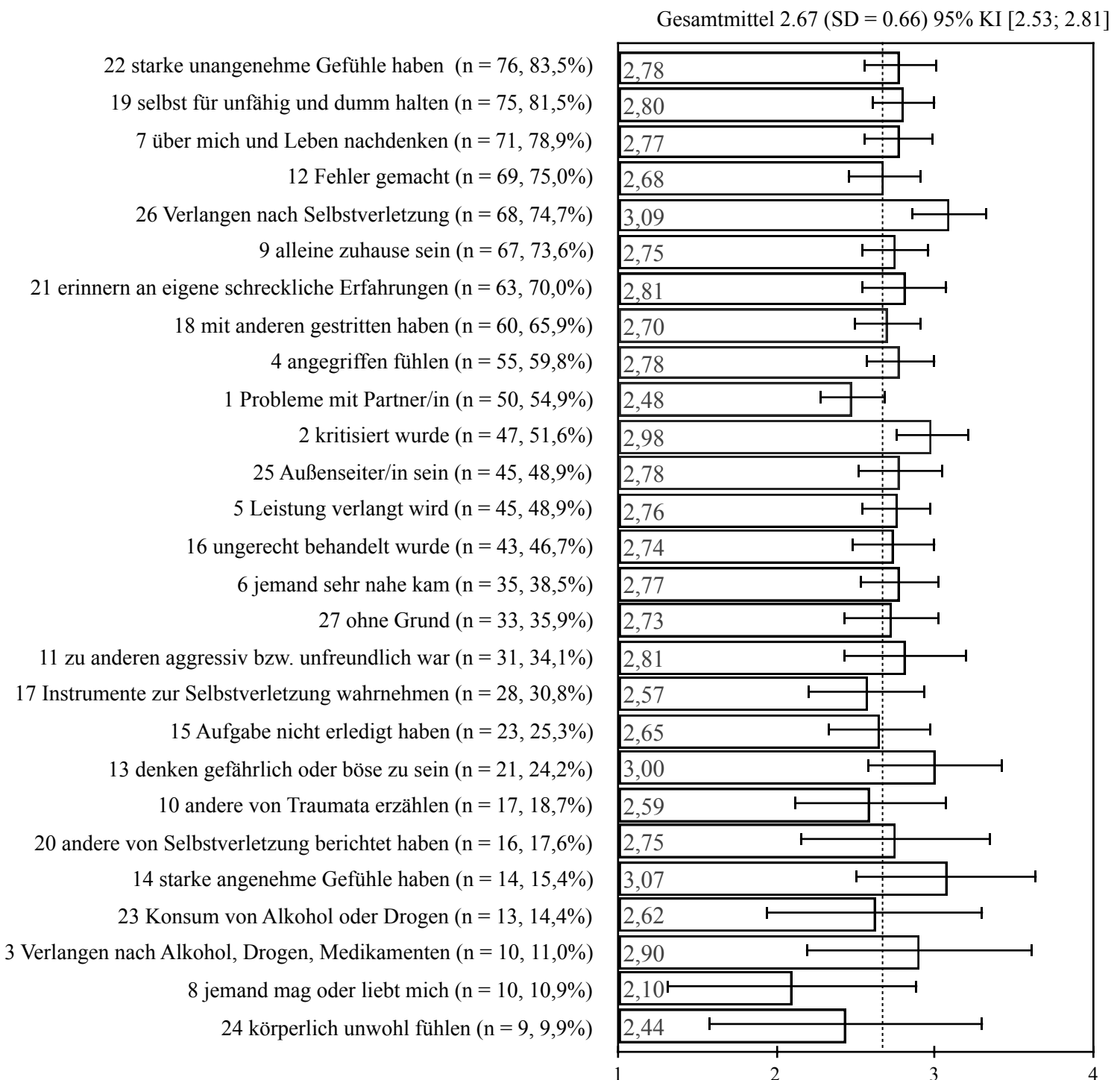


Abbildung 11. Mittelwerte (M) und 95% Konfidenzintervalle (KI) des Ausmaßes der Erleichterung für die 27 Auslöser

6.2.11 Dauer des Anhaltens des Erleichterungsgefühls nach einer Selbstverletzung.

Die folgende Tabelle 16 gibt das Antwortverhalten auf das Item des MOUSI 15 (siehe Anhang 2) bezüglich der Dauer des Anhaltens des Erleichterungsgefühls nach einer Selbstverletzung wieder.

Tabelle 16

Häufigkeiten der Anhaltensdauer des Erleichterungsgefühls nach der Selbstverletzung (n = 92)

		Gesamt		Frauen		Männer	
Item		n	%	n	%	n	%
Wenn Sie Erleichterung spüren, wie lange hält diese Erleichterung an?	Weniger als 1 Minute	7	7,6	6	7,1	1	14,3
	1 Minute bis 5 Minuten	14	15,2	13	15,3	1	14,3
	6 Minuten bis 30 Minuten	19	20,7	18	21,2	1	14,3
	31 bis 60 Minuten	21	22,8	19	22,4	2	18,6
	Stunden	12	13,0	10	11,8	2	28,6
	Tage	10	10,9	10	11,8	0	0,0
	Keine Erleichterung	8	8,7	8	9,4	0	0,0
	Fehlend	1	1,1	1	1,2	0	0,0

6.2.12 Widerstand. Dem Item des MOUSI ? (siehe Anhang 2) „Wenn Sie einmal daran denken sich selbst zu verletzen, tun Sie es dann auch immer?“ stimmen 14 (15%) Personen zu und 78 (85%) negieren.

6.2.13 Zeit zwischen Gedanke und Ausführung des SVV. Tabelle 17 stellt die im Durchschnitt vergangene Zeit zwischen einem Gedanken an eine selbstverletzende Handlung und der darauffolgenden tatsächlichen Ausführung dieser dar (siehe MOUSI 15 im Anhang 2).

Tabelle 17

Häufigkeiten der vergangenen Zeit zwischen Gedanken an und Ausführung des SVV (n = 92)

vergangene Zeit	Häufigkeit	Prozent
weniger als 1 Minute	4	4,3 %
1 Minute bis 5 Minuten	14	15,2 %
6 Minuten bis 30 Minuten	31	33,7 %
über 30 Minuten aber weniger als eine Stunde	14	15,2 %
Stunden	20	21,7 %
Tage	9	9,8 %

6.2.14 Auslösende Gefühle. Die Items des MOUSI 19 (siehe Anhang 2) erfassen stressige, SVV auslösende Gefühle. Von den teilnehmenden SelbstverletzerInnen gaben sieben (8%) Personen an, sich nie, zehn (11%) Personen sich selten, 28 (30%) Personen sich manchmal sowie 32 (35%) Personen sich öfters und 15 (16%) Personen sich immer selbst zu verletzen, wenn stressige Dinge geschehen.

Gefragt nach stressigen Gefühlen, die das SVV auslösen, gaben die Teilnehmenden folgende Situationen als auslösende Gefühle an (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18

Häufigkeiten der Angaben zu stressigen Situationen, die SVV auslösen (n = 85)

auslösende Gefühle	Häufigkeit	Prozent
Versagen	69	81,2 %
Verlassenwerden	59	69,4 %
Verlust	59	69,4 %
Zurückweisung	49	57,6 %
Andere	25	19,7 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.15 Körperlicher Schmerz. Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, ob sie körperlichen Schmerz spüren, wenn sie sich selbst verletzen (siehe MOUSI 20 im Anhang 2). Es beantworteten 90 sich selbst verletzende Personen diese Frage (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19

Häufigkeiten des Empfindens von körperlichem Schmerz (n = 90)

körperliche Schmerzen	Häufigkeit	Prozent
nie	1	1,1 %
selten	31	34,4 %
manchmal	32	35,6 %
öfters	13	14,4 %
immer	13	14,4 %

6.2.15 Veränderung des SVV und Motivation zur Beendung. Die wahrgenommenen Veränderungen des selbstverletzenden Verhaltens der befragten Betroffenen sind detailliert in Anhang 9 präsentiert. Ein Item des Fragebogens lautet „Wie motiviert sind Sie im Augenblick, das selbstverletzende Verhalten zu beenden?“ (siehe MOUSI 23 im Anhang 2) und wurde von

den Teilnehmenden folgendermaßen beantwortet: Es waren 12 (13%) Personen überhaupt nicht motiviert, 16 (18%) Personen eher nicht motiviert, sowie 22 (24%) Personen ein wenig motiviert und 17 Personen (19%) extrem motiviert.

6.2.16 Ablenkung. Die Teilnehmenden wurden gefragt, welche Möglichkeiten für sie hilfreich sind, um dem SVV zu widerstehen (siehe MOUSI 22 im Anhang 2). Ihr Antwortverhalten bezüglich der verwendeten Ablenkungsstrategien und den subjektiv erlebten Erfolg dieser sind in den folgenden Tabellen 20 und 21 detailliert dargestellt.

Tabelle 20

Häufigkeiten der Ablenkungsstrategien zum Widerstehen des SVV (n = 92)

Ablenkungsstrategie	Häufigkeit	Prozent
Lesen, Schreiben, Musik, Tanz	49	53,3 %
Fernsehen, Video- oder Computerspiele spielen	43	46,7 %
Alkohol oder andere Drogen	42	45,7 %
Irgendwas tun um die Hände zu beschäftigen	38	41,3 %
Mit jemandem reden	36	39,1 %
Bewegung/ Sport	29	31,5 %
Anderes	21	22,8 %
Dinge tun, die entspannen (z.B. heißes Bad, Yoga, tiefes Atmen)	20	21,7 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

Tabelle 21

Häufigkeiten der subjektiv als erfolgreich erlebten Ablenkungsstrategien (n = 88)

Ablenkungsstrategie	Häufigkeit	Prozent
Alkohol oder andere Drogen	15	17,0 %
Bewegung/ Sport	14	15,9 %
Fernsehen, Video- oder Computerspiele spielen	14	15,9 %
Mit jemandem reden	12	13,6 %
Anderes	12	13,6 %
Lesen, Schreiben, Musik, Tanz	11	12,5 %
Irgendwas tun um die Hände zu beschäftigen	9	10,2 %
Dinge tun, die entspannen (z.B. heißes Bad, Yoga, tiefes Atmen)	0	0,0 %
Noch nie versucht zu widerstehen	1	1,1 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

Unter die Kategorie „Anderes“ fallen qualitative Aussagen der Teilnehmenden. Diese von den TeilnehmerInnen vermerkten anderen Möglichkeiten, sich von Selbstverletzungen abzulenken, wurden entsprechend mit „Klinikbesuche und stationäre Aufenthalte“, „Online-Beratung“, „Gummiband am Arm und bei Gedanken an Selbstverletzung daran ziehen“ sowie „Hund“ bezeichnet.

6.2.17 Behandlung. Von den befragten Selbstverletzenden wurden 34 (37%) Personen schon von ÄrztInnen behandelt, nachdem sie sich absichtlich selbst verletzt hatten. Von diesen Personen, gaben 29 an, unter diesen Umständen, im letzten Jahr durchschnittlich 9.55 ($SD = 16.43$) mal von einem Arzt/ einer Ärztin behandelt worden zu sein. Ebenfalls 29 (32%) Personen gaben an, wegen ihrer Selbstverletzungen im Krankenhaus gewesen zu sein. Von diesen Personen antworteten 27 Betroffene im Mittel 7.78 ($SD = 14.74$) mal im letzten Jahr über Nacht in einer Notaufnahme behandelt worden zu sein sowie im Mittel 1.81 ($SD = 2.32$) mal im letzten Jahr in ein Krankenhaus eingewiesen worden zu sein.

Die Angaben der Teilnehmenden bezüglich ihrer bisherigen Erfahrungen mit Behandlungen, welche mittels der Items des MOUSI 24 (siehe Anhang 2) erfragt wurden, sind in Tabelle 22 und Tabelle 23 vorgestellt.

Tabelle 22

Häufigkeiten der bisher erhaltenen Behandlungsmethoden (n = 92)

Behandlungsmethoden	Häufigkeit	Prozent
Einzeltherapie	54	58,7 %
Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfebücher, Internet)	35	38,0 %
Medikamente	35	38,0 %
Gruppentherapie	23	25,0 %
Beratungsgespräche	19	20,7 %
Anderes	12	13,0 %
Familientherapie	9	9,8 %
Noch keine Behandlung	22	23,9 %
Verweigerung der Behandlung	5	5,4 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

Tabelle 23

Häufigkeiten der Einschätzung des Hilfreich Seins der bisher erhaltenen Behandlungsmethoden (n = 92)

Behandlungsmethoden	Häufigkeit	Prozent
Einzeltherapie	36	39,1 %
Medikamente	13	14,1 %
Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfebücher, Internet)	12	13,0 %
Gruppentherapie	6	6,5 %
Anderes	6	6,5 %
Beratungsgespräche	4	4,3 %
Familientherapie	1	1,1 %
Noch keine Behandlung	25	27,2 %
Nicht hilfreiche Behandlungen	15	16,3 %

Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich

6.3 Gefühl des Erwachsenseins

Auf Basis von Kontingenztafeln mit nachfolgenden Chi-Quadrat-Tests wurde geprüft, ob Verteilungsunterschiede bezüglich des Indikators „Haben Sie das Gefühl bereits erwachsen zu sein?“ (1 = *Nein*, 2 = *Etwas*, 3 = *Ja*) in den Altersgruppen 18 bis 22, 23 bis 27 und 28 bis 31 bei Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden vorliegen. Die nachfolgenden Tabellen 24, 25, 26 und 27 zeigen die entsprechenden Häufigkeiten und Anteilswerte.

Die weiblichen Selbstverletzenden in den Altersgruppen 18 bis 22, 23 bis 27 und 28 bis 31 unterschieden sich nicht in ihrem Gefühl des Erwachsenseins (χ^2 (korr. mittels exaktem Test nach Fisher, c.f.) = 3.34, $p = .490$). Auch innerhalb der Stichprobe der weiblichen Nicht-Selbstverletzenden wurden keine signifikanten Verteilungsunterschiede in den drei Altersgruppen festgestellt (χ^2 (c.F.) = 5.24, $p = .217$) (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24

Verteilungsunterschiede bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins bei weiblichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den drei Altersgruppen

		Nicht-Selbstverletzende			Selbstverletzende		
		Altergruppen					
Gefühl erwachsen zu sein		18-22 Jahre	23-27 Jahre	28-31 Jahre	18-22 Jahre	23-27 Jahre	28-31 Jahre
Ja	Anzahl	4	7	2	20	1	0
	Erwartete Anzahl	7	5.1	.9	18.2	1.8	1
	%	30,8	53,8	15,4	95,2	4,8	0,0
	Standardresiduum	-1.0	.8	1.1	.4	-.6	-1.0
Etwas	Anzahl	7	3	0	35	5	4
	Erwartete Anzahl	5.4	3.9	.7	38.1	3.8	2.1
	%	70,0	30,0	0,0	79,5	11,4	9,1
	Standardresiduum	.7	-.5	-.8	-.5	.6	1.3
Nein	Anzahl	4	1	0	16	1	0
	Erwartete Anzahl	2.7	2.0	.4	14.7	1.5	.8
	%	80,0	20,0	0,0	94,1	5,9	0,0
	Standardresiduum	.8	-.7	-.6	.3	-.4	-.9
Gesamt	Anzahl	15	11	2	71	7	4
	%	53,6	39,3	7,1	86,6	8,5	4,9

Tabelle 25 stellt die entsprechenden Prüfgrößen zur Prüfung von Verteilungsunterschieden zwischen Frauen mit SVV und ohne SVV dar.

Diese fielen in der weiblichen Stichprobe kontinuieritätskorrigiert in der Altersgruppe der 18-22-Jährigen mit $\chi^2(2) = .12, p = .943$, der Altersgruppe der 23-27-Jährigen mit $\chi^2(\text{c.f.}) = 4.38, p = .113$ und der Altersgruppe der 28-31-Jährigen mit $\chi^2(\text{c.f.}) = 6.00, p = .067$ ebenfalls nicht signifikant aus (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25

Verteilungsunterschiede bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins bei weiblichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den drei Altersgruppen

Altersgruppen			Gefühl erwachsen zu sein		
			Ja	Etwas	Nein
18-22 Jahre	Nicht-Selbstverletzende	Anzahl	4	10	4
		Erwartete Anzahl	4.8	9.3	3.9
		%	22,2	55,6	22,2
		Standardresiduum	-.4	.2	.1
	Selbstverletzende	Anzahl	21	38	16
		Erwartete Anzahl	20.2	38.7	16.1
		%	28,0	50,7	21,3
		Standardresiduum	.2	-.1	.0
	Gesamt	Anzahl	25	48	20
		%	26,9	51,6	21,5
23-27 Jahre	Nicht-Selbstverletzende	Anzahl	8	4	1
		Erwartete Anzahl	5.7	6.2	1.1
		%	61,5	30,8	7,7
		Standardresiduum	1.0	-.9	-.1
	Selbstverletzende	Anzahl	2	7	1
		Erwartete Anzahl	4.3	4.8	0.9
		%	20,0	70,0	10,0
		Standardresiduum	-1.1	1.0	.1
	Gesamt	Anzahl	10	11	2
		%	43,5	47,8	8,7
28-32 Jahre	Nicht-Selbstverletzende	Anzahl	3	1	-
		Erwartete Anzahl	1.5	2.3	-
		%	75,0	25,0	-
		Standardresiduum	1.2	-.9	-
	Selbstverletzende	Anzahl	0	4	-
		Erwartete Anzahl	1.5	2.5	-
		%	0,0	100,0	-
		Standardresiduum	-1.2	.9	-
	Gesamt	Anzahl	3	5	-
		%	37,5	62,5	-

Die berechneten Prüfgrößen für das Gefühl des Erwachsenseins unter Einbeziehung der sieben männlichen Selbstverletzenden mit χ^2 (c.f.)= 3.26, p = .490 und Nicht-Selbstverletzenden mit χ^2 (c.f.)= 6.28, p = .149 fielen auch nicht signifikant aus, was auf keinen Verteilungsunterschied in den drei Altersstufen innerhalb der Selbstverletzenden und innerhalb der Nicht-Selbstverletzenden hinweist (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26

Verteilungsunterschiede bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins innerhalb der Gesamtstichprobe in den drei Altersgruppen

		Nicht-Selbstverletzende			Selbstverletzende		
		Altergruppen					
Gefühl erwachsen zu sein		18-22 Jahre	23-27 Jahre	28-32 Jahre	18-22 Jahre	23-27 Jahre	28-32 Jahre
Ja	Anzahl	4	8	3	21	2	0
	Erwartete Anzahl	7.7	5.6	1.7	19.4	2.6	1
	%	26,7	53,3	20,0	91,3	8,7	0,0
	Standardresiduum	-1.3	1.0	1.0	.4	-.4	-1.0
Etwas	Anzahl	10	4	1	38	7	4
	Erwartete Anzahl	7.7	5.6	1.7	41.3	5.5	2.2
	%	66,7	26,7	6,7	77,6	14,3	8,2
	Standardresiduum	.8	-.7	-.5	-.5	.6	1.2
Nein	Anzahl	4	1	0	16	1	0
	Erwartete Anzahl	2.6	1.9	.6	14.3	1.9	.8
	%	80,0	20,0	0,0	94,1	5,9	0,0
	Standardresiduum	.9	-.6	-.8	.4	-.7	-.9
Gesamt	Anzahl	18	13	4	75	10	4
	%	51,4	37,1	11,4	84,3	11,2	4,5

Tabelle 27 stellt die berechneten Prüfgrößen zur Verteilung des Gefühls des Erwachsenseins der Gesamtstichprobe dar. Es zeigten sich in der Gesamtstichprobe keine Verteilungsunterschiede für das Gefühl des Erwachsenseins bezüglich der Altersgruppen der 18

bis 22-Jährigen mit $\chi^2(2) = .25$, $p = .941$, 23 bis 27-Jährigen mit $\chi^2(\text{c.f.}) = 4.18$, $p = .100$ und 28 bis 31-Jährigen mit $\chi^2(\text{c.f.}) = 4.80$, $p = .143$ (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27

Verteilungsunterschiede des Gefühls des Erwachsenseins in der Gesamtstichprobe der Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den drei Altersgruppen

Altersgruppen			Gefühl erwachsen zu sein		
			Ja	Etwas	Nein
18-22 Jahre	Nicht-Selbstverletzende	Anzahl	4	7	4
		Erwartete Anzahl	4.2	7.3	3.5
		%	26,7	46,7	26,7
		Standardresiduum	-.1	-.1	.3
	Selbstverletzende	Anzahl	20	35	16
		Erwartete Anzahl	19.8	34.7	16.5
		%	28,2	49,3	22,5
		Standardresiduum	.0	.1	-.1
	Gesamt	Anzahl	24	42	20
		%	27,9	48,8	23,3
23-27 Jahre	Nicht-Selbstverletzende	Anzahl	7	3	1
		Erwartete Anzahl	4.9	4.9	1.2
		%	63,6	27,3	9,1
		Standardresiduum	1.0	-.9	-.2
	Selbstverletzende	Anzahl	1	5	1
		Erwartete Anzahl	3.1	3.1	.8
		%	14,3	71,4	14,3
		Standardresiduum	-1.2	1.1	.3
	Gesamt	Anzahl	8	8	2
		%	44,4	44,4	11,1
28-32 Jahre	Nicht-Selbstverletzende	Anzahl	2	0	-
		Erwartete Anzahl	.7	1.3	-
		%	100,0	0,0	-
		Standardresiduum	1.6	-1.2	-
	Selbstverletzende	Anzahl	0	4	-
		Erwartete Anzahl	1.3	2.7	-
		%	0,0	100,0	-
		Standardresiduum	-1.2	.8	-
	Gesamt	Anzahl	2	4	-
		%	33,3	66,7	-

Die zur Überprüfung möglicher Zusammenhänge erstellten Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests bezüglich SVV, Alter sowie dem Gefühl des Erwachsenseins, zeigten keine signifikanten Verteilungsunterschiede bei weiblichen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden, sowie der Gesamtstichprobe bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins in den drei Altersgruppen.

6.4 Stresserleben

6.4.1 Unterschiede im Stresserleben Nicht- und Selbstverletzender. Die Prüfung der Unterschiedlichkeit im Hinblick auf das Stressempfinden zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden erfolgte bei gegebener Varianzhomogenität mittels t-Tests für unabhängige Stichproben, ansonsten mittels Welch-t-Tests. Um die inhaltliche Bedeutsamkeit und die praktische Relevanz von hypothesentestenden Ergebnissen charakterisieren zu können, wurde zudem der Effekt d gemäß der Cohen'schen Effektstärkenklassifikation angeführt.

In Tabelle 28 sind die unterschiedlichen Ausprägungen des erlebten Stresses in den Bereichen Arbeit/Ausbildung, Familie und übriges Leben zwischen Frauen mit und ohne selbstverletzendem Verhalten dargestellt.

Tabelle 28

Unterschiede bei weiblichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden bezüglich der Stress-Indikatoren (t-Tests)

Stress	Nicht-Selbstverletzende			Selbstverletzende			$t(df)$	p	Effekt d
	M	SD	n	M	SD	n			
Arbeit	2.86	0.80	28	3.01	0.83	84	0.86 (110)	.390	0.19
Familie	2.10	0.99	28	2.87	0.87	85	3.89 (111)	<.001***	0.84
übriges Leben	2.32	0.82	28	3.13	0.72	85	4.97 (111)	<.001***	1.08

Anmerkung. Zweiseitige Signifikanztestung

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Die Gegenüberstellung der weiblichen Selbstverletzenden mit den Nicht-Selbstverletzenden bezüglich des Stresserlebens auf Basis von t-Tests für unabhängige Stichproben, zeigte signifikante Ergebnisse in den Skalen „Stress in der Familie“ ($p < .001$) und „Stress im übrigen Leben“ ($p < .001$) (siehe Tabelle 28).

Tabelle 29 zeigt die unterschiedlichen Ausprägungen des erlebten Stresses in den Bereichen Arbeit/Ausbildung, Familie und übriges Leben zwischen Männern mit und ohne selbstverletzendem Verhalten. Diese Berechnung wurde, trotz der kleinen Männer-Stichprobe

durchgeführt, um erste Hinweise auf mögliche Unterschiede in umfangreicheren Männer-Stichproben abschätzen zu können.

Tabelle 29

Unterschiede bei männlichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden bezüglich der Stress-Indikatoren (t-Tests)

Stress	Nicht-Selbstverletzende			Selbstverletzende			$t(df)$	p	Effekt d
	M	SD	n	M	SD	n			
Arbeit	2.29	0.49	7	2.29	0.49	7	0.00 (12)	>.999	0.00
Familie	1.71	0.49	7	1.86	1.21	7	0.29 (7.89)	.780	0.16
übriges Leben	1.86	0.38	7	2.86	0.90	7	2.71 (8.05)	.026*	1.44

Anmerkung. Zweiseitige Signifikanztestung

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit in Hinblick auf das Stresserleben zwischen männlichen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden erfolgte bei gegebener Varianzhomogenität mittels t-Tests für unabhängige Stichproben, ansonsten mittels Welch-t-Tests. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Gruppen der sich selbstverletzenden und nicht-selbstverletzenden Männer in der Skala „Stress im übrigen Leben“ ($p = .026$) (siehe Tabelle 29).

6.4.2 Vorhersagekraft des Stresserlebens für selbstverletzendes Verhalten. Mittels binärer logistischer Regression wurde unter der Einschluss-Methode der Prädiktoren Stress in der Familie und Stress im übrigen Leben geprüft, ob und inwieweit das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten für die 127 Teilnehmenden vorhergesagt werden kann. Insgesamt wiesen 92 Teilnehmende SVV auf, während 35 Personen kein SVV zeigten. Mit diesem Verfahren wurde die Klassifikationsgüte der herangezogenen Prädiktoren bezüglich des dichotomen Kriteriums SVV oder kein SVV abgeschätzt. Die Analyse, ob sich die Koeffizienten von 0 signifikant unterscheiden, erfolgte anhand der Chi-Quadrat-verteilten Prüfgröße nach Wald. Die nicht signifikante Prüfgröße des Hosmer-Lemeshow-Tests mit $\chi^2(7) = 12.24$, $p = .093$ wies darauf hin, dass das Modell einer akzeptablen Passung unterlag. Es konnte mit der Ätiologie ein Prädiktor mit signifikantem Erklärungswert identifiziert werden. Tabelle 30 zeigt die ermittelten Koeffizienten im Rahmen der Modellprüfung.

Tabelle 30

Koeffizienten der binär logistischen Regressionsanalyse unter Einschluss der Prädiktoren „Stress übriges Leben“ und „Stress Familie“ für das Kriterium SVV (N = 127)

Prädiktor	B	SE	Wald (χ^2)	df	p	OR	95% KI OR	
							UG	OG
Stress übriges Leben	1.42	.34	17.81	1	<.001***	4.12	2.14	7.96
Stress Familie	0.77	.26	8.68	1	.003**	2.15	1.29	3.58
Konstante	- 4.67	1.09	18.51	1	<.001***	0.01		

Anmerkung. OR = Odds Ratio. KI = Konfidenzintervall. UG = untere Grenze. OG = obere Grenze

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Sowohl der Stress im übrigen Leben ($p < .001$, OR = 4.12) als auch der Stress in der Familie ($p = .003$, OR = 2.15) erreichten ein signifikantes Ergebnis, sodass diese beiden Prädiktoren einen Erklärungswert für das Kriterium SVV zeigten.

Die erreichte Modellgüte konnte anhand des erklärten Varianzanteils am Kriterium gemäß des Bestimmtheitsmaßes nach Nagelkerke's R^2 zu 39% ermittelt werden, womit ein akzeptables Ausmaß vorlag.

Die gemeinsame Berücksichtigung vom Familienstress und Stress im übrigen Leben erreichte eine Vorhersagegenauigkeit von rund 82%; während die Spezifität mit 54%, 95%-iges KI [38%; 71%], nicht besser als der Zufall war, konnte für die Sensitivität mit 92%, 95%-iges KI [87%; 98%], eine deutliche Rate ermittelt werden (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31

Klassifikationsmatrix der Häufigkeiten für die Vorhersage des Kriteriums SVV

Selbstverletzung		Selbstverletzung Vorhersage			Prozentsatz Korrekte
		kein SVV	SVV	Summe	
Beobachtet	kein SVV	19	16	35	54,3%
	SVV	7	85	92	92,4%
		26	101	127	
Gesamt					81,9%

6.5 Copingstrategien

6.5.1 Unterschiede im Copingverhalten Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender. Die Prüfung der Unterschiedlichkeit in Hinblick auf die verwendeten Copingstrategien zwischen der selbstverletzenden und der nicht-selbstverletzenden Stichprobe erfolgte bei gegebener Varianzhomogenität mittels t-Tests für unabhängige Stichproben, ansonsten mittels Welch-t-Tests. Um die inhaltliche Bedeutsamkeit und die praktische Relevanz von hypothesentestenden Ergebnissen charakterisieren zu können, wurde zudem der Effekt d gemäß der Cohen'schen Effektstärkenklassifikation angeführt.

In Tabelle 32 sind die Unterschiede in den Ausprägungen in Bezug auf die 14 Skalen des Brief COPE zwischen weiblichen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden dargestellt, wobei positive Vorzeichen auf eine höhere Ausprägung bei Selbstverletzenden hinweisen.

Tabelle 32

Unterschiede bei weiblichen Nicht-Selbstverletzenden ($n = 28$) und Selbstverletzenden ($n = 85$) in den Brief COPE-Skalen (t-Tests)

Coping	Nicht-Selbstverletzende		Selbstverletzende		$t(df)$	p	Effekt d
	M	SD	M	SD			
Ablenkung	2.46	0.54	2.24	0.65	-1.67 (111)	.097	-0.36
Aktive Bewältigung	2.71	0.83	2.12	0.75	-3.56 (111)	.001**	-0.78
Verleugnung	1.79	0.81	2.04	0.75	1.53 (111)	.128	0.33
Alkohol und Drogen	1.75	0.95	2.51	1.19	3.45 (57.37)	.001**	0.75
Emotionelle Unterstützung	3.02	1.04	1.99	0.72	-4.87 (35.78)	<.001***	-1.06
Instrumentelle Unterstützung	2.82	0.95	1.95	0.74	-4.43 (38.27)	<.001***	-0.97
Verhaltensrückzug	1.61	0.61	2.19	0.68	3.99 (111)	<.001***	0.87
Ausleben von Emotionen	2.39	0.64	1.79	0.61	-4.47 (111)	<.001***	-0.97
Positive Umdeutung	2.50	0.79	1.80	0.71	-4.40 (111)	<.001***	-0.96
Planung	2.71	0.79	2.02	0.68	-4.50 (111)	<.001***	-0.98
Akzeptanz	2.55	0.79	2.35	0.80	-1.16 (111)	.249	-0.25
Humor	2.27	0.74	2.04	0.80	-1.33 (111)	.179	-0.29
Religion	1.25	0.44	1.28	0.57	0.28 (111)	.784	0.06
Selbstbeschuldigung	2.45	0.98	3.38	0.74	4.59 (37.68)	<.001***	1.00

Anmerkung. Zweiseitige Signifikanztestung

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Die Gegenüberstellung der Selbstverletzenden mit den Nicht-Selbstverletzenden bezüglich verwendeter Copingstrategien auf Basis von t-Tests für unabhängige Stichproben oder bei gegebener inhomogener Varianz von t-Tests nach Welch, ergaben für die weibliche Stichprobe signifikante Ergebnisse für die Skalen „Aktive Bewältigung“ ($p = .001$), „Alkohol und Drogen“ ($p = .001$), „Emotionelle Unterstützung“ ($p < .001$), „Instrumentelle Unterstützung“ ($p < .001$), „Verhaltensrückzug“ ($p < .001$), „Ausleben von Emotionen“ ($p < .001$), „Positive Umdeutung“ ($p < .001$) sowie „Planung“ ($p < .001$) und „Selbstbeschuldigung“ ($p < .001$) (siehe Tabelle 32).

Tabelle 33 zeigt die unterschiedlichen Ausprägungen der Copingstrategien von Männern mit und ohne SVV, wobei positive Vorzeichen auf eine höhere Ausprägung bei Selbstverletzenden hinweisen. Diese Berechnungen wurden, trotz der kleinen Anzahl an männlichen Teilnehmern ($n = 14$) durchgeführt, um mögliche Unterschiede in umfangreicheren Männer-Stichproben abschätzen zu können.

Tabelle 33

Unterschiede bei männlichen Nicht-Selbstverletzenden ($n = 7$) und Selbstverletzenden ($n = 7$) in den Brief COPE-Skalen (t-Tests)

Coping	Nicht-Selbstverletzende		Selbstverletzende		$t(df)$	p	Effekt d
	M	SD	M	SD			
Ablenkung	2.36	0.63	2.21	0.91	-0.34 (12)	.738	-0.18
Aktive Bewältigung	2.36	0.99	1.64	0.48	-1.72 (8.64)	.120	-0.92
Verleugnung	1.57	0.67	2.21	0.49	2.05 (12)	.063°	1.10
Alkohol und Drogen	1.29	0.49	2.14	1.35	1.59 (7.55)	.154	0.85
Emotionelle Unterstützung	1.86	0.94	1.71	0.70	-0.32 (12)	.139	-0.17
Instrumentelle Unterstützung	1.79	1.07	1.64	0.75	-0.29 (12)	.778	-0.16
Verhaltensrückzug	1.86	1.11	1.93	0.53	0.15 (12)	.880	0.08
Ausleben von Emotionen	2.00	0.29	1.79	0.49	-1.00 (12)	.337	-0.53
Positive Umdeutung	2.07	0.84	1.64	0.56	-1.13 (12)	.282	-0.60
Planung	2.07	0.89	1.71	0.49	-0.93 (12)	.369	-0.50
Akzeptanz	2.64	1.03	2.21	0.76	-0.89 (12)	.392	-0.48
Humor	2.14	0.75	1.93	1.13	-0.42 (12)	.684	-0.22
Religion	1.14	0.38	1.50	0.58	1.37 (12)	.196	0.73
Selbstbeschuldigung	2.21	0.99	3.71	0.45	3.29 (12)	.006**	1.76

Anmerkung. Zweiseitige Signifikanztestung

° $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Männliche Selbstverletzende wurden männlichen Nicht-Selbstverletzenden bezüglich der verwendeten Copingstrategien auf Basis von t-Tests für unabhängige Stichproben oder bei gegebener inhomogener Varianz von t-Tests nach Welch, gegenübergestellt. Es ergab sich für die männliche Stichprobe ein tendenziell signifikantes Ergebnis für die Skala „Verleugnung“ ($p = .063$) und ein signifikantes Ergebnis für die Skala „Selbstbeschuldigung“ ($p = .006$) (siehe Tabelle 33).

6.5.2 Ermittlung von Typen bezüglich des Copingverhaltens Selbstverletzender. Zur Ermittlung von Typen selbstverletzender Personen bezüglich des Copingverhaltens wurde eine hierarchische Clusteranalyse nach Ward mit den 14 Skalen des Brief COPE durchgeführt

6.5.2.1 Clusterermittlung. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer Clusteranalyse nach Ward wurden überprüft. So zeigte sich ein hohes Ausmaß an unkorrelierten Variablen, womit eine unerwünschte Überbetonung von gleich bedeutenden Dimensionen nicht vorlag. Die Variablen wurden einer z-Transformation nach Fisher unterzogen.

Die größte Differenz der Fehlerquadratsummen im Koeffizientenverlauf fand sich zwischen dem vorletzten und letzten Schritt, jedoch konnte die Inspektion der Fehlerquadratsummen auch für eine 5-Cluster-Lösung als geeignet angesehen werden. Zudem spricht eine Struktur mit fünf homogenen Subgruppen für eine inhaltlich angemessene Differenzierung. In Abbildung 10 sind die Anteilswerte der 5-Cluster-Lösung grafisch dargestellt.

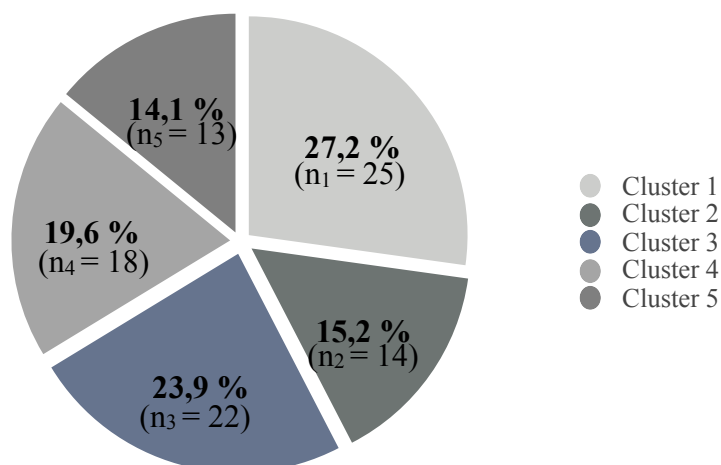


Abbildung 12. Anteilswerte der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategien sich Selbstverletzender ($n = 92$)

6.5.2.2 Clusterbeschreibung. Zur inhaltlichen Charakterisierung der fünf ermittelten Cluster wurden die Ausprägungen in den Copingstrategien herangezogen. Zur Prüfung der Unterschiedlichkeit je Skala wurden bei gegebener Homogenität der Skalen - die Überprüfung der Varianzgleichheit erfolgte mittels Levene-Test - einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) unterzogen. Bei heterogenen Varianzen ($p < .05$) kam entsprechend die Welch-ANOVA für die

Skalen „Verleugnung“, „Emotionelle Unterstützung“, „Positive Umdeutung“, „Akzeptanz“, „Religion“ und „Selbstbeschuldigung“ zur Anwendung. Der Tabelle 35 können die deskriptivstatistischen Kennwerte der 14 Skalen innerhalb der Cluster, auf Basis von 1 = *überhaupt nicht* bis 4 = *voll und ganz*, mit Signifikanzbeurteilung, entnommen werden.

Tabelle 34

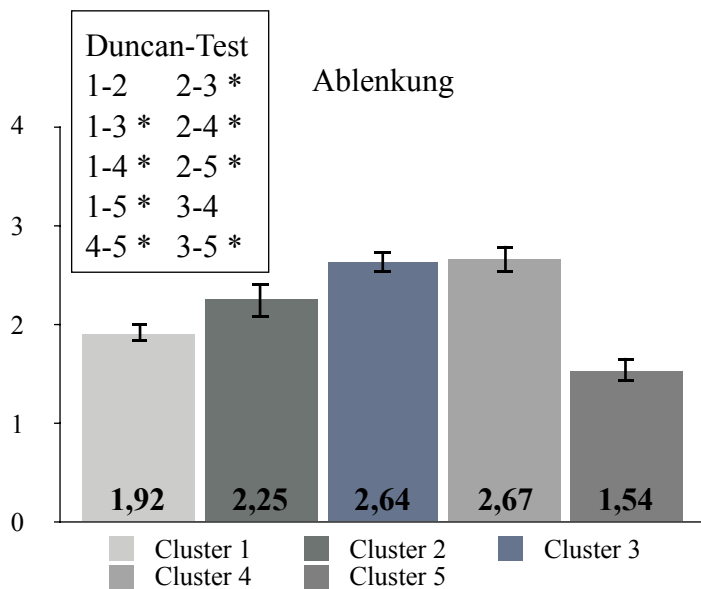
Kennwerte (M, SD) der 14 Brief COPE Skalen in Gegenüberstellung der fünf Cluster

Copingstrategie	Cluster 1 (n = 25)	Cluster 2 (n = 14)	Cluster 3 (n = 22)	Cluster 4 (n = 18)	Cluster 5 (n = 13)		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F</i> (<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂)	<i>p</i>
Ablenkung	1.92 (.45)	2.25 (.67)	2.64 (.54)	2.67 (.59)	1.54 (.43)	13.63 (4, 87)	<.001***
Aktive Bewältigung	1.86 (.57)	2.11 (.56)	2.84 (.62)	2.08 (.49)	1.19 (.33)	20.69 (4, 87)	<.001***
Verleugnung	2.26 (.63)	1.57 (.55)	2.20 (.77)	2.25 (.90)	1.65 (.38)	5.93 (4, 41.01) ¹	.001**
Alkohol und Drogen	3.24 (.87)	1.36 (.53)	1.73 (1.07)	2.94 (1.21)	2.88 (.89)	13.72 (4, 87)	<.001***
Emotion. Unterstütz.	2.00 (.54)	2.46 (.87)	2.30 (.72)	1.44 (.45)	1.54 (.43)	9.08 (4, 39.25) ¹	<.001***
Instrument. Unterstütz.	1.80 (.65)	2.21 (.80)	2.23 (.51)	1.94 (.97)	1.31 (.38)	4.48 (4, 87)	.002**
Verhaltensrückzug	2.48 (.67)	1.82 (.50)	1.64 (.49)	2.56 (.59)	2.27 (.44)	10.46 (4, 87)	<.001***
Ausleben von Emotionen	1.78 (.52)	1.54 (.50)	2.16 (.59)	1.92 (.65)	1.27 (.33)	6.61 (4, 87)	<.001***
Positive Umdeutung	1.32 (.38)	1.54 (.37)	2.55 (.75)	1.89 (.47)	1.54 (.52)	13.22 (4, 38.82) ¹	<.001***
Planung	1.72 (.54)	1.86 (.53)	2.64 (.58)	2.19 (.46)	1.35 (.38)	16.37 (4, 87)	<.001***
Humor	2.10 (.85)	1.82 (.72)	1.80 (.84)	2.36 (.82)	2.04 (.80)	1.46 (4, 87)	.221
Akzeptanz	1.62 (.55)	2.11 (.53)	2.61 (.82)	2.92 (.62)	2.73 (.44)	17.65 (4, 40.29) ¹	<.001***
Religion	1.26 (.52)	1.11 (.29)	1.57 (.76)	1.11 (.37)	1.38 (.62)	2.18 (4, 40.02) ¹	.089
Selbstbeschuldigung	3.70 (.46)	3.21 (.89)	3.18 (.78)	3.69 (.42)	2.92 (.84)	4.49 (4, 36.77) ¹	.005**

Anmerkung. Zweiseitige Signifikanztestung

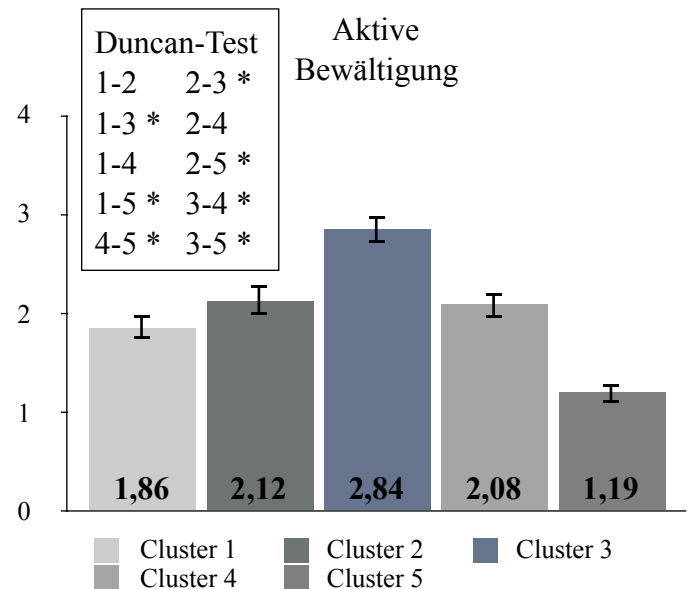
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.¹ Welch-ANOVA

Folgend sind zudem die Mittelwerte und Standardfehler der 14 Skalen für die fünf ermittelten Cluster in Balkendiagrammen dargestellt. Zur Beurteilung signifikanter Mittelwertsunterschiede zwischen den Clustern wurden zudem paarweise Vergleiche mit post hoc Tests nach Duncan bei homogenen Varianzen und nach Games-Howell bei Heterogenität durchgeführt (siehe Abbildung 11 - Abbildung 24)



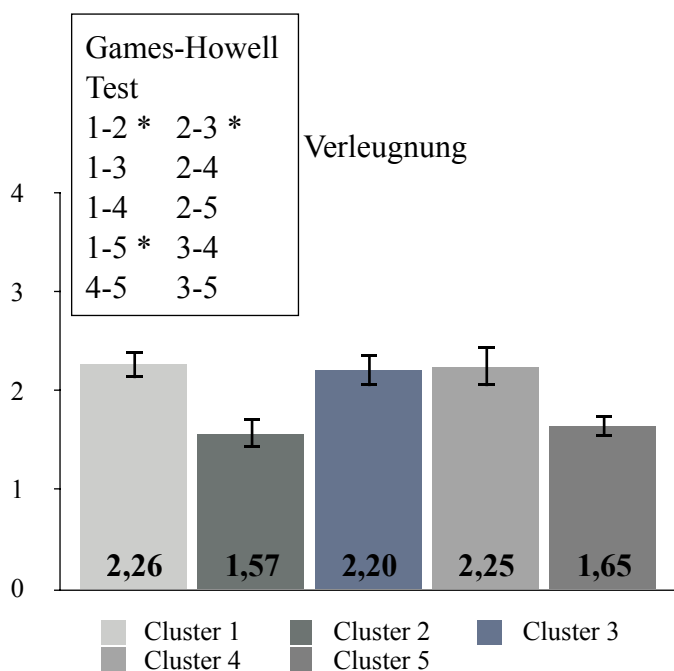
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 13. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Ablenkung“ (n = 92)



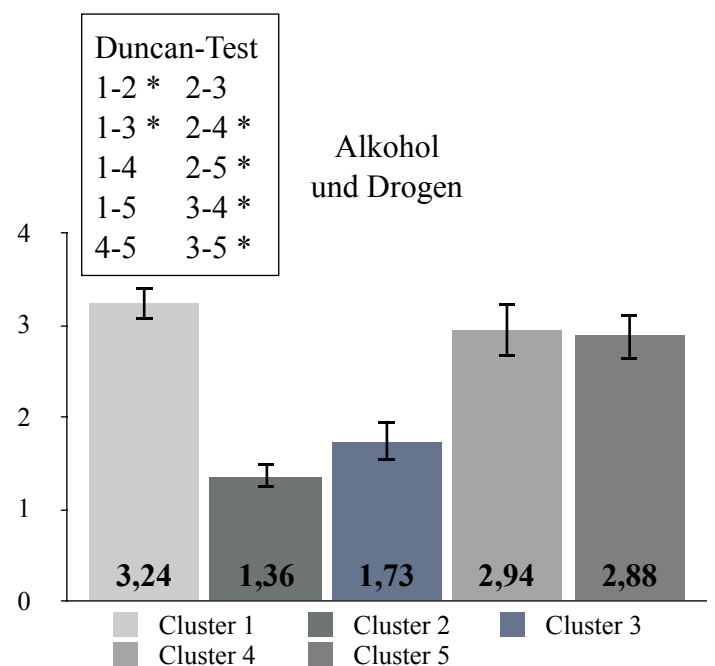
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 14. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Aktive Bewältigung“ (n = 92)



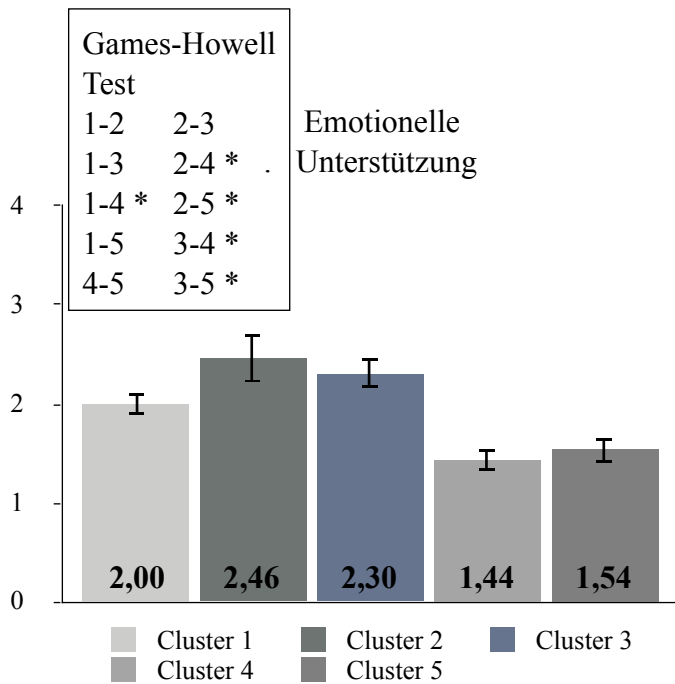
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Games-Howell

Abbildung 15. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Verleugnung“ (n = 92)



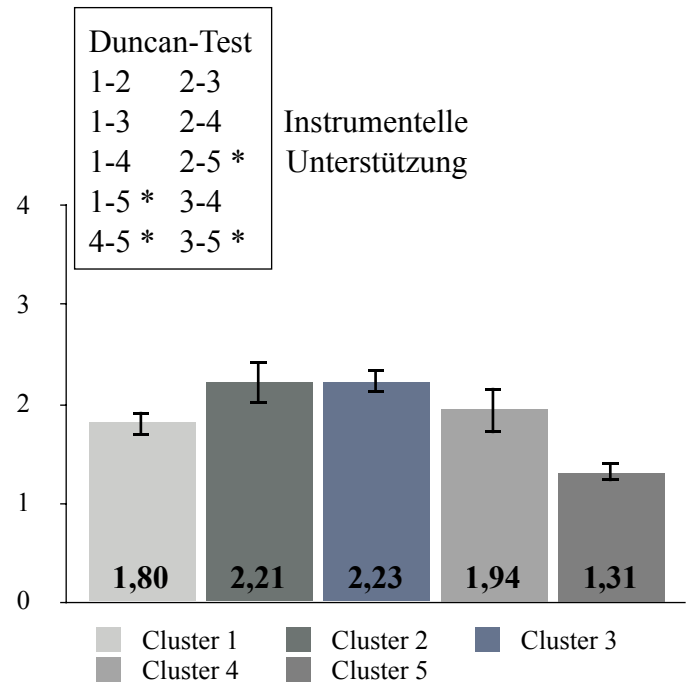
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 16. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Alkohol und Drogen“ (n = 92)



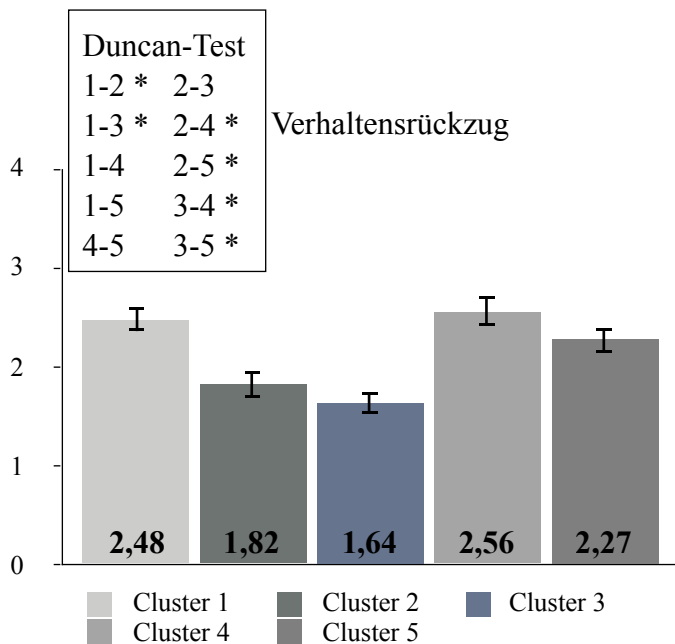
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Games-Howell

Abbildung 17. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Emotionelle Unterstützung“ (n = 92)



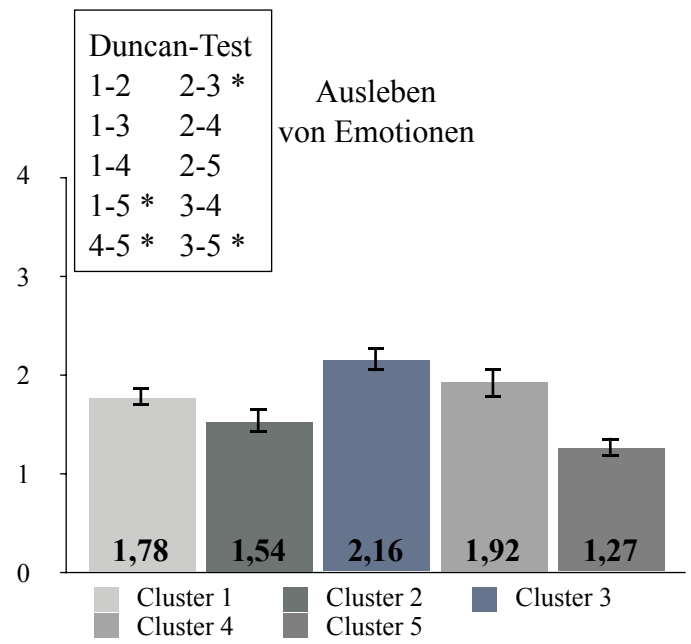
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 18. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Instrumentelle Unterstützung“ (n = 92)



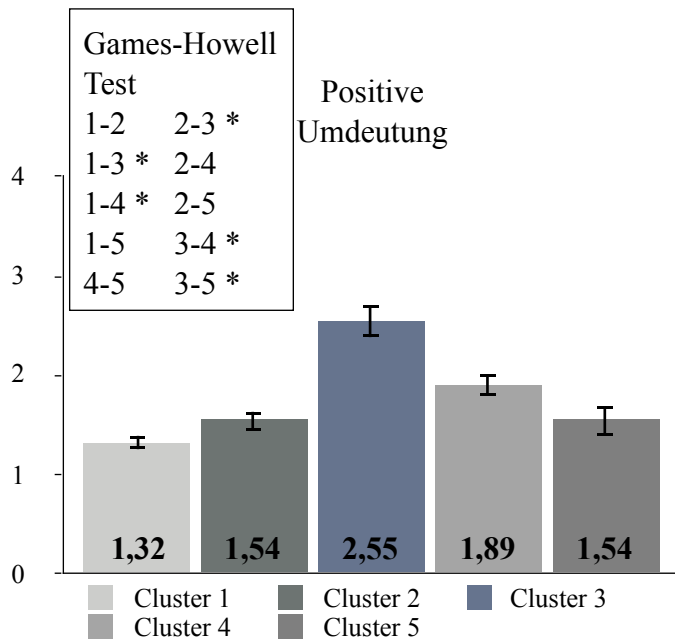
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 19. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Verhaltensrückzug“ (n = 92)



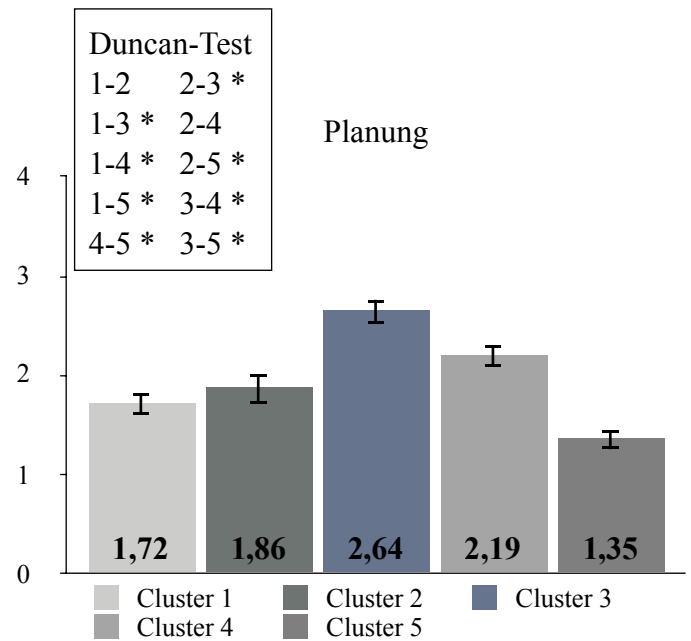
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 20. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Ausleben von Emotionen“ (n = 92)



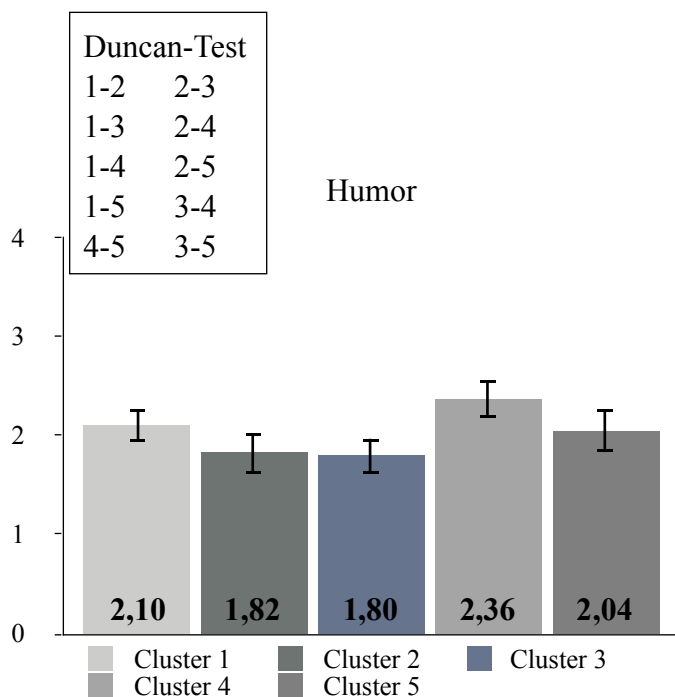
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Games-Howell

Abbildung 21. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Positive Umdeutung“ (n = 92)



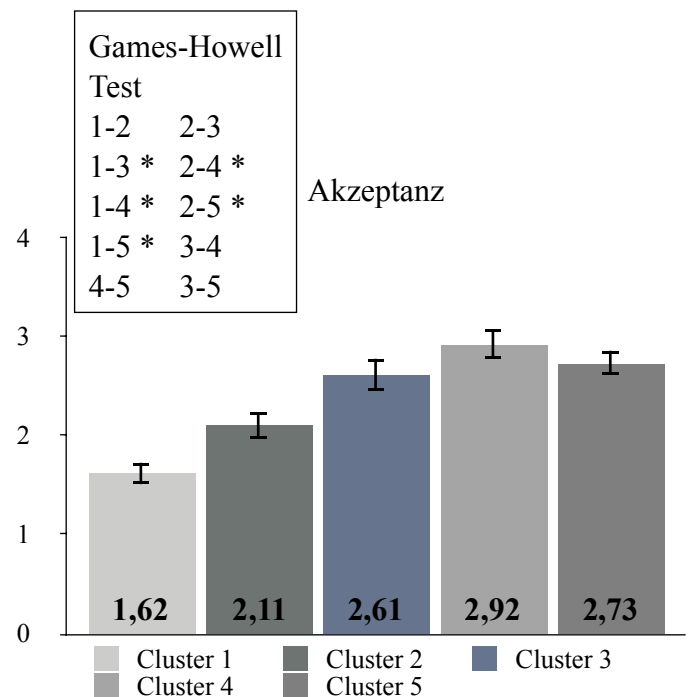
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 22. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Planung“ (n = 92)



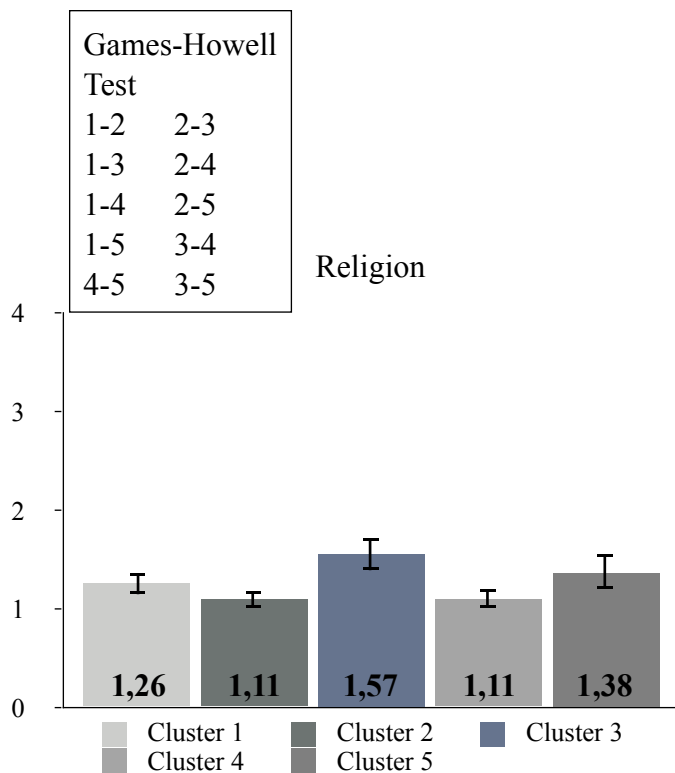
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Duncan

Abbildung 23. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Humor“ (n = 92)



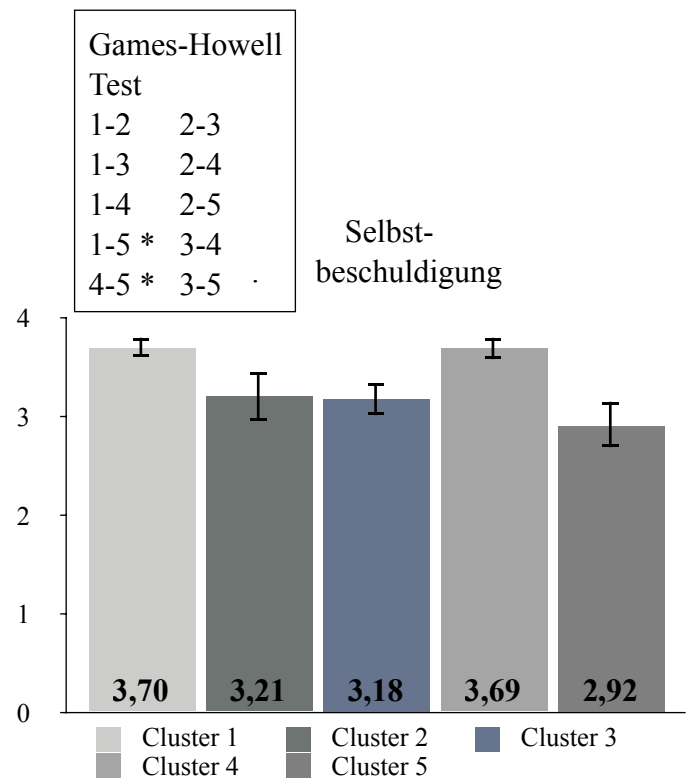
* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Games-Howell

Abbildung 24. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Akzeptanz“ (n = 92)



* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Games-Howell

Abbildung 25. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Religion“ (n = 92)



* $p < .05$, paarweise Vergleiche post hoc nach Games-Howell

Abbildung 26. Mittelwerte und Standardfehler mit post hoc Vergleich der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategie „Selbstbeschuldigung“ (n = 92)

Die 5-Cluster-Struktur wurde gemäß ihrer unterschiedlichen Ausprägungen charakterisiert. Die Benennung der Cluster erfolgte anhand von Überbegriffen:

Cluster 1: *Selbstverletzende mit gering ausgeprägten positiven und aktiven Copingstrategien, mit wenig Akzeptanz, viel Verleugnung und selbstbeschuldigenden Copings sowie vermehrten Copings durch Alkohol und Drogen.* Junge, sich selbst verletzende Erwachsene die dem Cluster 1 zugeordnet wurden, haben, im Gegensatz zu den vier anderen Clustern, die höchste Ausprägung in den Coping-Skalen „Alkohol und Drogen“, „Verleugnung“ sowie „Selbstbeschuldigung“. Bezüglich der Skalen „Alkohol und Drogen“ und „Verleugnung“ unterschieden sich die Mittelwerte signifikant ($p < .05$) zu den Clustern 2 und 3. Die Mittelwerte unterschieden sich ebenfalls signifikant ($p < .05$) zwischen dem Cluster 1 und dem Cluster 5 in der Skala „Verleugnung“ und „Selbstbeschuldigung“. In der Skala „Verleugnung“ zeigte sich einzig zwischen den Clustern 1 und 4 kein signifikanter ($p < .05$) Unterschied. Dieser Cluster fiel zudem durch die niedrigsten Werte in den Skalen „Positive Umdeutung“ und „Akzeptanz“ auf.

In der Skala „Positive Umdeutung“ zeigten sich, signifikante ($p < .05$) Unterschiede zu den Clustern 3 und 4. Bezüglich des akzeptierenden Copingstils unterschied sich der Cluster 1 signifikant ($p < .05$) von allen anderen vier Clustern. Diese Ergebnisse sprechen für eine geringe Ausprägung an positiven und aktiven Copingstrategien.

Cluster 2: *Selbstverletzende mit unterstützungssuchendem Copingverhalten und geringem Coping durch Verleugnung sowie Alkohol und Drogen.* Jene junge Erwachsene mit SVV, die dem Cluster 2 zugeordnet wurden, wiesen die höchste Mittelwertsausprägung in der Skala „Emotionelle Unterstützung“ und die zweithöchste in der Skala „Instrumentelle Unterstützung“ auf. Der Cluster 2 unterschied sich bezüglich der emotionalen Unterstützungssuche signifikant ($p < .05$) von den Clustern 3 und 5. In Hinblick auf Coping durch instrumentelle Unterstützung zeigte sich ein signifikanter ($p < .05$) Unterschied der Mittelwerte zum Cluster 5. Cluster 2 ist zudem gekennzeichnet durch die niedrigsten Ausprägungen in den Skalen „Verleugnung“ sowie „Alkohol und Drogen“. Die Skala „Verleugnung“ im Cluster 2 unterschied sich signifikant ($p < .05$) von den Clustern 1 und 3. Der Mittelwert in der Skala „Alkohol und Drogen“ des Clusters 2 unterschied sich zudem signifikant ($p < .05$) von jenen der Cluster 1, 4 und 5. Der Cluster 2 umspannt somit jene Selbstverletzende, die sich zur Bewältigung externe Unterstützung suchen und eher weniger zu Alkohol und Drogen sowie Verleugnungen in schwierigen Situationen neigen.

Cluster 3: *Selbstverletzende mit stärker ausgeprägten positiven und differenzierten Copingstrategien sowie wenig Coping durch Alkohol, Drogen und Rückzug.* Junge Selbstverletzende im Cluster 3 verfügten über die höchsten Mittelwertsausprägungen in den Skalen „Aktive Bewältigung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ausleben von Emotionen“, „Positive Umdeutung“ und „Planung“. Sie zeigten ebenfalls die zweithöchsten Ausprägungen in den Skalen „Ablenkung“ und „Emotionelle Unterstützung“. In den Skalen „Aktive Bewältigung“, „Positive Umdeutung“ und „Planung“ unterschied sich Cluster 3 signifikant ($p < .05$) von allen anderen Clustern. Dieser Cluster wies auch signifikante ($p < .05$) Unterschiede zu den Clustern 2 und 5 in der Copingstrategie „Ausleben von Emotionen“ auf, sowie nur zu dem Cluster 5 bezüglich des Copings „Instrumentelle Unterstützung“. Der Mittelwert der Skala „Ablenkung“ unterschied sich signifikant ($p < .05$) zu den Clustern 1, 2 und 5, sowie sich die Skala „Emotionelle Unterstützung“ signifikant von den Clustern 4 und 5 mit $p < .05$ unterschied. Junge Erwachsene mit SVV des Clusters 3 wiesen außerdem die niedrigste Ausprägung in der Skala „Verhaltensrückzug“ und die zweitniedrigste Ausprägung in der Skala „Alkohol und Drogen“ auf, mit signifikanten ($p < .05$) Unterschieden zu den Clustern 1, 4 und 5. Cluster 3

zeichnet sich insgesamt durch eine hohe Ausprägung in einer Vielzahl von positiven Copingstrategien aus. Zusätzlich greifen Personen des Clusters 3 vergleichsweise weniger auf die Copingstrategien „Verhaltensrückzug“ sowie „Alkohol und Drogen“ zurück.

Cluster 4: *Selbstverletzende mit geringem unterstützungssuchenden Coping und gleichzeitig hohem Maß an Verhaltensrückzug, Alkohol und Drogen sowie Selbstbeschuldigung und akzeptierendem, ablenkendem Coping.* Selbstverletzende junge Erwachsene des Clusters 4 fielen durch die höchsten Ausprägungen in den Skalen „Ablenkung“, „Verhaltensrückzug“ und „Akzeptanz“ und der niedrigsten Ausprägung in der Copingstrategie „Emotionelle Unterstützung“ auf. Am zweithöchsten waren in diesem Cluster auch die Mittelwertsausprägungen bezüglich der Copingstrategien „Planung“, „Alkohol und Drogen“ sowie „Selbstbeschuldigung“. Cluster 4 unterschied sich signifikant ($p < .05$) von dem Cluster 1 in den Skalen „Ablenkung“, „Akzeptanz“ und „Emotionelle Unterstützung“ sowie „Planung“. Unterschiede waren zudem für fast alle genannten Skalen signifikant ($p < .05$) im Vergleich zum Cluster 2, nur die Copingstrategien „Planung“ und „Selbstbeschuldigung“ unterschieden sich nicht signifikant zu diesem. Signifikante ($p < .05$) Unterschiede wurden auch gegenüber des Clusters 3 in den Skalen „Verhaltensrückzug“, „Emotionelle Unterstützung“, „Planung“ und „Alkohol und Drogen“ verzeichnet. Es zeigten sich ebenfalls gegenüber dem Cluster 5 signifikante ($p < .05$) Unterschiede und zwar bezüglich der Copingstrategien der „Ablenkung“, „Planung“ und „Selbstbeschuldigung“. Cluster 4 beinhaltet schlussfolgernd Selbstverletzende, die im Gegensatz zu den anderen Clustern vermehrt auf Coping durch „Verhaltensrückzug“, „Alkohol und Drogen“, „Selbstbeschuldigung“ sowie „Akzeptanz“ und „Ablenkung“, aber in geringerem Ausmaß auf emotionelle Unterstützung durch andere Personen, zurückgreifen.

Cluster 5: *Selbstverletzende, die ihre schwer zu bewältigenden Lebensereignisse, passiv annehmen, mit vergleichsweise geringster Selbstbeschuldigungs-Tendenz sowie insgesamt niedrig ausgeprägten Copingstrategien.* In diesem Cluster wurden sich selbst verletzende Personen zusammengefasst, die überdurchschnittlich niedrige Ausprägungen in diversen Copingstrategien aufwiesen. So zeigten sie die niedrigsten Mittelwertsausprägungen in den Skalen „Ablenkung“, „Aktive Bewältigung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ausleben von Emotionen“, „Planung“ und „Selbstbeschuldigung“ sowie die zweitniedrigsten in den Skalen „Verleugnung“ und „Emotionelle Unterstützung“. In all diesen Skalen, ausgenommen der Skalen „Ausleben von Emotionen“, „Selbstbeschuldigung“ sowie „Verleugnung“ und „Emotionelle Unterstützung“, unterschied sich der Cluster 5 signifikant ($p < .05$) von den restlichen vier Clustern. Die Copingstrategie „Ausleben von Emotionen“ wies signifikante ($p < .05$)

Unterschiede auf zu den Clustern 1, 3 und 4. Die Copingstrategie „Emotionelle Unterstützung“ wies eben jene zu den Clustern 2 und 3 auf. Die Copingstrategie „Selbstbeschuldigung“ war hingegen nur zu den Clustern 1 und 4 und die Copingstrategie „Verleugnung“ einzig zum Cluster 1 signifikant ($p < .05$) unterschiedlich ausgeprägt. Dieser Cluster wies in keiner Copingstrategie hohe Ausprägungen auf, im Gegensatz zu den anderen Clustern. Lediglich der verleugnende Copingstil war in diesem Cluster am zweithöchsten ausgeprägt, mit signifikanten ($p < .05$) Unterschieden zu den Clustern 1 und 2. Dieser Cluster zeichnet sich aus durch insgesamt wenige verwendete Copingstrategien und einer akzeptierenden Tendenz. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Personen dieses Clusters ihre zu bewältigenden Lebensereignisse passiv hinnehmen, ohne sie aktiv zu bewältigen zu versuchen.

Folgend wird in Abbildung 25 das Profil der fünf Cluster in den 14 Ausprägungen der Brief COPE Skalen grafisch dargestellt.

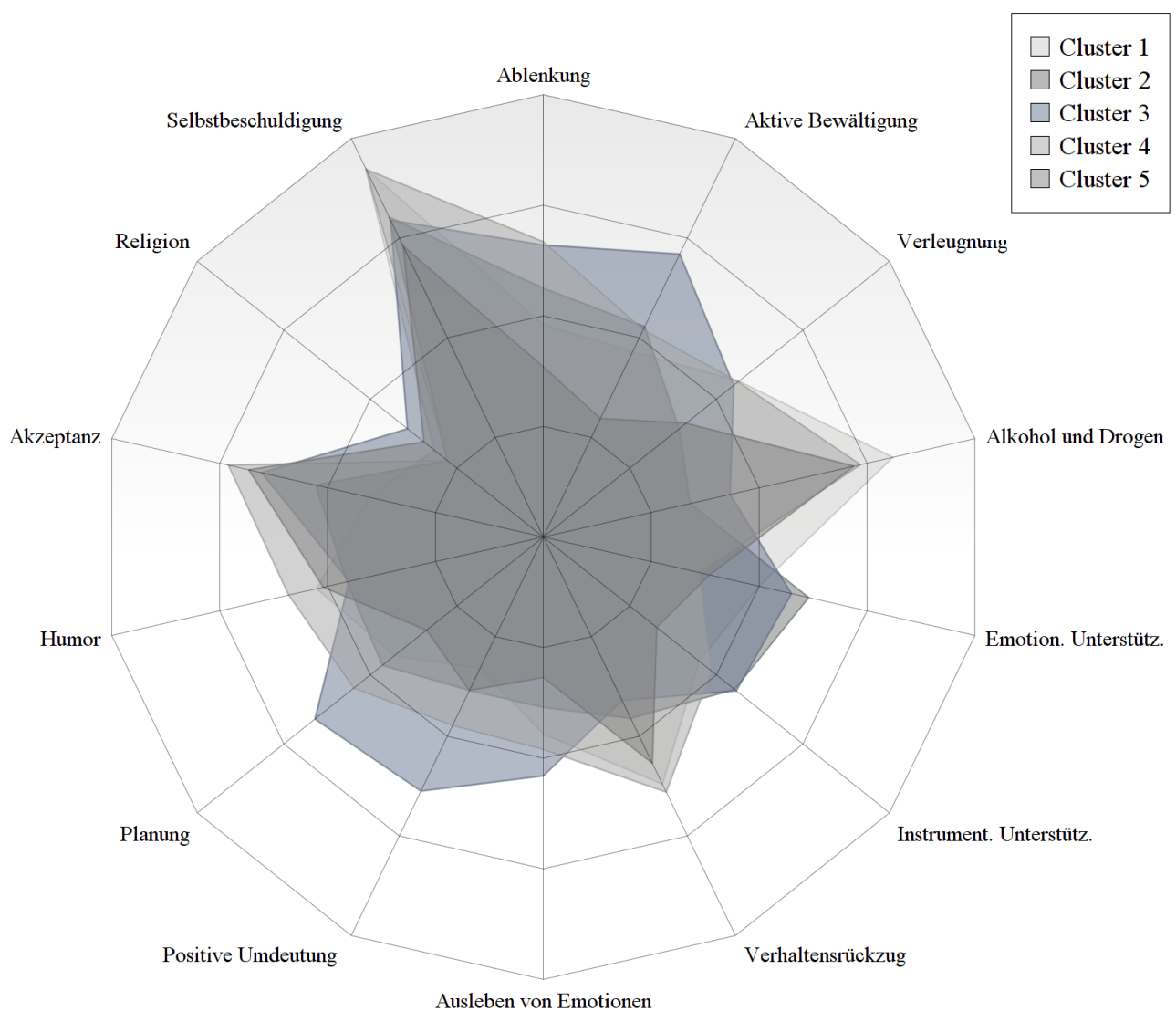


Abbildung 27. Profil der fünf Cluster anhand der 14 Skalen des Brief COPE

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass anhand der fünf-clustrigen Lösung eine angemessene Differenzierung der selbstverletzenden Befragten möglich war. Die Cluster 2 und 3 der fünf-clustrigen Lösung sind in Hinblick auf die Verwendung von positiven Copingstrategien am ähnlichsten, sie stellen darüber hinaus auch jene Cluster mit dem geringsten Ausmaß an Copings mittels Alkohol und Drogen dar. Die anderen drei Cluster sind vornehmlich durch negative Copingstrategien geprägt und unterschieden sich lediglich in der Intensität und Vielfalt der Anwendung dieser.

6.6 Selbstverletzung als Copingstrategie

6.6.1 Zusammenhänge des SVV mit dem Ausmaß des Erleichterungsgefühls. Zur Überprüfung der Hypothese, dass SVV mit dem Ausmaß des Gefühls von Erleichterung in einem signifikant positiven Zusammenhang steht, wurden mit folgenden MOUSI-Items Spearman-Rangkorrelationen durchgeführt:

- MOUSI 15a „Fühlen Sie Erleichterung (fühlen Sie sich besser), nachdem Sie sich verletzt haben?“ (fünfstufige Skala von 1 = *nie* bis 5 = *immer*),
- MOUSI 15b „Wenn Sie Erleichterung spüren, wie lange hält diese Erleichterung an?“ (Antwortformat von *weniger als 1 Minute*, *1 Minute bis 5 Minuten*, *6 Minuten bis 30 Minuten*, *31 bis 60 Minuten*, *Stunden*, *Tage* oder *Ich spüre keine Erleichterung*),
- MOUSI 9a „Wenn Sie den Druck verspüren, sich selbst zu verletzen: Ist der Druck stressig/ regt der Druck Sie auf?“ (vierstufige Skala von 1 = *überhaupt nicht* bis 4 = *voll und ganz*),
- MOUSI 9b „Wenn Sie den Druck verspüren, sich selbst zu verletzen: Ist der Druck angenehm?“ (vierstufige Skala von 1 = *überhaupt nicht* bis 4 = *voll und ganz*),
- MOUSI 9c „Wenn Sie den Druck verspüren, sich selbst zu verletzen: Ist der Druck bedrängend?“ (vierstufige Skala von 1 = *überhaupt nicht* bis 4 = *voll und ganz*)
- MOUSI 1b „Wie oft haben Sie im vergangenen Monat sich tatsächlich selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?“ (fünfstufige Skala von 1 = *nie* bis 5 = *täglich*).

Die Spearman'sche Rangkorrelation zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs des Verspürens und des Anhaltens des Gefühls der Erleichterung stellte keine signifikante Korrelation fest. Das Verspüren und das Anhalten des Gefühls der Erleichterung korrelierte gering positiv miteinander, $r_s = .10$, $p = .184$ (1-seitig).

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Verspüren des Gefühls der Erleichterung und der Häufigkeit der Durchführung einer Selbstverletzung, kamen ebenfalls Spearman'sche Rangkorrelationen zum Einsatz. Für das Verspüren von Erleichterung und der 1-Monatsprävalenz des SVV der Teilnehmenden ergaben sich signifikante Korrelationen. Es

konnte ein schwacher positiver Zusammenhang zwischen den Items des MOUSI 15a und MOUSI 1b nachgewiesen werden, $r_s = .28, p = .004$ (1-seitig).

Eine weitere Rangkorrelation nach Spearman überprüfte den Zusammenhang des Verspürens des Erleichterungsgefühls und des Druckempfindens vor einer selbstverletzenden Handlung (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35

Koeffizienten der Spearmanschen Rangkorrelation für den Zusammenhang des Verspürens des Gefühls der Erleichterung und des Druckempfindens

		MOUSI 15a: Verspüren des Gefühls der Erleichterung	MOUSI 9c: Bedrängender Druck	MOUSI 9b: Stressiger Druck	MOUSI 9a: Angenehmer Druck
MOUSI 15a:	Korrelationskoeffizient r_s	1.00	.20	.17	.10
Verspüren des Gefühls der Erleichterung	Sig. (1-seitig)	-	.028*	.058°	.174
	Anzahl	92	92	92	92

Anmerkung. Einseitige Signifikanztestung

° $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Für das Item des MOUSI 15a und das Item des MOUSI 9c wurde eine signifikante Korrelation verzeichnet. Es zeigte sich ein geringer positiver Zusammenhang zwischen dem bedrängenden Druck und dem Gefühl von Erleichterung nach der Selbstverletzung. Zudem zeigte sich ein tendenzielles Ergebnis das Item des MOUSI 9b betreffend. Die Tendenz deutet darauf hin, dass ein geringer positiver Zusammenhang zwischen dem stressigen Druck und dem Gefühl von Erleichterung nach der Selbstverletzung besteht. Keine signifikanten Ergebnisse können betreffend des MOUSI 9a, dem angenehmen Druck, und des MOUSI 15a, des Verspürens von Erleichterung nach einer Selbstverletzung, berichtet werden (siehe Tabelle 35).

6.6.2 Faktorenanalyse zu Auslösern des SVV. Eine explorative Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation der Auslöser-Skala des adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie wurde durchgeführt, die eine 3-Faktorenlösung nahelegte (siehe Tabelle 36). Das Ergebnis liefert für den ersten Faktor einen Eigenwert von 3.67, welcher 13,6% der Gesamtvarianz erklärt. Beim zweiten Faktor konnte ein Eigenwert von 3.18 ermittelt werden, der 11,8% der Gesamtvarianz erklärt. Für den letzten Faktor erhielt man einen Eigenwert von 2.72 mit einem Erklärungsprozentsatz von 10,1% der Gesamtvarianz. Insgesamt wurden 35,5 % der Gesamtvarianz erklärt.

Tabelle 36

Faktorladungen der 27 Auslöser-Items des adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie entsprechend der Faktorenanalyse (n = 86)

Item Nr.	Auslöser-Item	Faktor		
		1	2	3
19	selbst für unfähig und dumm halten	.58	.18	-.14
25	Außenseiter/in sein	.57	.30	-.12
4	angegriffen fühlen	.56	.37	-.07
26	Verlangen nach Selbstverletzung	.56	.09	.33
16	ungerecht behandelt wurde	.55	.29	-.17
5	Leistung verlangt wird	.54	-.06	.14
21	erinnern an eigene schreckliche Erfahrungen	.49	.23	.33
27	ohne Grund	.48	-.09	.16
9	alleine zuhause sein	.48	.07	.35
2	kritisiert wurde	.44	.30	.05
22	starke unangenehme Gefühle haben	.42	.31	.09
7	über mich und Leben nachdenken	.29	.23	.27
20	andere von Selbstverletzung berichtet haben	-.07	.69	.39
10	andere von Traumata erzählen	-.13	.66	.19
18	mit anderen gestritten haben	.21	.60	-.31
13	denken gefährlich oder böse zu sein	.11	.58	.25
11	zu anderen aggressiv bzw. unfreundlich war	.25	.53	-.06
12	Fehler gemacht	.31	.46	-.03
15	Aufgabe nicht erledigt haben	.30	.42	.15
1	Probleme mit Partner/in	.23	.27	.09
23	Konsum von Alkohol oder Drogen	.10	.15	.08
14	starke angenehme Gefühle haben	.03	-.02	.72
8	jemand mag oder liebt mich	.02	.08	.69
6	jemand sehr nahe kam	.33	.13	.64
17	Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehmen	.34	.32	.45
3	Verlangen nach Alkohol, Drogen, Medikamenten	-.01	.15	.42
24	körperlich unwohl fühlen	.09	.06	-.09

Die Zuteilung der 27 Auslöser-Items zu den drei Faktoren wurde mit Hilfe von Reliabilitätsanalysen (siehe Tabelle 37, 38 und 39) überprüft.

Tabelle 37

Reliabilitätsanalyse Faktor 1 (n = 89)

Item Nr.	Auslöser-Item	Cronbach's Alpha, wenn Item weggelassen	Trenn- schärfe
19	selbst für unfähig und dumm halten	.77	.47
25	Außenseiter/in sein	.76	.51
4	angegriffen fühlen	.76	.53
26	Verlangen nach Selbstverletzung	.77	.43
16	ungerecht behandelt wurde	.76	.49
5	Leistung verlangt wird	.78	.37
21	erinnern an eigene schreckliche Erfahrungen	.77	.48
27	ohne Grund	.78	.33
9	alleine zuhause sein	.77	.41
2	kritisiert wurde	.77	.41
22	starke unangenehme Gefühle haben	.78	.39
7	über mich und Leben nachdenken	.78	.31
Cronbach's Alpha Faktor 1 = .79			

Tabelle 38

Reliabilitätsanalyse Faktor 2 (n = 89)

Item Nr.	Auslöser-Item	Cronbach's Alpha, wenn Item weggelassen	Trenn- schärfe
20	andere von Selbstverletzung berichtet haben	.63	.54
10	andere von Traumata erzählen	.67	.37
18	mit anderen gestritten haben	.67	.35
13	denken gefährlich oder böse zu sein	.64	.49
11	zu anderen aggressiv bzw. unfreundlich war	.66	.38
12	Fehler gemacht	.66	.40
15	Aufgabe nicht erledigt haben	.66	.41
1	Probleme mit Partner/in	.69	.27
23	Konsum von Alkohol oder Drogen	.71	.12
Cronbach's Alpha Faktor 2 = .69			

Tabelle 39

Reliabilitätsanalyse Faktor 3 (n =90)

Item Nr.	Auslöser-Item	Cronbach's Alpha, wenn Item weggelassen	Trennschärfe
14	starke angenehme Gefühle haben	.48	.49
8	jemand mag oder liebt mich	.53	.40
6	jemand sehr nahe kam	.46	.49
17	Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehmen	.51	.40
3	Verlangen nach Alkohol, Drogen, Medikamenten	.57	.26
24	körperlich unwohl fühlen	.66	-.04
Cronbach's Alpha Faktor 3 = .59			

Jene Items, die eine zu geringe Trennschärfe ($<.30$) aufwiesen und die innere Konsistenz erhöhen, sofern ausgeschlossen, wurden aus der Skala entfernt. Für den Faktor 2 waren demnach zwei Items (Item Nr.1 „Probleme mit Partner/in“ und Item Nr.23 „Konsum von Alkohol und Drogen“) auszuschließen, sodass für die verbliebenen sieben Items eine Reliabilität von $\alpha .71$ resultierte. Für den Faktor 3 waren zwei Items (Item Nr.3 „Verlangen nach Alkohol, Drogen, Medikamenten“ und Item Nr.24 „körperlich unwohl fühlen“) aufgrund ihrer Trennschärfe $<.30$ auszuschließen, sodass für die verbliebenen vier Items eine Reliabilität von $\alpha .66$ resultierte.

Die drei extrahierten Faktoren mit den verbliebenen Items wurden entsprechend der Faktorladungen und Iteminhalte benannt:

Faktor 1: *Subjektiv erlebte Gefühle von eigener Unfähigkeit und Ausgrenzung*

Faktor 2: *Zwischenmenschliche Interaktionen, Empfinden persönlicher Gefährlichkeit sowie eigenes Fehlverhalten*

Faktor 3: *Positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung*

6.6.3 Vorhersagekraft der Auslöser-Faktoren für das Erleichterungsgefühl nach selbstverletzenden Handlungen. Mittels multipler linearer Regression wurde anhand der Einschluss-Methode der Prädiktoren Faktor 1 (*Subjektiv erlebte Gefühle von eigener Unfähigkeit und Ausgrenzung*), Faktor 2 (*Zwischenmenschliche Interaktionen, Empfinden persönlicher Gefährlichkeit sowie eigenes Fehlverhalten*) und Faktor 3 (*Positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung*) geprüft, ob und inwieweit das Auftreten von Erleichterungsgefühlen im Rahmen von selbstverletzenden Handlungen (siehe MOUSI 15a) vorhergesagt werden kann.

Die Prüfvoraussetzungen, die Normalverteilung der standardisierten Residuen sowie die Unauffälligkeit der Multikollinearität der Prädiktorvariablen sowie die Homoskedastizität, konnten angenommen werden. Die globale Modellzusammenfassung fiel mit $F(3, 86) = 4.97$, $p = .003$ signifikant aus, sodass die Modellgeltung festzustellen war.

Die Tabelle 40 zeigt die ermittelten Koeffizienten im Rahmen der Modellprüfung.

Tabelle 40

Koeffizienten der Regressionsanalyse unter Einschluss der Prädiktoren „Faktor 1“, „Faktor 2“ und „Faktor 3“ für das Kriterium Verspüren des Erleichterungsgefühls ($n = 90$)

Prädiktor	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
Faktor 1 (<i>Subjektiv erlebte Gefühle von eigener Unfähigkeit und Ausgrenzung</i>)	0.63	0.49	.16	.201
Faktor 2 (<i>Zwischenmenschliche Interaktionen, Empfinden persönlicher Gefährlichkeit sowie eigenes Fehlverhalten</i>)	-0.34	0.45	-.09	.455
Faktor 3 (<i>Positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung</i>)	1.10	0.38	.32	.005
Konstante	3.47	0.26	-	<.001***

Anmerkung. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient. *SE* = Standardmessfehler.

β = standardisierter Regressionskoeffizient.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Die multiple lineare Regressionsanalyse zeigt, dass dem Faktor 3 (*Positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung*) ein signifikanter Erklärungswert auf die subjektiv erlebte Erleichterung nach einer Selbstverletzung zukommt. Das Beta-Gewicht weist mit .32 auf einen mittelhohen Einfluss auf das Kriterium MOUSI 15 hin. Insgesamt konnten mit $R^2 = 14,8\%$ ($R^2_{\text{adj.}} = 11,8\%$) Varianzanteil am Kriterium erklärt werden.

7 Diskussion

In diesem Abschnitt werden die vorliegenden Untersuchungsergebnisse diskutiert und zudem in den Kontext früherer Studienresultate gestellt. Darüber hinaus enthält dieses Kapitel eine Zusammenfassung der Limitationen und Implikationen dieser Studie.

7.1 Charakteristika der Stichprobe der sich Selbstverletzenden

In der Teilstichprobe der Selbstverletzenden lag eine Überrepräsentativität des weiblichen Geschlechts vor. Es konnten 85 weibliche Selbstverletzende und 28 weibliche Nicht-Selbstverletzende, sowie nur jeweils sieben männliche Selbstverletzende und Nicht-Selbstverletzende rekrutiert werden. Diese Geschlechterverteilung geht mit jener einiger anderer Untersuchungen zu SVV einher (Moran et al., 2012; Petermann & Nitkowski, 2015; Whitlock et al., 2015). Zudem steht diese Beobachtung auch in Einklang damit, dass es insgesamt eine höhere Prävalenzrate für SVV in der weiblichen Population gibt (Brunner et al., 2014; Müller et al., 2016; Petermann & Nitkowski, 2015; Plener et al. 2016) und vornehmlich Mädchen NSSV als emotionsorientierte Copingstrategie einsetzen (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Diese ungleiche Geschlechterverteilung könnte andererseits auch daran liegen, dass Männer ein anderes Selbstbild als Frauen haben und vermehrt zu indirekten Mitteln der Selbstverletzung greifen (Müller et al., 2016). Womöglich fühlen sich Männer bei Befragungen nicht direkt angesprochen, wenn nach SVV gefragt wird. Eine andere Vermutung ist, dass Männer über Online-Selbstbeurteilungsfragebögen i.A. schwieriger als Frauen erreichbar sind.

Zur 1-Monats-Prävalenz des NSSV gab die Mehrheit an, täglich (41%) oder wöchentlich (35%) an Selbstverletzungen gedacht und diese mindestens einmal (37%) oder wöchentlich (32%) durchgeführt zu haben. Auch bei der Prävalenz des NSVV in den vergangenen sechs Monaten gab die Mehrheit an, täglich (31%) oder wöchentlich (43%) an selbstverletzende Handlungen gedacht zu haben. In den letzten sechs Monaten gab die Mehrheit der Teilnehmenden an, ein bis fünf Mal (34%) oder wöchentlich (34%) Selbstverletzungen durchgeführt zu haben. Sowohl bei der 1-Monats- als auch der 6-Monats-Prävalenz zeigte sich, dass ein großer Teil der Befragten täglich an das Selbstverletzen denkt, aber nur ein geringer Teil davon dieses auch tatsächlich ausführt. So berichteten von den Teilnehmenden 41% im letzten Monat und 31% in den vergangenen sechs Monaten täglich an Selbstverletzungen gedacht zu haben, wobei diese nur 4% im letzten Monat und 3% in den letzten sechs Monaten täglich durchgeführt hatten. Somit zeigte sich, dass viele sich selbstverletzende Personen täglich an nicht-suizidale Selbstverletzungen denken, aber ihre Gedanken nicht immer zu SVV führen und

somit das Verlangen kontrollieren können. Auch die Antworten der Teilnehmenden auf die Frage, ob sie, sobald sie daran denken sich selbst zu verletzen, es auch immer ausführen, weisen darauf hin, dass Betroffene den Gedanken widerstehen können. So gaben 85% an, sich nicht immer selbst zu verletzen, wenn sie daran denken. Bei zehn Personen lag die letzte Selbstverletzung sogar mehr als ein halbes Jahr zurück und 23 Personen gaben an, sich im letzten Monat nicht selbst verletzt zu haben.

Bezüglich der Auftrittshäufigkeit des SVV zeigte sich auch, dass Betroffene in Krisenzeiten häufiger mehrmals wöchentlich und täglich Selbstverletzungen durchführten, als in vergleichsweise ruhigen Zeiten, in denen sogar 23% angaben, sich keinmal selbst verletzt zu haben. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass SVV in schwierigen Zeiten vermehrt stattfindet. So gab zudem die Mehrheit der Selbstverletzenden an, in den letzten sechs Monaten labilisierenden Bedingungen ausgesetzt gewesen zu sein. Am häufigsten waren sie von Schlafproblemen/Schlafmangel, sowie von Problemen/Konflikten im familiären Umfeld und im Freundes- und Bekanntenkreis betroffen. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit Studien zu Schlafproblemen und zwischenmenschlichen Problemen als Ursachen und Risikofaktoren für SVV (Bureau et al., 2010; Hysing et al., 2015; Kaess et al., 2013; Liu et al., 2017; Martin et al., 2016; Palmer et al., 2016; Plener et al., 2010; Wong et al., 2011).

Des Weiteren scheint ein Druckempfinden bei vielen Selbstverletzenden vor einer selbstverletzenden Handlung aufzutreten. So wurde der empfundene Druck von der Mehrheit der Befragten als sehr (36%) oder voll und ganz (41%) bedrängend bezeichnet. Mehr als die Hälfte (62%) gab an, den Druck als überhaupt nicht angenehm zu empfinden. Der Druck löst somit in den meisten TeilnehmerInnen vermehrt stressige und bedrängende, aversive Emotionen aus. Nicht nur Druck, sondern auch Stress wirken sich auf das SVV aus. Der Großteil der befragten Selbstverletzenden gab an, sich manchmal (30%), öfters (35%) oder immer (16%) selbst zu verletzen, wenn stressige Dinge geschehen. Stress kann SVV auslösen, doch verdeutlichen diese Daten auch, dass Stress nicht immer zu SVV führen muss. Als besonders stressige Auslöser für SVV beschrieben die Teilnehmenden Versagen (81%), Verlassenwerden (69%) und Verlust (69%).

Gemäß Literatur sind es vielfältige Gründe, warum mit SVV begonnen oder dieses fortgesetzt wird (Edmondson et al., 2016; Frank, 2005; Frey & Von Ceumern-Lindenstjerna, 2009; Klonsky, 2007; Klonsky, 2009; Plener et al., 2010; Taylor et al., 2018; Walsh, 2008). Auch in dieser Studie fand eine Vielzahl von Gründen Zustimmung bei den Befragten, sowohl für das Beginnen als auch das Aufrechterhalten des SVV. Besonders starke Zustimmung erhielten

folgende Gründe: zur Selbstbestrafung, um unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen zu entfliehen, sowie um unerträgliche Spannung loszuwerden. Dies spiegelt sich auch in den Angaben der Betroffenen zur Effektivität bestimmter Gründe wider. Besonders hilfreich empfanden sie die Selbstverletzung, um sich von einem traurigen Gefühlen zu erleichtern, sowie um unerträgliche Spannung loszuwerden. Interessanterweise schienen in dieser Stichprobe Gründe die, die sexuellen Erregung, Gruppenzugehörigkeit oder das Beweisen der eigenen Stärke betreffen, eher weniger oder keine Bedeutung zu haben. In der Literatur werden diese Gründe ebenfalls als von geringerer Bedeutung (Edmondson et al., 2016; Hooley & Franklin, 2018) beschrieben. Nun scheinen sie in dieser Stichprobe nahezu keine Bedeutung zu haben. Eine Erklärung dafür, dass die berichteten Funktionen und Gründe nicht stark konform mit der Literatur gehen, könnte sein, dass die Mehrheit der bisherigen Studien vornehmlich Jugendliche oder Kinder untersucht hatte. Diese Arbeit hingegen behandelt eine Stichprobe junger Erwachsener. Jener Lebensabschnitt könnte mit teils veränderten Merkmalen von SVV einhergehen.

Das durchschnittliche Alter bei der ersten Selbstverletzung lag in dieser Untersuchung bei 13.66 ($SD = 2.23$) Jahren, was mit Studienergebnissen konform geht, die SVV als Phänomen, das vermehrt erstmals in Kindheit und Jugend auftritt, beschreiben (Plener et al., 2010; In-Albon et al., 2017; Gandhi et al., 2018). Das mittlere Alter für ein erstmaliges Auftreten des SVV lag in dieser Untersuchung niedriger als in einer von Plener et al. (2016) untersuchten repräsentativen Stichprobe, in der das mittlere Alter 17.25 Jahre betrug. Die vorliegenden Ergebnisse stimmen zudem mit Untersuchungen zu Prävalenzraten und des Rückgangs des SVV in älteren Alterskohorten überein (Moran et al., 2012; Müller et al., 2016; Plener et al., 2016). So war die Mehrheit der Selbstverletzenden (84%, $n = 75$) zwischen 18 und 22 Jahre alt und lediglich 11% ($n = 10$) zwischen 23 und 27 Jahre sowie 5% ($n = 4$) zwischen 28 und 31 Jahre alt.

Der Großteil der Betroffenen gab an, sich anfangs an Armen und Beinen verletzt zu haben. Auch in letzter Zeit waren diese Körperregionen am häufigsten betroffen. So verletzten in letzter Zeit 62 Personen ihre Arme und 56 Personen ihre Beine, nur 13 Personen verletzten ihren Bauch und lediglich vier Personen ihren Kopf. Die TeilnehmerInnen mit SVV verletzten sich zum Zeitpunkt der Befragung primär durch Schneiden (76%), Kratzen (58%), das Verzögern von Wundheilung (40%) und (irgendwo dagegen) Schlagen (33%). Auch zu Beginn des SVV sind die am häufigsten verwendeten Methoden jene des Schneidens (94%), Kratzens (73%), (irgendwo dagegen) Schlagens (60%) und der Verzögerung einer Wundheilung (55%). Entgegen vorherrschender Annahmen (Yates, 2004) scheinen sich die Körperregionen und die Arten der

Verletzungen in der Selbstverletzungs-Historie der Betroffenen nicht stark zu verändern. Die hierzu ermittelten Anteilswerte gehen ferner mit den Ergebnissen anderer Studien einher (Laukkanen et al., 2013; Lloyd-Richardson et al., 2007; Petermann & Winkel, 2007; Zetterqvist, 2015). Ebenfalls konnte in dieser Studie verdeutlicht werden, dass ein Großteil der Betroffenen nicht nur eine, sondern mehrere bzw. eine Kombination dieser selbstverletzenden Methoden anwendet (Yates, 2004).

Gemäß der Annahme, dass Betroffene durch Ansteckungsphänome oder aus einer Gruppenzugehörigkeit heraus die Idee entwickeln, sich selbst zu verletzen (Petermann & Winkel, 2007; Plener et al., 2010; Plener et al. 2014; Prinstein et al., 2010; You et al., 2013), gaben in der vorliegenden Stichprobe 57 Personen an, dass sie die Idee zur Selbstverletzung durch das Beobachten anderer bekommen hatten oder von anderen darüber gehört hatten. Etwas weniger Betroffene, 51 Personen, gaben an, dass die Selbstverletzung ihre eigene Idee war. Auch die Annahme, dass über das Internet über SVV ausgetauscht wird (Eichenberg, 2011; Eichenberg & Schott, 2017; Whitlock, Powers & Eckenrode, 2006), findet sich in dieser Stichprobe wieder. So berichteten 29 Personen, über Webkanäle auf die Idee für das SVV gekommen zu sein. Zudem scheinen Film und Fernsehen sowie Bücher und Magazine, jene Medien darzustellen, über welche erstmals Idee zur Selbstverletzung aufkommen kann. Es gaben 23 Personen an, so zu SVV angeregt worden zu sein. Wenig Zustimmung fand in dieser Stichprobe die Annahme, dass besonders klinische Umfelder zur Entstehung von SVV beitragen (Jarvi et al., 2013). Lediglich vier Betroffene berichteten in einem Krankenhaus die Ursprungsidee für ihr SVV erhalten zu haben. Von den befragten Selbstverletzenden wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits 37% von ÄrztInnen und 29% über Nacht in einem Krankenhaus, aufgrund ihres SVV, behandelt. Dieses Ergebnis kann einerseits gegen eine besondere soziale Ansteckung in klinischen Umfeldern sprechen, andererseits kamen in dieser Stichprobe möglicherweise viele Personen erst nach Beginn ihres SVV mit derartigen Einrichtungen in Berührung.

Es wird angenommen, dass Selbstverletzungen sowohl offen als auch heimlich ausgeführt werden (Frank, 2005). In dieser Untersuchung tauschte sich ein Großteil (73%) der Selbstverletzenden über ihr SVV mit anderen aus. Nur 25 der Befragten gaben an, niemanden davon zu erzählen. Viele sprachen mit FreundInnen (81%) und PartnerInnen (46%) über ihre Selbstverletzungen. Auch ließen 30 (45%) Personen PsychologInnen oder PsychiaterInnen davon wissen.

Zusätzlich berichteten, die von SVV betroffenen Personen vorwiegend, mindestens ein wenig motiviert (69%) zu sein, ihre selbstverletzenden Handlungen zu unterbinden. Lediglich

31% waren überhaupt nicht oder eher nicht motiviert das SVV zu beenden. Erwähnenswert hierbei ist, dass viele Betroffene auch schon Erfahrungen mit Behandlungen ihres SVV gemacht haben. Die meisten Erfahrungen der Teilnehmenden wurden in den Behandlungsmethoden der Einzeltherapie (59%), der Selbsthilfe (38%) und der medikamentösen Behandlung (38%) verzeichnet. Diese Behandlungsmethoden empfanden jedoch nur wenige Betroffene als effektiv. Für 39% waren Einzeltherapien, für 14% medikamentöse Behandlungen und für 13% Selbsthilfe hilfreich. Die Ergebnisse zu den Erfahrungen der Teilnehmenden mit SVV zeigen, dass seitens vieler Betroffener der Wunsch und Wille vorhanden ist, das SVV zu beenden, aber die angebotenen Behandlungsmethoden als nicht besonders hilfreich empfunden werden. Sich selbst Verletzende suchen häufig das Gespräch zu FreundInnen, Verwandten und PsychologInnen, sowie PsychiaterInnen und TherapeutInnen und scheinen vorwiegend dieses problematische und potentiell gefährliche Verhalten ändern zu wollen. Allerdings stellen die vorhandenen Behandlungen anscheinend keine geeigneten Mittel für die Betroffenen dar. Die Daten dieser Untersuchung können andererseits keine differenzierten Aussagen darüber machen, welche spezifischen Therapien oder Medikamente die Teilnehmenden bereits erfuhren und weswegen die Teilnehmenden diese als nicht hilfreich einstufen.

Durch die Vielzahl an abgefragten Merkmalen und Funktionen des SVV der teilgenommenen jungen Erwachsenen, wurde versucht, die Bandbreite der möglichen Erscheinungsformen des SVV adäquat abzubilden (Frank, 2005; Laukkanen et al., 2013; Lloyd-Richardson et al., 2007; Petermann & Winkel, 2007; Whitlock et al., 2015; Yates, 2004; Zetterqvist, 2015).

7.2 Gefühl des Erwachsenseins bei Nicht- und Selbstverletzenden

Es wurden Unterschiede zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden bezüglich ihres Gefühls, erwachsen zu sein, untersucht. Keine Verteilungsunterschiede wurden in den Altersgruppen der 18-22-, der 23-27- und der 28-31-Jährigen sowohl innerhalb der Gruppen der Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden als auch im Vergleich zwischen diesen Gruppen festgestellt.

Sowohl die Gruppe der weiblichen Selbstverletzenden, als auch die Gesamtstichprobe der Selbstverletzenden unterschied sich nicht in ihrem Gefühl des Erwachsenseins in den drei Altersgruppen. Gleiches gilt auch für die Gruppe der Nicht-Selbstverletzenden. Beim Vergleich des Gefühls des Erwachsenseins der Selbstverletzenden mit den Nicht-Selbstverletzenden verhielt es sich in Hinblick auf die Verteilungsunterschiede in den drei Altersgruppen ähnlich. In

der Altersgruppe der 18-22-Jährigen, der Altersgruppe der 23-27-Jährigen, sowie in der Altersgruppe der 28-31-Jährigen zeigten sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede.

Die Hypothese, dass sich Selbstverletzende von Nicht-Selbstverletzenden in ihrem Gefühl des Erwachsenseins unterscheiden, wird verworfen. Demnach wurden keine Unterschiede innerhalb der Gruppe der Selbstverletzenden und innerhalb der Gruppe der Nicht-Selbstverletzenden als auch im Vergleich beider Gruppen bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins sichtbar. Ferner weisen die Ergebnisse darauf hin, dass das Gefühl des Erwachsenseins in den Altersgruppen der 18-22-, der 23-27- und der 28-31-Jährigen bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens keine führende Rolle spielt. Junge Erwachsene, unabhängig davon, ob sie sich selbst verletzen oder nicht, scheinen sich in ihrem Gefühl Erwachsensein nicht merklich zu unterscheiden.

Obwohl Selbstverletzende vermehrt Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen, diverse psychische Störungen, körperliche Beschwerden und erhöhte Stressbelastungen, sowie inter- und intraindividuelle Probleme aufweisen (Bureau et al., 2010; Cassels & Wilkinson, 2016; Duggan et al., 2015; Fliege et al., 2009; Hysing et al., 2015; Kaess et al., 2013; Lev-Wiesel & Zohar, 2014; Liu et al., 2017; Martin et al., 2016; Plener et al., 2010; Tatnell et al., 2014; Walsh, 2008; You et al., 2015), fühlen sich diese jungen Erwachsenen interessanterweise nicht erwachsener als Gleichaltrige, die sich nicht selbst verletzen.

7.3 Stresserleben bei Nicht- und Selbstverletzenden

Bisherige wissenschaftliche Arbeiten postulieren, dass einerseits eine Verbindung zwischen erhöhten Stresslevels und SVV besteht und andererseits Selbstverletzende im Vergleich zu Nicht-Selbstverletzenden vermehrt multiplen Stressoren ausgesetzt sind (Kiekens et al., 2015; Wilcox et al., 2012). Demnach wurde in dieser Studie die Fragestellung untersucht, ob Unterschiede zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden bezüglich ihres Stressempfindens bestehen.

In Bezug auf das Stresserleben konnten für Frauen signifikante Unterschiede in den Items Stress in der Familie ($d = 0.84$) und Stress im übrigen Leben ($d = 1.08$) festgestellt werden. Hierbei ist anzumerken, dass Stress im übrigen Leben, für Stress in allen Lebensbereichen ausgenommen jenen, die durch die Items „Stress in der Schule/ FH/ Uni/ Arbeit“ und „Stress in der Familie“ abgefragt wurden, steht. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich auch im Stressempfinden im übrigen Leben ($d = 1.44$) bei männlichen Nicht- und Selbstverletzenden. Sowohl männliche als auch weibliche Teilnehmende mit SVV berichteten von mehr Stress und Druck in den letzten sechs Monaten als Nicht-Selbstverletzende in ihren Familien und anderen

Lebensbereichen (ausgenommen Arbeit und Ausbildung) im Vergleich mit Nicht-Selbstverletzenden.

Demnach können die Hypothesen, dass sich Personen mit SVV von Personen ohne SVV im Indikator „Stress in der Schule/ FH/ Uni/ Arbeit“ und im Indikator „Stress in der Familie“ unterscheiden, angenommen werden.

Zusätzlich wurde mittels binär logistischer Regressionsanalyse der Zusammenhang zwischen Stressempfinden in der Familie, sowie im übrigen Leben und dem SVV geprüft. Beide Prädiktoren erreichten signifikante Ergebnisse, wodurch sie einen Erklärungswert für SVV aufweisen. Insgesamt wurden zudem 82% der Personen durch das Modell entsprechend ihrer Antwort klassifiziert. Von denjenigen Personen, die sich nicht selbst verletzten, wurden nur 54% richtig vorhergesagt. Hingegen wurden jene Personen mit SVV zu 92% korrekt vorhergesagt. Diese Ergebnisse sprechen für eine hohe Sensitivität, aber auch unzureichende Spezifität.

Es ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass bei der teststatistischen Analyse der Stress-Skala lediglich eine innere Konsistenz von $\alpha = .50$ ermittelt werden konnte. Demnach sind die Befunde hier mit Vorbehalt zu bewerten.

Stress entsteht gemäß des transaktionalen Stressmodells aus einer individuellen Bewertung situativer Anforderungen und persönlicher Ressourcen, wenn diese Anforderungen die zur Verfügung stehenden Ressourcen übersteigen (Lazarus & Folkman, 1984). Die darauffolgenden Copingprozesse dienen zur Bewältigung dieser spezifischen Reize (Lazarus & Folkman, 1984). Dahingehend ist die Frage nach dem Stressempfinden von Personen mit SVV auch für die darauffolgenden Fragestellungen zum Copingverhalten Selbstverletzender von Interesse. Stress, der die berufliche und Ausbildungs-Situation betrifft, ist für Selbstverletzende weniger vorhanden oder von geringerer Bedeutung als Stress in der Familie und dem übrigen Leben. Dies lässt vermuten, dass die eigenen Ressourcen besonders im familiären Kontext und anderen Situationen unabhängig von Beruf und Ausbildung überschritten werden. In diesen für Selbstverletzende besonders stressigen Kontexten muss schlussfolgernd vermehrt auf Copingprozesse zurückgegriffen werden. Folgend wird diskutiert, welche Copingstrategien die teilnehmenden jungen Erwachsenen einsetzen und welche Unterschiede zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden erkennbar sind.

7.4 Copingstrategien bei Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden

Durch die teststatistische Analyse der Skalen des Brief COPE wurde festgestellt, dass die Skala „Ablenkung“ gemäß Cronbach's α von .32, die Skala „Verleugnung“ mit .34 und die Skala

„Ausleben von Emotionen“ mit -0.11 wegen ihrer sehr geringen bis inakzeptablen Reliabilitäten bei der weiteren Analyse kritisch zu beurteilen sind.

Aufgrund der inhaltlichen Bedeutsamkeit dieser Skalen und der geringen Stichprobenzahl wurden im vorhergehenden Kapitel dennoch alle Ergebnisse des Brief COPE zur Überprüfung der Unterschiedlichkeit in den Copingstrategien weiblicher und männlicher Selbstverletzender und Nicht-Selbstverletzender berichtet. Diese Ergebnisse werden folgend kritisch diskutiert.

In Bezug auf die Skalen des Brief COPE konnten zwischen Frauen mit SVV und jenen ohne SVV signifikante Unterschiede festgestellt werden. Teilnehmerinnen mit SVV erzielten niedrigere Werte in den folgenden Skalen: „Aktive Bewältigung“ ($d = -0.78$), „Emotionelle Unterstützung“ ($d = -1.06$), „Instrumentelle Unterstützung“ ($d = -0.97$), „Ausleben von Emotionen“ ($d = -0.97$), „Positive Umdeutung“ ($d = -0.96$) und „Planung“ ($d = -0.98$). In den Skalen „Alkohol und Drogen“ ($d = 0.75$), „Verhaltensrückzug“ ($d = 0.87$) und „Selbstbeschuldigung“ ($d = 1.00$) zeigten Selbstverletzerinnen hingegen höhere Werte als Nicht-Selbstverletzerinnen. Da die interne Konsistenz der Skala Ausleben von Emotionen eine sehr geringe Reliabilität aufwies, sind Interpretationen, die Ergebnisse dieser Skala betreffend, fragwürdig. Wobei darauf hinzuweisen ist, dass Cohen's d mit $d = -0.97$ auf einen großen Effekt hindeutet. Die standardisierten Effektgrößen weisen auch in den anderen Skalen mit signifikanten Ergebnissen auf deutliche Unterschiede hin. Es kann angenommen werden, dass Selbstverletzerinnen weniger Copingstrategien verwenden als Nicht-Selbstverletzerinnen, in denen es um die aktive Bewältigung der Situation durch das Ergreifen von aktiven Maßnahmen zur Veränderung geht. Sie scheinen auch weniger Coping durch das Aufsuchen emotionaler Unterstützung von anderen Menschen, trösten und Rat suchen, sowie Hilfe einholen, zu verwenden als Nicht-Selbstverletzerinnen. Auch Aspekte aus einer anderen Perspektive zu sehen, positiver erscheinen zu lassen und Gutes in dem zu finden, was passiert ist, sowie Handlungspläne zu entwickeln, sind Copingstrategien, die eher von Nicht-Selbstverletzerinnen angewendet werden. Hingegen neigen Selbstverletzerinnen im Gegensatz zu Nicht-Selbstverletzerinnen zu Copingstrategien, die mit dem Konsum von Alkohol und Drogen, sowie Selbstbeschuldigungen einhergehen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Selbstverletzerinnen sich eher zurückziehen und es aufgeben, etwas an einer belastenden Situation zu ändern, als Nicht-Selbstverletzerinnen.

Im Vergleich der Copingstrategien männlicher Selbstverletzender und Nicht-Selbstverletzender wurden weniger signifikante Unterschiede festgestellt. Diese Beobachtung

liegt maßgeblich daran, dass die Stichprobe der Männer mit 14 Personen sehr klein war, aber dadurch können erste Hinweise für Ergebnisse in größeren Männer-Stichproben gegeben werden. Es konnte im Vergleich der Männer einzig die Annahme bestätigt werden, dass sich beide Gruppen in Bezug auf die Skalen Verleugnung ($d = 1.10$) und Selbstbeschuldigung ($d = 1.76$) unterscheiden. Zu beachten ist, dass die Skala Verleugnung wegen ihrer sehr geringen Reliabilität kritisch betrachtet werden muss. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Männer, die sich selbst verletzen, vermehrt verleugnende und selbstbeschuldigende Copingstile einsetzen, als männliche Nicht-Selbstverletzende. Interessanterweise zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im verleugnenden Copingstil bei der weiblichen Stichprobe. Weitere Untersuchungen mit einer größeren männlichen Stichprobe könnten weitere Unterschiede im Copingverhalten zwischen den Geschlechtern in Verbindung mit SVV herausfinden.

Dementsprechend können die Hypothesen der Unterschiedlichkeit zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden für die folgenden Skalen des Brief COPE angenommen werden: „Aktive Bewältigung“, „Verleugnung“, „Emotionelle Unterstützung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ausleben von Emotionen“, „Positive Umdeutung“, „Planung“, „Alkohol und Drogen“, „Verhaltensrückzug“ sowie „Selbstbeschuldigung“.

Zusammenfassend gehen diese Studienergebnisse weitgehend konform mit der Literatur (Andover et al., 2007; Fliege et al., 2009; Guerreiro et al., 2013; Kiekens et al., 2015; Marusic & Goodwin, 2006; Santos et al., 2009) zu den Vergleichen von Copingstrategien Selbstverletzender und Nicht-Selbstverletzender. Selbstverletzende griffen in dieser Untersuchung ebenfalls vermehrt auf Copingstrategien zurück, die mit der Vermeidung einer problematischen, herausfordernden Situation, geringen Problemlösungsfähigkeiten, Selbstbeschuldigungen, geringer Unterstützungssuche bei anderen Menschen, sowie einer pessimistischen Haltung verbunden waren, was für einen dysfunktionalen Copingstil spricht (Seiffge-Krenke, 1995). Nicht gezeigt werden konnte, dass männliche Selbstverletzende häufiger Problemlösungs- und soziale Unterstützungstrategien verwenden als Nicht-Selbstverletzende (Andover et al., 2007; Guerreiro et al., 2013). Im Gegenteil waren Problemlösungs- und soziale Unterstützungstrategien vermehrt bei sowohl männlichen als auch insbesondere weiblichen Nicht-Selbstverletzenden zu verzeichnen. Des Weiteren fanden sich entgegen der Annahmen von Trepal et al. (2015) keine insgesamt erhöhten Scores in den Copingstrategien bei Personen, die sich selbst verletzen im Vergleich zur Gruppe der Nicht-Selbstverletzenden. Diese Ergebnisse können somit nicht bekräftigen, dass Selbstverletzende multiple Copingstrategien aufweisen, obwohl aufgrund des in dieser Untersuchung festgestellten erhöhten Stressempfindens der

Selbstverletzenden davon auszugehen ist, dass ein ebenso erhöhter Bedarf an Copingprozessen vorhanden ist.

Die durchgeführte Clusteranalyse der 14 Brief COPE Skalen gibt Hinweise darauf, dass sich selbstverletzende Personen auch untereinander und nicht nur im Vergleich zu Personen ohne SVV, unterscheiden können. Zwei Cluster (siehe Cluster 2 *„Selbstverletzende mit unterstützungssuchendem Copingverhalten und geringem Coping durch Verleugnung sowie Alkohol und Drogen“* und Cluster 3 *„Selbstverletzende mit stärker ausgeprägten positiven und differenzierten Copingstrategien sowie wenig Coping durch Alkohol, Drogen und Rückzug“*) schienen eine Vielzahl von zumeist positiven Copingstrategien, wie Unterstützungssuche, aktive Bewältigung, Planung und positives Umdeuten anzuwenden, im Gegensatz zu den restlichen drei Clustern von Selbstverletzenden (s. Cluster 1 *„Selbstverletzende mit gering ausgeprägten positiven und aktiven Copingstrategien mit wenig Akzeptanz, viel Verleugnung und selbstbeschuldigenden Copings sowie vermehrten Copings durch Alkohol und Drogen“*, Cluster 4 *„Selbstverletzende mit geringem unterstützungssuchenden Coping und gleichzeitig hohem Maß an Verhaltensrückzug, Alkohol und Drogen sowie Selbstbeschuldigung und akzeptierendem, ablenkendem Coping“* und Cluster 5 *„Selbstverletzende, die ihre schwer zu bewältigenden Lebensereignisse, passiv annehmen, mit vergleichsweise geringster Selbstbeschuldigungstendenz sowie insgesamt niedrig ausgeprägten Copingstrategien“*). Cluster 1, Cluster 4 und Cluster 5 waren vornehmlich durch negative Copingstrategien gekennzeichnet.

7.5 Selbstverletzendes Verhalten als eigenständige Copingstrategie

Das Regulieren von negativen Affekten wird in der Literatur als eine grundlegende Funktion der Selbstverletzung beschrieben (Andover & Morris, 2014; Arney et al., 2011; Klonsky, 2007; Nock, 2009; Nock et al., 2009; Victor et al., 2012; Whitlock et al., 2011). Diese Emotionsregulationsfunktion kann die Entstehung und Aufrechterhaltung des SVV beeinflussen. Die Gruppe von Selbstverletzenden scheint jedoch sehr heterogen zu sein, insbesondere wenn es um die Ursachen und Funktionen geht, die das SVV übernehmen kann (Taylor et al., 2018). Hinter einem Akt der Selbstverletzung steht nicht nur ein Motiv, sondern ein ganzes Motivbündel aus teils bewussten als auch unbewussten Anteilen und kann so auch zur Bewältigung seelischer Krisen dienen (Resch, 2017). Eine Funktion, die jener der Emotionsregulation sehr ähnlich ist, kann demnach jene der Selbstverletzung als eigenständige Copingstrategie sein (Gratz, 2003, 2006; Guerreiro et al., 2013; Hawton & Harriss, 2008; Klonsky, 2009; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; McLane, 1996; Petermann & Nitkowski,

2015, Rayner et al., 2005). Demnach ist es ein Hauptziel dieser Arbeit, festzustellen, ob selbstverletzendes Verhalten eine Copingstrategie darstellt, die zu einem Gefühl der Erleichterung führt.

In dieser Untersuchung nannte der Großteil der Teilnehmenden öfter (42%) oder immer (34%) Erleichterung nach einem Akt der Selbstverletzung zu empfinden. Nur drei Personen gingen nicht konform mit dieser Annahme und gaben an, nie Erleichterung nach einem SVV zu spüren. Wie das bereits beschriebene Phänomen des *Pain Offset Relief* (Hooley & Franklin, 2018) besagt, scheinen nach einer Selbstverletzung erleichternde und positive Gefühle zu entstehen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass SVV eingesetzt werden kann, um Emotionen zu regulieren. Sie stehen auch in Einklang mit qualitativen Untersuchungen, in denen vorwiegend die Erleichterung eines negativen Gemütszustandes oder die Beruhigung als Gründe für SVV angegeben wurden (Edmondson et al., 2016). Selbstverletzende Akte stellen somit emotionsorientierte Copingstrategien dar (Lazarus & Folkman, 1984), die der Reduktion von psychischen Beschwerden und dem Einsetzen von Erleichterungsgefühlen dienen können.

Die Mehrheit der Teilnehmenden gab zudem an, dass das Erleichterungsgefühl nach einer Selbstverletzung zwischen 6 und 60 Minuten (44%) anhalten würde. Die Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs des Verspürens und des Anhaltens des Gefühls der Erleichterung fiel nicht signifikant aus. Jedoch war ein positiver Zusammenhang zwischen dem Verspüren des Gefühls der Erleichterung und der Häufigkeit der Durchführung einer Selbstverletzung sichtbar. Auch wenn dieser Zusammenhang mit $r_s = .28$ schwach positiv war, kann auf die Bedeutung des Erleichterungsgefühls nach einer Selbstverletzung hingewiesen werden. Je häufiger sich die Teilnehmenden im vergangenen Monat selbst verletzten, umso mehr Erleichterung empfanden sie nach einer Selbstverletzung. Ein Zusammenhang und eine Tendenz konnte auch bezüglich des Druckempfindens verzeichnet werden. Dieser positive Zusammenhang von $r_s = .20$ und der tendenziell positive Zusammenhang von $r_s = .17$ deuten darauf hin, dass bei steigendem bedrängenden und stressigen Druck auch das Erleichterungsgefühl nach einer Selbstverletzung zunimmt. Die Hypothese, dass SVV in einem signifikant positiven Zusammenhang mit dem Ausmaß des Gefühls von Erleichterung steht, kann somit teilweise belegt werden.

Den Teilnehmenden wurden darüber hinaus verschiedene potentielle Auslöser für eine Selbstverletzung, die gegebenenfalls persönliche Ressourcen übersteigen könnten, vorgestellt. Diese Auslöser beinhalteten sowohl externale als auch internale Reize. Zusätzlich wurden sie, bei Zustimmung zu einem Auslöser, nach ihrem Erleichterungsgefühl in Folge einer

Selbstverletzung auf diese auslösende Situationen gefragt. Mit dieser Vorgehensweise sollte untersucht werden, ob SVV eine eigenständige Copingstrategie darstellt.

Von besonderer Bedeutung waren folgende Auslöser für die Teilnehmenden: (a) unangenehme Gefühle, (b) sich selbst für dumm und unfähig halten, (c) über das Leben und sich selbst nachdenken. Diese Auslöser erhielten am meisten Zustimmung. Sie scheinen für die Betroffenen besonders stark die eigenen Ressourcen überschreitende Situationen darzustellen. Dass diese Auslöser besondere Zustimmung erhielten, steht in Einklang mit den Ergebnissen einer Meta-Analyse zur Prävalenz der verschiedenen Funktionen von NSSV (Taylor et al., 2018). In dieser Untersuchung liegt der Schluss ebenfalls nahe, dass für Betroffene intrapersonelle Faktoren bedeutender sind als interpersonelle Faktoren. Auch die deskriptiv im vorigen Kapitel bereits beschriebenen auslösenden Gefühle und Gründe für das SVV weisen auf die Bedeutung intrapersoneller Faktoren hin. Es gab Auslöser, die mehr Zustimmung und welche, die weniger Zustimmung erfuhren, dennoch führten alle zu einem erhöhten Maß an Erleichterung nach einer Selbstverletzung. In der vorliegenden Studie konnte festgestellt werden, dass Selbstverletzende im Mittel hohe Werte im Erleichterungsgefühl auf diverse Auslöser für SVV erreichten. Die im vorigen Kapitel angegebenen Anteilswerte bezüglich des Ausmaßes der Erleichterung für die 27 Auslöser mit einem entsprechenden 95%-Konfidenzintervall (KI) zeigten, dass der Erwartungswert in der Grundgesamtheit ebenfalls in einem Bereich liegt, der für ein erhöhtes Maß an Erleichterung nach einer Selbstverletzung auf diverse Auslöser spricht. Die Hypothese, dass Selbstverletzende auf verschiedene Auslöser des selbstverletzenden Verhaltens ein unterschiedliches Ausmaß von Erleichterung zeigen, kann dahingehend angenommen werden. Zudem zeigte der Großteil ein hohes Maß an Erleichterung nach einer Selbstverletzung. Das Betroffene mithilfe selbstverletzender Handlungen unterschiedliche Gefühle und Zustände, insbesondere durch subjektiv belastende Ereignisse ausgelöst, zu bewältigen versuchen (Petermann & Nitkowski, 2015), konnte somit auch in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden. Diese Befunde sprechen darüber hinaus dafür, dass die Motivation sich selbst zu verletzen, in der Hoffnung auf Erleichterung und dem Abbau von unangenehmen Gefühlen besteht. Die teststatistische Analyse des selbstkonstruierten Fragebogens spricht für eine sehr gute innere Konsistenz der Auslöser-Items in einer Gesamtskala. Mittels explorativer Faktorenanalyse konnte darüber hinaus eine 3-faktorielle Struktur der Auslöser gezeigt werden: Faktor 1 (*Subjektiv erlebte Gefühle von eigener Unfähigkeit und Ausgrenzung*), Faktor 2 (*Zwischenmenschliche Interaktionen, Empfinden persönlicher Gefährlichkeit sowie eigenes Fehlverhalten*) und Faktor 3 (*Positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung*). Für den Faktor 3

konnte mittels Regressionsanalyse ein moderater Erklärungswert ($\beta = .32$) für das Erleichterungsgefühl nach einer selbstverletzenden Handlung belegt werden. Dieser etwas überraschende Befund, dass vor allem positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung als relevante Auslöser für eine Erleichterung nach SVV fungieren, kann mit den Erkenntnissen von Lazarus (2000), Folkman und Moskowitz (2000), dass Emotionen, die allgemein als positiv bezeichnet werden, oft subjektiv als negativ oder belastend empfunden werden, in Einklang gebracht werden. Auch in anderen Studien zu SVV wurde auf die Bedeutung von positiven Erfahrungen als Auslöser für selbstverletzende Handlungen hingewiesen (Edmondson et al., 2016; Klonsky, 2009)

Die in der vorliegenden Arbeit präsentierten Ergebnisse deuten darauf hin, dass SVV sowohl zur Regulation von Emotionen dient als auch eine eigenständige Copingstrategie darstellen kann. Ob eine Erweiterung des Nutzen und Barrieren-Modells von Hooley und Franklin (2018) um die Funktion des Copings nun angebracht ist, muss in zukünftigen Untersuchungen weiter geklärt werden. Erste Hinweise darauf, dass Coping mittels selbstverletzendem Verhalten einen subjektiven Vorteil im Sinne des Nutzen und Barrieren-Modells von Hooley und Franklin (2018) darstellt, konnten dargelegt werden.

Die Studienergebnisse verdeutlichen und bestätigen die Annahme, dass Selbstverletzungen durch subjektiv belastende Situationen ausgelöst werden und dann zu einem Gefühl der Erleichterung führen können, jedoch bedarf jener Teilaspekt der Fragestellung, ob SVV als eigenständige Copingstrategie angesehen werden kann, weiterführender Forschung.

7.6 Limitationen

Die vorliegende Untersuchung weist verschiedene methodische Limitationen auf, welche folgend thematisiert werden.

Die vergleichsweise geringe Anzahl an Befragungspersonen ist hier als Limitation an der Studie anzuführen. Außerdem ist die sehr geringe Anzahl von Männern zu erwähnen. Aufgrund der Online-Erreichbarkeit und Rekrutierung in diversen sozialen Netzwerken und Blogs kam es in dieser Studie auch zu einer überrepräsentierten deutschen Stichprobe. So lebten zum Zeitpunkt der Befragung 94% der befragten Selbstverletzenden in Deutschland und nur 4 % in Österreich. Stichprobenverzerrungen, beispielsweise aufgrund eines Freiwilligkeitsbias oder der Rekrutierungsart (vorwiegend über soziale Medien wie Facebook oder Internet-Foren und -Blogs zu SVV) sind anzunehmen.

Eine Einschränkung für die Vergleichbarkeit dieser Studie stellt die nicht eingrenzende Definition des selbstverletzenden Verhaltens dar, so fragten einige Items teilweise explizit nach

nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten (NSSV), andere ließen die Begriffsdefinition den Teilnehmenden offen. Es lag meistens in der Auffassung der Teilnehmenden, ob sie über nicht-suizidales oder suizidales selbstverletzendes Verhalten Rückmeldung gaben.

Die Vergleiche in dieser Untersuchung basieren auf retrospektiven Selbstbeurteilungsdaten, wodurch Verzerrungen nicht auszuschließen waren und Schlussfolgerungen limitiert sind. Auf eine verzerrende Antworttendenz, aufgrund der Selbstbeurteilung ist außerdem hinzuweisen, insbesondere da Copingprozesse teilweise automatisiert oder unbewusst ablaufen (Carver & Connor-Smith, 2010; Cramer, 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Den Teilnehmenden wurden Fragen bezüglich potentiell stressiger und belastender Auslöser gestellt. Diese vorgestellten Auslöser stammten aus dem FSVV von Reicherzer und Brandl (2011), deren Auswahl der Auslöser auf theoretischen Annahmen beruhte. Nun wurde in dieser Untersuchung nicht explizit erfragt, ob die vorgestellten Auslöser stressige Situationen für die Teilnehmenden darstellen. Es wurde lediglich gebeten, zu beantworten, ob die vorgestellten Situationen bei den Teilnehmenden zu Selbstverletzungen führen. Es ist demnach anzunehmen, dass eine Situation, die eine selbstverletzende Handlung auslöst, auch ein sehr stressbehafteter Zustand ist. Zudem ist es denkbar, dass andere, nicht vorgestellte Situationen ebenfalls Auslöser und subjektiv stressige Umstände darstellen könnten, auf die in dieser Untersuchung nicht eingegangen wurde. Eine verzerrte Erinnerung an stressige und auslösende Situationen ist ebenfalls möglich.

Bezüglich der Auswahl und Entwicklung geeigneter Instrumente zum Erfassen des SVV und der Vergleiche mit Nicht-Selbstverletzenden ist nochmals anzumerken, dass teilweise moderate innere Konsistenzen und Trennschärfekoeffizienten vorlagen. Da die vorliegende Studie in einer Population junger Erwachsener durchgeführt wurde, sollen die Ergebnisse zudem nicht auf andere Altersgruppen verallgemeinert werden.

7.7 Implikationen

Bis zu 28% der Jugendlichen und 13% der jungen Erwachsenen (Brunner et al., 2014; Jacobson & Gould, 2007; Swannell et al., 2014) verletzen sich aus diversen Gründen selbst (Edmondson et al., 2016; Frank, 2005; Frey & Von Ceumern-Lindenstjerna, 2009; Klonsky, 2007; Klonsky, 2009, Plener et al., 2010; Taylor et al., 2018; Walsh, 2008). Noch immer sind beeinflussende und aufrechterhaltende Faktoren für das SVV, insbesondere in der Gruppe der jungen Erwachsenen, nicht vollständig erkundet. Um eine potentiell gesteigerte Intensität und Chronizität des SVV sowie eine verstärkte komorbide Psychopathologie und Suizidalität zu verhindern, ist ein umfassendes Verständnis über selbstverletzende Handlungen von großer Bedeutung.

Wie bereits erörtert, waren weibliche Selbstverletzte in der untersuchten Stichprobe überrepräsentiert. Einige Autoren postulierten bereits, dass SVV häufiger in der weiblichen Bevölkerung beobachtbar ist (Bresin & Schoenleber, 2015; Müller et al., 2016; Whitlock et al., 2015). In nachfolgenden Studien sollte eine Gleichverteilung über die Geschlechter angestrebt werden. Generell sind weitere Untersuchungen mit einer repräsentativen Stichprobe wünschenswert, v.a. in Österreich, da hier bislang in der Allgemeinbevölkerung kaum Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt wurden.

Zukünftige Studien sollten zudem einheitliche Definitionen und Operationalisierungen des SVV einführen, um eine angemessene Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen.

Im Allgemeinen gingen die ermittelten Anteilswerte, die Merkmale und Funktionen von SVV betreffend (siehe Ergebnisse zu den selbst verletzten Körperbereichen, angewendeten Methoden der Selbstverletzung, Alter, Selbstbestrafungswünsche, Spannungsabbau, unangenehme Gefühle und Stimmungen als Auslöser für SVV sowie soziale Ansteckungsphänomene), mit den Ergebnissen anderer Studien deutlich einher (Edmondson et al., 2016; Frank, 2005; Hooley & Franklin, 2018; Klonsky, 2007; Laukkanen et al., 2013; Lloyd-Richardson et al., 2007; Müller et al., 2016; Petermann & Winkel, 2007; Plener et al., 2016; Taylor et al., 2018; Yates, 2004; Zetterqvist, 2015). Einige Befunde (siehe Ergebnisse zu sexueller Erregung, Gruppenzugehörigkeit oder Beweisen der eigenen Stärke als Gründe für SVV) wurden in dieser Arbeit in abgeschwächter Form im Vergleich zur Literatur beobachtet (Edmondson et al., 2016; Hooley & Franklin, 2018). Diese Ergebnisse bekräftigen die Annahme, dass selbstverletzendes Verhalten ein sehr facettenreiches psychologisches Konstrukt darstellt, dem zahlreiche unterschiedliche Funktionen zugrunde liegen können. Studien, die breite Merkmale und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens abdecken, werden demnach auch künftig notwendig sein.

Zusätzlich zeigten die Rückmeldungen der Teilnehmenden zu ihren Behandlungserfahrungen, dass seitens vieler Betroffener der Wunsch und Wille vorhanden war, das SVV zu beenden, aber die angebotenen Behandlungsmethoden als nicht besonders hilfreich empfunden wurden. Sich Selbstverletzte suchten häufig das Gespräch zu FreundInnen, Verwandten und PsychologInnen sowie PsychiaterInnen und TherapeutInnen. Sie scheinen somit vorwiegend dieses problematische und potentiell gefährliche Verhalten ändern zu wollen. Jedoch stellten die in Anspruch genommenen Behandlungen laut Angaben der betroffenen Befragten keine geeigneten Mittel dar. An dieser Stelle ist auch zu berichten, dass eine Vielzahl an positivem Feedback von betroffenen Studienteilnehmenden bezüglich der Untersuchung übermittelt wurde.

Demnach war bei der Mehrheit eine allgemeine Bereitschaft, das SVV zu beenden, zu beobachten. Dies unterstreicht die Bedeutsamkeit der Entwicklung neuer Strategien zur Prävention und Intervention des SVV.

Es ist davon auszugehen, dass die Selbstverletzung für viele Betroffene eine temporäre Erleichterung darstellt, die jedoch die zugrunde liegenden Ursachen der Entstehung und Aufrechterhaltung des SVV nicht beheben oder verändern kann (Sornberger et al., 2013, Resch, 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten darüber hinaus, dass - nach diversen Auslösern für eine Selbstverletzung - das danach durchgeführte SVV oftmals zu einem Gefühl von Erleichterung führte. Dieses Zusammenspiel von individuellen Stressoren und dem Erleichterungsgefühl, das durch eine selbstverletzende Handlung entsteht, spricht für das SVV als Copingstrategie. Interessanterweise wurde, je häufiger im vergangenen Monat eine Selbstverletzung stattfand, danach desto mehr Erleichterung empfunden. Im Sinne des bereits beschriebenen Phänomens des *Pain Offset Relief* sollte experimentell untersucht werden, ob durch SVV in stressigen Situationen, in denen Copingprozesse aktiviert werden, neuronale Überlappungen von physischem und emotionalem Schmerz beobachtbar sind, welche folglich zu einem Erleichterungsgefühl führen. Damit könnte die Theorie der Selbstverletzung als eigenständige Copingstrategie größeren Zuspruch gewinnen, als sie es durch selbstbeurteilende, retrospektive Daten, wie in dieser Untersuchung, erlangen kann.

Anhand von Longitudinalstudien sollte künftig zusätzlich untersucht werden, wie sich Copingstrategien, und im Speziellen SVV als Copingstrategie, im Laufe der Zeit, über die verschiedenen Altersgruppen hinweg, verändern. Zeitliche Veränderungen sind insbesondere deswegen bedeutsam, da einige Untersuchungen darauf hinweisen, dass die verschiedenen Funktionen, die das SVV übernehmen kann, nicht für alle Betroffenen gleichermaßen Gültigkeit haben (Taylor et al., 2018). Zudem verringern sich die Prävalenzraten mit zunehmendem Alter (Müller et al., 2016; Plener et al., 2016; Swannell et al., 2014). Auch Copingprozesse sind nicht zeitlich stabil, sondern dynamisch (Folkman et al., 1986) und beinhalten eine Reihe von Reaktionen, die je nach Bedarf - welcher sich mit der Zeit verändern kann - initiiert und wiederholt werden können, um Stressoren - welche sich auch mit der Zeit verändern können - zu bewältigen (Snyder, 2001).

Entsprechende empirische Nachweise sind ferner zur Entwicklung von therapeutischen Interventionsmethoden von Bedeutung. Die hier präsentierten Ergebnisse deuten darauf hin, dass es im Stresserleben und Copingverhalten grundlegende Unterschiede zwischen Personen mit und ohne SVV gibt. Darum ist es bedeutsam, die Unterschiede zwischen Personen, die sich selbst

verletzen im Vergleich zu Personen ohne SVV zu untersuchen. Auf dieser Grundlage können effektivere Maßnahmen für Prävention und Behandlung von SVV entwickelt werden. Die Ergebnisse der Clusteranalyse legen zudem nahe, interindividuellen Unterschieden bei sich selbstverletzenden Personen Beachtung zu schenken. Die Relevanz des Arbeitens mit Copingstrategien bei der Prävention von SVV wurde bereits von verschiedenen Autoren hervorgehoben (Compas et al., 2001; Guerreiro et al., 2013; Thomassin et al., 2017). Präventionsprogramme könnten folglich ihre Effektivität steigern, indem sie darauf abzielen, das Stresserleben und die Copingstile der Betroffenen zu verändern.

Neuere Methoden mit Fokus auf Copingstrategien könnten die Zufriedenheit und Effektivität von Behandlungen für Betroffene von SVV erhöhen. Durch das Anerkennen des SVV als Copingstrategie wäre es in Hinblick auf klinisch-therapeutische Interventionen möglich, diese schädigende, emotionsorientierte Copingstrategie durch andere, positivere und auch problemorientierte Copingstrategien zu ersetzen. Wie auch anhand dieser und anderer Studien (Guerreiro et al., 2013; Kiekens et al., 2015; Santos et al., 2009; Trepal et al., 2015; Thomassin et al., 2017) ersichtlich, sind es besonders Copingstrategien der Unterstützungssuche, Planung und des optimistischen Denkens, die mit einem geringeren Risiko für SVV verbunden sind. Eine Stärkung dieser speziellen adaptiven Copingstrategien könnte auch eine sinnvolle Prävention gegenüber SVV darstellen. Somit sollten sowohl Präventions- als auch Interventionsbemühungen darauf ausgerichtet sein, negative durch konstruktivere Copingpraktiken zu ersetzen (Kiekens et al., 2015; Hasking et al., 2010; Williams & Hasking, 2010).

8 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Vielfältigkeit des SVV bei jungen Erwachsenen. Durch diese Untersuchung soll der Kenntnisstand diesbezüglich vor allem im jungen Erwachsenenalter ergänzt werden. Das primäre Ziel war, im Bereich des Copings und selbstverletzenden Verhaltens zu untersuchen, ob und inwieweit SVV als Copingstrategie junger Erwachsener dient. Zudem wurden Unterschiede im Copingverhalten, Stresserleben und dem Gefühl des Erwachsenseins Selbstverletzender und Nicht-Selbstverletzender festgehalten.

Oftmals wurde in Arbeiten auf die Bedeutung von Copingprozessen und -strategien bei SVV sowie der Möglichkeit, dass SVV eine eigenständige Copingstrategie ausmachen könnte, hingewiesen (Andover et al., 2007; Fliege et al., 2009; Guerreiro et al., 2013; Kiekens et al., 2015; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Marusic & Goodwin, 2006; Petermann & Nitkowski, 2015; Santos et al., 2009; Trepal et al., 2015; Thomassin et al., 2017; Wilcox et al.,

2012). Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass SVV als eigenständige Copingstrategie fungiert. Die mannigfaltigen Auslöser für selbstverletzende Handlungen führten zu einem erhöhten Maß an Erleichterung nach einer Selbstverletzung, wobei insbesondere positive Gefühle und interpersonelle Zuneigung als Auslöser für selbstverletzende Handlungen identifiziert werden konnten. Erleichterungsgefühle nach der Selbstverletzung scheinen maßgeblich in Verbindung zu SVV zu stehen.

Unterschiede zeigten sich auch in den verwendeten Copingstrategien Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender. So berichteten Personen mit SVV gehäuft von maladaptiven Copingstrategien, wie Alkohol und Drogen, Verhaltensrückzug und Selbstbeschuldigung. Gehäuft wurden von Nicht-Selbstverletzenden Copingstrategien der aktiven Bewältigung, der Inanspruchnahme emotioneller und instrumenteller Unterstützung von anderen und des Auslebens von Emotionen sowie des Erstellens von Handlungsplänen oder einer positiven Einstellung in belastenden Situationen, rückgemeldet.

Der erlebte Stress wurde hingegen von Selbstverletzenden in familiären Bereichen und dem übrigen Leben höher eingestuft als von Nicht-Selbstverletzenden. Es konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass es keine Unterschiede bezüglich des Gefühls Erwachsenzusein zwischen Selbstverletzenden und Nicht-Selbstverletzenden gab.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht, um die Faktoren, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von SVV verbunden sind, besser zu verstehen. Die vorliegende Untersuchung stellte fest, dass SVV mit einer Vielzahl von Faktoren in verschiedenen psychologischen Bereichen, wie den angewendeten Copingstrategien und dem Stresserleben, zusammenhängt. Es konnten auch erste Hinweise dafür erbracht werden, dass selbstverletzende Handlungen als eigenständiges, maladaptives Coping fungieren. Im Sinne des Copingverhaltens von Personen mit SVV sollte auch noch zukünftig der Frage nachgegangen werden, ob SVV eine eigene, maladaptive Copingstrategie darstellt und durch dysfunktionale allgemeine Copingstile begünstigt wird. Aufgrund der hier präsentierten Ergebnisse liegt die Vermutung nahe, dass SVV sowohl in Verbindung mit dysfunktionalen Copingstrategien steht als auch eine zusätzliche, eigenständige Copingstrategie darstellt. Es scheinen beide Funktionen gleichermaßen Gültigkeit zu erfahren. Zukünftige Studien sollten diese Prozesse längsschnittlich und experimentell mit einheitlichen Begriffsdefinitionen und Operationalisierungen untersuchen, um Präventions- und Interventionsbemühungen besser unterstützen zu können.

9 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Andover, M.S., & Morris, B.W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 569–575. doi:10.1177/070674371405901102
- Andover, M.S., Pepper, C.M., & Gibb, B.E. (2007). Self-Mutilation and Coping Strategies in a College Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 238–243. doi:suli.2007.37.2.238
- Armey, M.F., Crowther, J.H., & Miller, I.W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy*, 42(4), 579–588. doi:10.1016/j.beth.2011.01.002
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 491–498. doi:10.1007/s10826-013-9861-8
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Bastian, B., Jetten, J., & Fasoli, F. (2011). Cleansing the soul by hurting the flesh: The guilt-reducing effect of pain. *Psychological Science*, 22(3), 334–335. doi:10.1177/1948550612451156
- Bentley, K.H., Cassiello-Robbins, C.F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D.H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72–88. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.006
- Bresin, K. (2014). Five indices of emotion regulation in participants with a history of nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Behavior Therapy*, 45(1), 56–66. doi:10.1016/j.beth.2013.09.005
- Bresin, K., & Gordon, K.H. (2013a). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 62–66.
- Bresin, K., & Gordon, K.H. (2013b). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 374–383. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.01.020

- Bresin, K., & Schoenleber, M. (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
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 609–620. doi:10.1037/h0080369
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(4), 337–348. doi:10.1111/jcpp.12166
- Bureau, J.F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A.A., Lafontaine, M.F., & Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescents, 39*(5), 484–494. doi:10.1007/s10964-009-9470-4
- Burke, T.A., Hamilton, J.L., Abramson, L.Y., & Alloy, L.B. (2015). Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among adolescent girls. *Psychiatry Research, 228*(3), 416–424. doi:10.1016/j.psychres.2015.06.021
- Carver, C. (n.d.). COPE: Complete version. Retrieved 24 April 2018, from www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.html.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*, 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C.S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679–704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(1), 184–195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Cassels, M., & Wilkinson, P. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Paediatrics and Child Health, 26*(12), 554–558. doi:10.1016/j.paed.2016.08.006
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts

- and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37–48. doi:10.1016/j.jad.2017.03.035
- Chandler, A. (2014). *A sign that something is wrong: Young people talking about self-harm*. Edinburgh: Centre for Research on Families and Relationships.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Cramer, P. (2003). Personality change in later adulthood is predicted by defense mechanism use in early adulthood. *Journal of Research in Personality*, 37, 76–104. doi:10.1016/S0092-6566(02)00528-7
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychology Bulletin*, 127(1), 87–127.
- Cook, S., & Heppner, P. (1997). A psychometric study of three coping measures. *Educational and Psychological Measurement*, 57, 906–923. doi:10.1177/0013164497057006002
- Davidson, R.J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12, 307–330. doi:10.1080/026999398379628
- Dubow, E.F., & Rubinlicht, M. (2011). Coping. In B.B. Brown, & M.J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 109–118). San Diego, CA: Academic Press.
- Duggan, J., Heath, N., & Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 21. doi:10.1186/s13034-015-0052-9
- Edmondson, A.J., Brennan, C.A., & House, A.O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109–17. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
- Eichenberg, C. (2011). Psychotherapie und Internet. *Psychotherapeut*, 56(6), 468–474. doi: 10.1007/s00278-011-0865-9
- Eichenberg, C., & Schott, M. (2017). An Empirical Analysis of Internet Message Boards for Self-Harming Behavior. *Archives of Suicide Research*, 21(4), 672–686. doi: 10.1080/13811118.2016.1259597

- Endler, N.S., & Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.
- Fegert, J.M., Libal, G., & Plener, P.L. (2005). *Das Modifizierte Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar (MOUSI)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Ulm.
- Fliege, H., Lee, J.R., Grimm, A., & Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477–493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.
- Frank, R. (2005). Selbstverletzendes Verhalten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 153(11), 1082–1086. doi:10.1007/s00112-005-1235-x
- Franklin, J.C., Aaron, R.V., Arthur, M.S., Shorkey, S.P., & Prinstein, M.J. (2012). Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: The role of emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 691–700. doi:10.1016/j.comppsy.2011.11.008
- Franklin, J.C., Hessel, E.T., Aaron, R.V., Arthur, M.S., Heilbron, N., & Prinstein, M.J. (2010). The functions of nonsuicidal self-injury: Support for cognitive-affective regulation and opponent processes from a novel psycho-physiological paradigm. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 850–862. doi:10.1037/a0020896
- Franklin, J.C., Lee, K.M., Hanna, E.K., & Prinstein, M.J. (2013). Feeling worse to feel better: Pain-offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect. *Psychological Science*, 24(4), 521–529. doi:10.1177/0956797612458805
- Franklin, J.C., Puzia, M.E., Lee, K.M., Lee, G.E., Hanna, E.K., Spring, V.L., & Prinstein, M.J. (2013). The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury: A laboratory study. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 110–119. doi:10.1177/2167702612474440

- Franklin, J.C., Puzia, M.E., Lee, K.M., & Prinstein, M.J. (2014). Low implicit and explicit aversion toward self-cutting stimuli longitudinally predict nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 463–469. doi:
- Frey, M., & Von Ceumern-Lindenstjerna, I.A. (2009). Selbstverletzendes Verhalten und Emotionswahrnehmung. In R., Brunner, & F., Resch (Eds.), *Borderline-Störungen und selbstverletzende Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (pp. 49-65). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., ... Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry, 80*, 170–178. doi:10.1016/j.comppsy.2017.10.007
- Gerber, B., Yarali, A., Diegelmann, S., Wotjak, C.T., Pauli, P., & Fendt, M. (2014). Pain-relief learning in flies, rats, and man: Basic research and applied perspectives. *Learning and Memory, 21*, 232–252. doi:10.1101/lm.032995.113
- Glenn, C.R., Blumenthal, T.D., Klonsky, E.D., & Hajcak, G. (2011). Emotional reactivity in nonsuicidal self-injury: Divergence between self-report and startle measures. *International Journal of Psychophysiology, 80*(2), 166–170. doi:10.1016/j.ijpsycho.2011.02.016
- Glenn, C.R., & Klonsky, E.D. (2013). Non-suicidal self-Injury disorder: An empirical investigation in adolescents psychiatric patients. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology, 42*(4), 495–507. doi 10.1080/15374416.2013.794699
- Gratz, K.L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 192–205. doi:10.1093/clipsy/bpg022
- Gratz, K.L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(2), 238–250. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94

- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 14–25. doi:10.1080/16506070701819524
- Groschwitz, R.C., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U.M.E., Brunner, R., ... Plener, P.L. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 228(3), 454–461. doi:10.1016/j.psychres.2015.06.019
- Groschwitz, R.C., Plener, P.L., Kaess, M., Schumacher, T., Stoehr, R., & Boege, I. (2015). The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC Psychiatry*, 15(1), 160. doi:10.1186/s12888-015-0555-1
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Guerreiro, D.F., Cruz, D., Frasquilho, D., Santos J.C., Figueira, M.L., & Sampaio, D. (2013). Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Archive of Suicide Research*, 17, 91–105. doi:10.1080/13811118.2013.776439.
- Hamza, C.A., Willoughby, T., & Armiento, J. (2014). A laboratory examination of pain threshold and tolerance among nonsuicidal self-injurers with and without self-punishing motivations. *Archives of Scientific Psychology*, 2(1), 33–42. doi:10.1037/arc0000008
- Hasking, P.A., Coric, S.J., Swannell, S., Martin, G., Thompson, H.K., & Frost, A.D.J. (2010). Brief report: Emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury. *Journal of Adolescence*, 33(5), 767–773. doi:10.1016/j.adolescence.2009.12.006
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2016). A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543–1556. doi:10.1080/02699931.2016.1241219
- Hawton, K., & Harriss, L. (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 357–468. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01852.x
- Holm, A., & Seveinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: a Norwegian hermeutic study. *Nursing and Health Sciences*, 12(1), 52–57. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x

- Hooley, J.M., & Franklin, J.C. (2018). Why Do People Hurt Themselves? A New Conceptual Model of Nonsuicidal Self-Injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428–451. doi: 10.1177/2167702617745641
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K.M., & O'Connor, R.C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 306–312. doi:10.1192/bjp.bp.114.146514
- In-Albon, T., Becker, K., Brunner, R., Brown, R.C., Kaess, M., Kapusta, N.D., ... Plener, P.L. (2017). Diagnostik und Behandlung nichtsuizidaler Selbstverletzungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 46(1), 2–10. doi: 10.1026/1616-3443/a000398
- In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 7(5), 1–12. doi:10.1155/2013/159208
- Jacobson, C.M., & Gould, M. (2007). The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147. doi:10.1080/13811110701247602
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1–19. doi:10.1080/13811118.2013.748404
- Joiner, T.E., Ribeiro, J.D., & Silva, C. (2012). Nonsuicidal self- injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 342–347. doi: 10.1177/2167702612454873
- Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Edanackaparampil, M., Schmidt, J. & Kirisgil, M., ... Resch, F. (2016). Association of adolescent dimensional borderline personality pathology with past and current nonsuicidal self-injury and lifetime suicidal behavior: A clinical multicenter study. *Psychopathology*, 49, 356–363. doi:10.1159/000448481
- Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, C., Resch, F., & Brunner, R. (2012). Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*, 37(1), 157–161. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.05.009

- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P.L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, B. (2013). Adverse childhood experiences and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206, 265–272. doi:10.1016/j.psychres.2012.10.012
- Kapfhammer, H.P. (2003). Artifizielle Störungen und Simulation. In: Möller, H.J., Laux, G., & Kapfhammer, H.P. (Eds), *Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 1456-1469). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kiekens, G., Bruffaerts, R., Nock, M. K., Van De Ven, M., Witteman, C., Mortier, P., ... Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *European Psychiatry*, 30, 743–749. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.06.007
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239. doi:0.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260–268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E.D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981–1986. doi:10.1017/S0033291710002497
- Klonsky, E.D., & Olino, T.F. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22–27. doi:10.1037/0022-006X.76.1.22
- Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Laukkanen, E., Rissanen, M.-L., Tolmunen, T., Kylmä, J., & Hintikka, J. (2013). Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(8), 501–510. doi:10.1007/s00787-013-0390-1
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457. doi:10.1007/s10964-005-7262-z
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping*. New York: MacGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819–834.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

- Lazarus, R.S. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 55, 665–673. doi:10.1037//0003-066X.55.6.665
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lev-Wiesel, R., & Zohar, G. (2014). The role of dissociation in self-injurious behavior among female adolescents who were sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(7), 824–839. doi:10.1080/10538712.2014.950399
- Liu, X., Chen, H., Bo, Q.-G., Fan, F., & Jia, C.-X. (2017). Poor sleep quality and nightmares are associated with non-suicidal self-injury in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 271–279. doi:10.1007/s00787-016-0885-7
- Lloyd-Richardson, E.E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M.L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183–1192. doi:10.1017/S003329170700027X
- Mahtani, S., Melvin, G.A., & Hasking, P. (2018). Shame Proneness, Shame Coping, and Functions of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) Among Emerging Adults: A Developmental Analysis. *Emerging Adulthood*, 6(3), 159–171. doi:10.1177/2167696817711350
- Martin, J., Bureau, J.-F., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent–child relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170–180. doi:10.1016/j.adolescence.2016.03.015
- Martin, J., Cloutier, P.F., Levesque, C., Bureau, J.F., Lafontaine, M.F., & Nixon, M. K. (2013). Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. *Psychological assessment*, 25(3), 1013–1018. doi:10.1037/a0032575
- Marusic, A., & Goodwin, R.D. (2006). Suicidal and Deliberate Self-Harm Ideation Among Patients with Physical Illness: The Role of Coping Styles. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 323–328. doi:10.1521/suli.2006.36.3.323
- McLane, J. (1996). The voice on the skin: Self-mutilation and Merleau-Ponty's theory of language. *Hypatia*, 11(4), 107–118. doi:10.1111/j.1527-2001.1996.tb01038.x
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243. doi:10.1016/S0140-6736(11)61141-0

- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. doi:10.1186/1753-2000-6-10
- Müller, A., Claes, L., Smits, D., Brähler, E., & de Zwaan, M. (2016). Prevalence and Correlates of Self-Harm in the German General Population. *PLOS ONE*, 11(6): e0157928. doi: 10.1371/journal.pone.0157928
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333–1341. doi: 10.1097/00004583-200211000-00015
- Nock, M.K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. doi: 10.1111%2Fj.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Jr., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M.K., Prinstein, M.J., & Sterba, S.K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816–827. doi: 10.1037/a0016948
- Palmer, E., Welsh, P., & Tiffin, P.A. (2016). Perceptions of family functioning in adolescents who self-harm. *Journal of Family Therapy*, 38(2), 257–273. doi:10.1111/1467-6427.12069
- Petermann, F., & Nitkowski, D. (2015). *Selbstverletzendes Verhalten* (3rd ed.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Petermann, F., & Winkel, S. (2007). Selbstverletzendes Verhalten: Diagnostik und psychotherapeutische Ansätze. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 123–133. doi:10.1024/1661-4747.55.2.123
- Plener, P.L., Allroggen, M., Kapusta, N.D., Brähler, E., Fegert, J.M., & Groschwitz, R.C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, 16(1), 353. doi:10.1186/s12888-016-1060-x

- Plener, P.L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J.M., & Libal, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(2), 77–89. doi:10.1024/1422-4917.a000015
- Plener, P.L., Fischer, C.J., In-Albon, T., Rollett, B., Nixon, M.K., Groschwitz, R.C., & Schmid, M. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: Comparing prevalence rates from three community samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1439–1445. doi:10.1007/s00127-012-0645-z
- Plener, P.L., Kapusta, N.D., Brunner, R., & Kaess, M. (2014). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (SVS) im DSM-5. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 42(6), 405–413. doi:10.1024/1422-4917/a000319
- Priebe, K., Schmahl, C., & Stiglmayr, C. (2013). *Dissoziation, Theorie und Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Prinstein, M.J., Heilbron, N., Guerry, J.D., Franklin, J.C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 669–682. doi:10.1007/s10802-010-9423-0
- Rayner, G.C., Allen, S.L., & Johnson, M. (2005). Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 12–19. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03344.x
- Reicherzer, M., & Brandl, T. (2011). Der Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV) – ein neues Erhebungsinstrument für die klinische Praxis. *Psychotherapie*, 16(2), 199–205.
- Resch, F. (2017). *Selbstverletzung als Selbstfürsorge: Zur Psychodynamik selbstschädigenden Verhaltens bei Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ribeiro, J.D., Franklin, J.C., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Chang, B.P., & Nock, M.K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. doi:10.1017/S0033291715001804
- Rollett, B., Florack, A., Gaderer, R., & Klinger, D. (2014). *Untersuchungen zur längsschnittlichen Entwicklung des Selbstregulationsfokus nach Higgins*. Vortrag, 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bochum.

- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67–77. doi:10.1023/A:1014089117419
- Samms, C., & Friedel, C.R. (2013). Cognitive Style Differences and Student Coping Behavior. *Academy Of Educational Leadership Journal*, 17(1), 85–101.
- Santos, J.C., Saraiva, C.B., & De Sousa, L. (2009). The Role of Expressed Emotion, Self-Concept, Coping, and Depression in Parasuicidal Behavior: A Follow-up Study. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 358–367. doi:10.1080/13811110903266590
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Research monographs in adolescence. Stress, coping, and relationships in adolescence*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Selby, E.A., Bender, T.W., Gordon, K.H., Nock, M.K., & Joiner, T.E., Jr. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167–175. doi:10.1037/a0024405
- Skinner, E.A., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping. *Annual Review Psychology*, 58, 119–144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Snyder, C.R. (2001). *Coping with stress: Effective people and processes*. New York: Oxford University Press.
- Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620–625. doi:10.1037/0003-066X.55.6.620
- Sornberger, M.J., Smith, N.G., Toste, J.R., & Heath, N.L. (2013). Nonsuicidal Self-Injury, Coping Strategies, and Sexual Orientation. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 571–583. doi: 10.1002/jclp.21947
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554. doi:10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A., Hasking, P., & St John, N.J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. doi:10.1111/sltb.12070
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896. doi:10.1007/s10802-013-9837-6

- Taylor, P.J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J.M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769. doi:10.1016/j.jad.2017.11.073
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping: Linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55(6), 626–636. doi:10.1037/0003-066X.55.6.626
- Thomassin, K., Marion, C.G., Venasse, M., & Shaffer, A. (2017). Specific coping strategies moderate the link between emotion expression deficits and nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 21. doi:10.1186/s13034-017-0158-3
- Trepal, H.C., Wester, K.L., & Merchant, E. (2015). A cross-sectional matched sample study of nonsuicidal self-injury among young adults: support for interpersonal and intrapersonal factors, with implications for coping strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 36. doi:10.1186/s13034-015-0070-7
- Victor, S.E., Glenn, C.R., & Klonsky, E.D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197, 73–77. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.011
- Walsh, B.W. (2008). *Treating self-injury*. New York: Guilford Press.
- Weinberg, A., & Klonsky, E.D. (2012). The effects of self- injury on acute negative arousal: A laboratory simulation. *Motivation and Emotion*, 36(2), 242–254. doi:10.1007/s11031-011-9233-x
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. doi:10.1542/peds.2005-2543
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691–698. doi:10.1080/07448481.2010.529626
- Whitlock, J.L., Powers, J.L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Journal of Developmental Psychology*, 42(3), 407–417. doi:10.1037/0012-1649.42.3.000
- Whitlock, J., Prussien, K., & Pietrusza, C. (2015). Predictors of self-injury cessation and subsequent psychological growth: results of a probability sample survey of students in

- eight universities and colleges. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 19. doi:10.1186/s13034-015-0048-5
- Wilcox, H.C., Arria, A.M., Caldeira, K.M., Vincent, K.B., Pinchevsky, G.M., & O'Grady, K.E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological Medicine*, 42(4), 717–726. doi:10.1017/S0033291711001814
- Williams, F., & Hasking, P. A. (2010). Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prevention Science*, 11, 33–41. doi:10.1007/s11121-009-0147-8
- Wong, M.M., Brower, K.J., & Zucker, R.A. (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 505–511. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.09.005
- You, J., Lin, M.P., Fu, K., & Leung, F. (2013). The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 993–1004. doi:10.1007/s10802-013-9734-z
- You, J., Lin, M.-P., & Leung, F. (2015). A longitudinal moderated mediation model of nonsuicidal self-injury among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 381–390. doi:10.1007/s10802-014-9901-x
- Yates, T.M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35–74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9. doi:10.1186/s13034-015-0062-7

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Charakteristika Geschlecht getrennt nach SVV	37
Tabelle 2 Itemparameter der Stress-Indikatoren zur Erfassung des Stresserlebens	40
Tabelle 3 Reliabilitätsanalyse der 14 Skalen des Brief COPE	41
Tabelle 4 Reliabilitätsanalyse für die Auslöser-Items des adaptierten Fragebogens	42
Tabelle 5 1-Monats-Prävalenz der Gedanken an NSSV	43
Tabelle 6 6-Monats-Prävalenz der Gedanken an NSSV	44

Tabelle 7 <i>Durchschnittliche Auftrittshäufigkeit des SVV in „Krisenzeiten“ und „ruhigen“ Zeiten</i>	45
Tabelle 8 <i>Häufigkeiten der labilisierenden Bedingungen in den letzten sechs Monaten</i>	45
Tabelle 9 <i>Häufigkeiten der Mitwissenden des SVV</i>	46
Tabelle 10 <i>Häufigkeiten des Druckempfindens vor Selbstverletzung</i>	47
Tabelle 11 <i>Häufigkeiten des Hilfreich Seins der genannten Gründe</i>	48
Tabelle 12 <i>Häufigkeiten der von selbstverletzenden Handlungen betroffenen Körperregionen zu Beginn des SVV und in letzter Zeit</i>	48
Tabelle 13 <i>Häufigkeiten der Methoden der Selbstverletzung zu Beginn des SVV</i>	49
Tabelle 14 <i>Häufigkeiten der zum Zeitpunkt der Befragung verwendeten Methoden der Selbstverletzung</i>	50
Tabelle 15 <i>Häufigkeiten des Erleichterungsgefühls nach der Selbstverletzung</i>	51
Tabelle 16 <i>Häufigkeiten des Anhaltensdauer des Erleichterungsgefühls</i>	53
Tabelle 17 <i>Häufigkeiten der vergangenen Zeit zwischen Gedanken an und Ausführung des SVV</i>	53
Tabelle 18 <i>Häufigkeiten der Angaben zu stressigen Situationen, die SVV auslösen</i>	54
Tabelle 19 <i>Häufigkeiten des Empfindens von körperlichem Schmerz</i>	54
Tabelle 20 <i>Häufigkeiten der Ablenkungsstrategien zum Widerstehen des SVV</i>	55
Tabelle 21 <i>Häufigkeiten der subjektiv als erfolgreich erlebten Ablenkungsstrategien</i>	55
Tabelle 22 <i>Häufigkeiten der bisher erhaltenen Behandlungsmethoden</i>	56
Tabelle 23 <i>Häufigkeiten der Einschätzung des Hilfreich Seins der bisher erhaltenen Behandlungsmethoden</i>	57
Tabelle 24 <i>Verteilungsunterschiede bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins bei weiblichen Nicht- Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den drei Altersgruppen</i>	58
Tabelle 25 <i>Verteilungsunterschiede bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins bei weiblichen Nicht- Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den drei Altersgruppen</i>	59
Tabelle 26 <i>Verteilungsunterschiede bezüglich des Gefühls des Erwachsenseins innerhalb der Gesamtstichprobe in den drei Altersgruppen</i>	60
Tabelle 27 <i>Verteilungsunterschiede des Gefühls des Erwachsenseins in der Gesamtstichprobe der Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den drei Altersgruppen</i>	61
Tabelle 28 <i>Unterschiede bei weiblichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden bezüglich der Stress-Indikatoren (t-Tests)</i>	62

Tabelle 29 Unterschiede bei männlichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden bezüglich der Stress-Indikatoren (t-Tests)	63
Tabelle 30 Koeffizienten der binär logistischen Regressionsanalyse unter Einschluss der Prädiktoren „Stress übriges Leben“ und „Stress Familie“ für das Kriterium SVV	64
Tabelle 31 Klassifikationsmatrix der Häufigkeiten für die Vorhersage des Kriteriums	64
Tabelle 32 Unterschiede bei weiblichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den Brief COPE-Skalen (t-Tests)	65
Tabelle 33 Unterschiede bei männlichen Nicht-Selbstverletzenden und Selbstverletzenden in den Brief COPE-Skalen (t-Tests)	66
Tabelle 34 Kennwerte der Brief COPE-Skalen in Gegenüberstellung der fünf Cluster	68
Tabelle 35 Koeffizienten der Spearmanschen Rangkorrelation für den Zusammenhang des Verspürens des Gefühls der Erleichterung und des Druckempfindens	77
Tabelle 36 Faktorladungen der 27 Auslöser-Items des adaptierten Fragebogens zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie	78
Tabelle 37 Reliabilitätsanalyse Faktor 1	79
Tabelle 38 Reliabilitätsanalyse Faktor 2	79
Tabelle 39 Reliabilitätsanalyse Faktor 3	80
Tabelle 40 Koeffizienten Regressionsanalyse unter Einschluss der Prädiktoren „Faktor 1“, „Faktor 2“ und „Faktor 3“ für das Kriterium Verspüren des Erleichterungsgefühls	81

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Pain Offset Relief	17
Abbildung 2. Nutzen und Barrieren des Nutzen und Barrieren-Modells	19
Abbildung 3. Erweiterung des Nutzen und Barrieren-Modells	29
Abbildung 4. Wohnsituation Selbstverletzender und Nicht-Selbstverletzender	38
Abbildung 5. Formaler Bildungsgrad Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender	38
Abbildung 6. Haupttätigkeit Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender	39
Abbildung 7. Beziehungsstatus Nicht-Selbstverletzender und Selbstverletzender	39
Abbildung 8. Häufigkeit NSSV im vergangenen Monat	43
Abbildung 9. Häufigkeit NSSV in vergangenen sechs Monaten	44
Abbildung 10. Verteilung der Häufigkeit der Zustimmung zu den Auslösern	51
Abbildung 11. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle des Ausmaßes der Erleichterung für die 27 Auslöser	52

<i>Abbildung 12.</i> Anteilswerte der ermittelten 5 Cluster der Copingstrategien	68
<i>Abbildung 13.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Ablenkung“	69
<i>Abbildung 14.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Aktive Bewältigung“	69
<i>Abbildung 15.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Verleugnung“	69
<i>Abbildung 16.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Alkohol und Drogen“	69
<i>Abbildung 17.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Emotionelle Unterstützung“	70
<i>Abbildung 18.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Instrumentelle Unterstützung“	70
<i>Abbildung 19.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Verhaltensrückzug“	70
<i>Abbildung 20.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Ausleben von Emotionen“	70
<i>Abbildung 21.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Positive Umdeutung“	71
<i>Abbildung 22.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Planung“	71
<i>Abbildung 23.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Humor“	71
<i>Abbildung 24.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Akzeptanz“	71
<i>Abbildung 25.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Religion“	72
<i>Abbildung 26.</i> Mittelwerte, Standardfehler und post hoc Vergleich der Copingstrategie „Selbstbeschuldigung“	72
<i>Abbildung 27.</i> Profil der fünf Cluster	75

12 Anhang**Anhang 1: Übersetzung des Brief COPE**

Skala	Itemnr.	neue deutsche Formulierung	ursprüngliche englische Formulierung
Ablenkung	1)	Ich habe mich mit meiner Arbeit oder anderen Aktivitäten beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.	I've been turning to work or other activities to take my mind off things.
Ablenkung	19)	Ich habe etwas unternommen, um weniger darüber nachzudenken.	I've been doing something to think about it less.
Aktive Bewältigung	2)	Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.
Aktive Bewältigung	7)	Ich habe aktiv Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern.	I've been taking action to try to make the situation better.
Verleugnung	3)	Ich habe zu mir selbst gesagt, dass das alles nicht der Realität entspricht.	I've been saying to myself "this isn't real."
Verleugnung	8)	Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert ist.	I've been refusing to believe that it has happened.
Alkohol und Drogen	4)	Ich habe Alkohol oder andere Drogen zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.	I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.
Alkohol und Drogen	11)	Ich habe Alkohol oder andere Drogen zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.	I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.
Emotionelle Unterstützung	5)	Ich habe emotionale Unterstützung von anderen erhalten.	I've been getting emotional support from others.
Emotionelle Unterstützung	15)	Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	I've been getting comfort and understanding from someone.
Instrumentelle Unterstützung	10)	Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	I've been getting help and advice from other people.
Instrumentelle Unterstützung	23)	Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	I've been trying to get advice or help from other people about what to do.
Verhaltensrückzug	6)	Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	I've been giving up trying to deal with it.

Skala	Itemnr.	neue deutsche Formulierung	ursprüngliche englische Formulierung
Verhaltens- rückzug	16)	Ich habe es aufgegeben, zu versuchen, die Situation in den Griff zu bekommen.	I've been giving up the attempt to cope.
Ausleben von Emotionen	9)	Ich habe Dinge zu mir selbst gesagt, um meine unangenehmen Gefühlen zum Verschwinden zu bringen.	I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.
Ausleben von Emotionen	21)	Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	I've been expressing my negative feelings.
Positive Umdeutung	12)	Ich habe versucht, die Dinge aus einer anderen Perspektive zu betrachten, um sie positiver erscheinen zu lassen.	I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.
Positive Umdeutung	17)	Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist.	I've been looking for something good in what is happening.
Planung	14)	Ich habe versucht, einen Handlungsplan zu entwickeln, was ich tun kann.	I've been trying to come up with a strategy about what to do.
Planung	25)	Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, welche Schritte unternommen werden müssen.	I've been thinking hard about what steps to take.
Humor	18)	Ich habe Witze darüber gemacht.	I've been making jokes about it.
Humor	28)	Ich habe die Situation mit Humor genommen.	I've been making fun of the situation.
Akzeptanz	20)	Ich habe mich mit der Tatsache abgefunden, dass es passiert ist.	I've been accepting the reality of the fact that it has happened.
Akzeptanz	24)	Ich habe gelernt, damit zu leben.	I've been learning to live with it.
Religion	22)	Ich habe versucht, Halt in meinem religiösen Glauben oder meiner Spiritualität zu finden.	I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.
Religion	27)	Ich habe gebetet oder meditiert.	I've been praying or meditating.

Skala	Itemnr.	neue deutsche Formulierung	ursprüngliche englische Formulierung
Selbst- beschuldigung	13)	Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.	I've been criticizing myself.
Selbst- beschuldigung	26)	Ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben.	I've been blaming myself for things that happened.

Anhang 2: Verwendete Items des MOUSI's

MOUSI 1

- (a) Wie oft haben Sie im vergangenen Monat daran gedacht sich selbst zu verletzen (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?

Antwortformat: nie, mind. einmal, wöchentlich, täglich

- (b) Wie oft haben Sie im vergangenen Monat sich tatsächlich selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?

Antwortformat: nie, mind. einmal, wöchentlich, täglich

MOUSI 2

- (a) Wie oft haben Sie in den vergangenen 6 Monaten daran gedacht sich selbst zu verletzen (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?

Antwortformat: nie, mind. einmal, wöchentlich, täglich

- (b) Wie oft haben Sie in den vergangenen 6 Monaten sich tatsächlich selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?

Antwortformat: nie, mind. einmal, wöchentlich, täglich

MOUSI 5

- (a) Wurden Sie jemals von einem Arzt behandelt nachdem Sie sich absichtlich selbst verletzt haben? (Zum Beispiel Nähen, Verband, etc.)

Antwortformat: Ja, Nein

- (b) Wie oft hat Sie im letzten Jahr ein Arzt behandelt nachdem Sie sich absichtlich selbst verletzt haben?

Antwortformat: offen

MOUSI 6

- (a) Waren Sie jemals im Krankenhaus weil Sie sich absichtlich selbst verletzt haben?

Antwortformat: Ja, Nein

- (b) Wenn Sie jemals im Krankenhaus waren, weil Sie sich absichtlich selbst verletzt haben: Wie oft sind Sie deswegen im letzten Jahr über Nacht in einer Notaufnahme behandelt worden?

Antwortformat: offen

- (c) Wie oft sind Sie deswegen im letzten Jahr in ein Krankenhaus eingewiesen worden?

Antwortformat: offen

MOUSI 7

- (a) Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben sich selbst zu verletzen?

Antwortformat: offen

MOUSI 8

- (a) Woher hatten Sie die Idee, als Sie sich das erste Mal selbst verletzt haben?

Antwortformat:

Ich habe darüber im Internet gelesen.

Ich habe darüber in einem Buch oder einem Magazin gelesen.

Ich habe es bei anderen Leuten gesehen (außerhalb eines Krankenhauses).

Ich habe es bei anderen Leuten gesehen (in einem Krankenhaus).

Ich habe davon von anderen Leuten gehört (außerhalb eines Krankenhauses).

Ich habe davon von anderen Leuten gehört (in einem Krankenhaus).

Ich habe darüber in einem Web Blog gelesen.

Ich habe es in einem Film oder im Fernsehen gesehen.

Es war meine eigene Idee.

Andere (bitte erläutern)

MOUSI 9

(a) Wenn Sie den Druck verspüren sich selbst zu verletzen:

Ist der Druck stressig/ regt der Druck Sie auf?

(b) Wenn Sie den Druck verspüren sich selbst zu verletzen:

Ist der Druck angenehm?

(c) Wenn Sie den Druck verspüren sich selbst zu verletzen:

Ist der Druck bedrängend?

Antwortformat: Überhaupt nicht, Ein wenig, Sehr, Voll und ganz

MOUSI 10

(a) Verletzen Sie sich nur nachdem Sie Drogen oder Alkohol konsumiert haben?

Antwortformat: Ja, Nein

MOUSI 11

(a) Lassen Sie andere Leute davon wissen, dass Sie sich selbst verletzen?

Antwortformat: niemanden, ein paar Leute, die meisten Leute

(b) Wem erzählen Sie dann davon?

Antwortformat:

Freund(e)

Familienmitglieder

Partner/in

Psycholog/innen oder Psychiater/innen

Hausarzt/ärztin

anderen Berater/innen

Telefonberatung

Anderen (bitte erläutern)

MOUSI 12

(a) Welche Körperteile haben Sie schon einmal selbst verletzt/ verletzen Sie selbst? Bitte kreuzen Sie alle Körperstellen an die zutreffen.

Als Sie begonnen haben?

Antwortformat: Arme, Beine, Bauch, Kopf, Andere

(b) Welche Körperteile haben Sie schon einmal selbst verletzt/ verletzen Sie selbst? Bitte kreuzen Sie alle Körperstellen an die zutreffen.

In letzter Zeit?

Antwortformat: Arme, Beine, Bauch, Kopf, Andere

MOUSI 13

(a) Auf welche Art(en) haben Sie sich schon selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)? Bitte kreuzen Sie alles zutreffende an.

Als Sie begonnen haben?

Antwortformat:

Schneiden
Kratzen
Wundheilung verzögern
Verbrennen
Beißen
(irgendwo dagegen) Schlagen
Haare ausreißen
Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen
Die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen
Körperteile piercen
Exzessiver illegaler Drogengebrauch
Exzessiver Alkoholgebrauch
Versuch sich Knochen zu brechen
Headbanging
Zuviel Medikamente einnehmen
Zu wenig Medikamente einnehmen
Das Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr bestimmt sind
Andere Arten (bitte erläutern)
(b) Auf welche Art(en) haben Sie sich schon selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)? Bitte kreuzen Sie alles zutreffende an.
In letzter Zeit?

Antwortformat:

Schneiden
Kratzen
Wundheilung verzögern
Verbrennen
Beißen
(irgendwo dagegen) Schlagen
Haare ausreißen
Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen
Die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen
Körperteile piercen
Exzessiver illegaler Drogengebrauch
Exzessiver Alkoholgebrauch
Versuch sich Knochen zu brechen
Headbanging
Zuviel Medikamente einnehmen
Zu wenig Medikamente einnehmen
Das Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr bestimmt sind
Andere Arten (bitte erläutern)
(c) Welche der genannten Arten verwenden Sie am häufigsten um sich selbst zu verletzen?

Antwortformat:

Schneiden
Kratzen
Wundheilung verzögern
Verbrennen
Beißen
(irgendwo dagegen) Schlagen

Haare ausreißen
Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen
Die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen
Körperteile piercen
Exzessiver illegaler Drogengebrauch
Exzessiver Alkoholgebrauch
Versuch sich Knochen zu brechen
Headbanging
Zuviel Medikamente einnehmen
Zu wenig Medikamente einnehmen
Das Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr bestimmt sind
Andere Arten (bitte erläutern)

MOUSI 14

(a) Warum glauben Sie, dass Sie angefangen haben sich selbst zu verletzen?

Um unerträgliche Spannung loszuwerden
Um mich wie auf Drogen "high" zu fühlen
Damit meine Eltern aufhören böse mit mir zu sein
Um damit aufzuhören mich alleine und leer zu fühlen
Damit sich andere Menschen um mich kümmern oder mir Aufmerksamkeit schenken
Um mich selbst zu bestrafen
Um ein Gefühl der Erregung zu bekommen, dass sich sehr gut anfühlt
Um Nervosität/ Ängstlichkeit abzubauen
Um zu vermeiden, dass ich Probleme für etwas bekomme, das ich getan habe
Um mich von unliebsamen Erinnerungen abzulenken
Um meinen Körper oder mein Aussehen zu verändern
Um einer Gruppe anzugehören
Um Ärger loszuwerden
Damit mein(e) Freund/ Freundin aufhört böse auf mich zu sein
Um anderen zu zeigen wie verletzt oder "kaputt" ich bin
Um anderen zu zeigen wie stark oder "hart" ich bin
Um unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen entfliehen zu können
Um Stimmen in- oder außerhalb meines Kopfes zu befriedigen, die mir sagen, dass ich es tun soll
Um körperliche Schmerzen an einer Stelle zu fühlen, dann, wenn der andere Schmerz, den ich fühle, unerträglich wird
Damit die Leute damit aufhören soviel von mir zu erwarten
Um mich von einem traurigen Gefühl oder vom "down" sein zu erleichtern
Um Kontrolle in einer Situation zu haben, in der ich von niemandem beeinflusst werden kann
Um mich vom Denken an Selbstmord abzuhalten
Um mich von Selbstmordversuchen abzuhalten
Um mich „real“ zu fühlen, wenn ich mich wie betäubt und außerhalb der Wirklichkeit fühle
Um Frustration loszuwerden
Um aufzuhören etwas zu tun, was ich nicht tun will
Es gibt keinen bestimmten Grund, den ich benennen könnte. Es geschieht eben manchmal
Um mir selbst zu beweisen, wieviel ich aushalten kann
Um mich sexuell zu erregen
Um sexuelle Erregung zu verringern

(b) Warum glauben Sie, dass Sie weitermachen sich selbst zu verletzen?

Um unerträgliche Spannung loszuwerden
Um mich wie auf Drogen "high" zu fühlen
Damit meine Eltern aufhören böse mit mir zu sein
Um damit aufzuhören mich alleine und leer zu fühlen
Damit sich andere Menschen um mich kümmern oder mir Aufmerksamkeit schenken
Um mich selbst zu bestrafen
Um ein Gefühl der Erregung zu bekommen, dass sich sehr gut anfühlt
Um Nervosität/ Ängstlichkeit abzubauen
Um zu vermeiden, dass ich Probleme für etwas bekomme, das ich getan habe
Um mich von unliebsamen Erinnerungen abzulenken
Um meinen Körper oder mein Aussehen zu verändern
Um einer Gruppe anzugehören
Um Ärger loszuwerden
Damit mein(e) Freund/ Freundin aufhört böse auf mich zu sein
Um anderen zu zeigen wie verletzt oder "kaputt" ich bin
Um anderen zu zeigen wie stark oder "hart" ich bin
Um unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen entfliehen zu können
Um Stimmen in- oder außerhalb meines Kopfes zu befriedigen, die mir sagen, dass ich es tun soll
Um körperliche Schmerzen an einer Stelle zu fühlen, dann, wenn der andere Schmerz, den ich fühle, unerträglich wird
Damit die Leute damit aufhören soviel von mir zu erwarten
Um mich von einem traurigen Gefühl oder vom "down" sein zu erleichtern
Um Kontrolle in einer Situation zu haben, in der ich von niemandem beeinflusst werden kann
Um mich vom Denken an Selbstmord abzuhalten
Um mich von Selbstmordversuchen abzuhalten
Um mich „real“ zu fühlen, wenn ich mich wie betäubt und außerhalb der Wirklichkeit fühle
Um Frustration loszuwerden
Um aufzuhören etwas zu tun, was ich nicht tun will
Es gibt keinen bestimmten Grund, den ich benennen könnte. Es geschieht eben manchmal
Um mir selbst zu beweisen, wieviel ich aushalten kann
Um mich sexuell zu erregen
Um sexuelle Erregung zu verringern
Antwortformat: nie ein Grund, selten ein Grund, manchmal ein Grund, öfters ein Grund, immer ein Grund

MOUSI 15

(a) Fühlen Sie Erleichterung (fühlen Sie sich besser), nachdem Sie sich verletzt haben?

Antwortformat: nie, selten, manchmal, öfters, immer

(b) Wenn Sie Erleichterung spüren, wie lange hält diese Erleichterung an?

Antwortformat: weniger als 1 Minute, 1 Minute bis 5 Minuten, 6 Minuten bis 30 Minuten, 31 bis 60 Minuten, Stunden, Tage, Ich spüre keine Erleichterung

MOUSI 16

(a) Wenn Sie hier einen Grund sehen, warum Sie weitermachen sich selbst zu verletzen, dann bewerten Sie bitte wie hilfreich dieser für Sie ist.

Um unerträgliche Spannung loszuwerden

Um Ärger loszuwerden

Um Frustration loszuwerden

Um Nervosität loszuwerden

Um mich von einem traurigen Gefühl oder vom “down” sein zu erleichtern
Antwortformat: überhaupt nicht hilfreich, nicht wirklich hilfreich, etwas hilfreich, hilfreich, extrem hilfreich

MOUSI 17

(a) Wenn Sie einmal daran denken sich selbst zu verletzen, tun Sie es dann auch immer?

Antwortformat: Ja, Nein

MOUSI 18

(a) Wenn Sie sich absichtlich selbst verletzen: Wie viel Zeit vergeht im Durchschnitt zwischen dem Gedanken daran und der Ausführung?

Antwortformat: weniger als 1 Minute, 1 Minute bis 5 Minuten, 6 Minuten bis 30 Minuten, über 30 Minuten aber weniger als eine Stunde, Stunden, Tage

MOUSI 19

(a) Verletzen Sie sich selbst oder denken Sie daran sich selbst zu verletzen, wenn „stressige“ Dinge geschehen?

Antwortformat: nie, selten, manchmal, öfters, immer

(b) Wenn Sie sich selbst verletzen oder daran denken, wenn "stressige" Dinge geschehen: Welche Art von Stress bringt Sie üblicherweise dazu Ihre Gedanken an Selbstverletzungen in die Tat umzusetzen?

Antwortformat: Verlassenwerden, Versagen, Verlust, Zurückweisung, Andere

MOUSI 20

(a) Fühlen Sie körperlichen Schmerz, wenn Sie sich selbst verletzen?

Antwortformat: nie, selten, manchmal, öfters, immer

MOUSI 21

(a) Seitdem Sie begonnen haben sich selbst zu verletzen, ist Ihnen aufgefallen, dass...:
das selbstverletzende Verhalten häufiger stattfindet, als Sie es beabsichtigen?
die Schwere der Selbstverletzungen zunimmt? (z.B.: tiefere Schnitte, größere Bereiche Ihres Körpers)

Sie sich für den gleichen Effekt jetzt häufiger oder schwerer verletzen müssen? (für den Fall, dass das selbstverletzende Verhalten, als Sie damit begonnen haben, irgendeinen Effekt bei Ihnen ausgelöst hat)

Ihr selbstverletzendes Verhalten, oder das Denken daran einen großen Teil Ihrer Zeit in Anspruch nimmt? (z.B.: daran Denken und Planen, Sammeln und Verstecken von scharfen Gegenständen, Durchführung und Erholung)

obwohl Sie das Verlangen haben das Verhalten zu verringern oder zu kontrollieren, Sie es nicht schaffen?

Sie dieses Verhalten weiterführen, obwohl Sie bemerken, dass es Ihnen körperlich und/oder emotionalen Schaden zufügt?

Sie wichtige soziale, akademische (schulische), berufliche oder Freizeit Aktivitäten aufgeben oder verringern um dieses Verhalten aufrechtzuerhalten?

Antwortformat: nie, selten, manchmal, öfters, immer

MOUSI 22

(a) Wenn Sie versuchen dem selbstverletzenden Verhalten zu widerstehen, was machen Sie stattdessen?

Antwortformat:

Mit jemandem reden

Bewegung/ Sport

Lesen, Schreiben, Musik, Tanz

Fernsehen, Video- oder Computerspiele spielen

Dinge tun, die mich entspannen (z.B.: heißes Bad, Yoga, tiefes Atmen)

Alkohol oder andere Drogen

Irgendwas tun um die Hände zu beschäftigen

Anderes

(b) Wenn Sie versuchen dem selbstverletzenden Verhalten zu widerstehen, was ist dann für Sie die hilfreichste Möglichkeit?

Antwortformat:

Ich habe noch nie versucht zu widerstehen

Mit jemandem reden

Bewegung/ Sport

Lesen, Schreiben, Musik, Tanz

Fernsehen, Video- oder Computerspiele spielen

Dinge tun, die mich entspannen (z.B.: heißes Bad, Yoga, tiefes Atmen)

Alkohol oder andere Drogen

Irgendwas tun um die Hände zu beschäftigen

Anderes

MOUSI 23

(a) Wie motiviert sind Sie im Augenblick das selbstverletzende Verhalten zu beenden?

Antwortformat: überhaupt nicht motiviert, eher nicht motiviert, ein wenig motiviert, motiviert, extrem motiviert

MOUSI 24

(a) Welche Behandlung haben Sie bisher erhalten mit dem Ziel Ihr selbstverletzendes Verhalten einzuschränken oder zu beenden?

Antwortformat:

Selbsthilfe (z.B.: Selbsthilfebücher, Internet)

Einzeltherapie

Beratungsgespräche

Gruppentherapie

Familientherapie

Medikamente

Anderes (bitte erläutern Sie)

Ich hatte noch keine Behandlung

Ich habe die Behandlung verweigert

(b) Welche Behandlung haben Sie am hilfreichsten gefunden, um Ihr selbstverletzendes Verhalten einzuschränken oder zu beenden?

Antwortformat:

Selbsthilfe (z.B.: Selbsthilfebücher, Internet)

Einzeltherapie

Beratungsgespräche

Gruppentherapie

Familientherapie

Medikamente

Anderes (bitte erläutern Sie)

Ich hatte noch keine Behandlung

Die Behandlung, die ich hatte, fand ich nicht hilfreich

Anhang 3: Item des FSVV zur durchschnittlichen Auftrittshäufigkeit**2. Wie häufig tritt das selbstverletzende Verhalten im Durchschnitt auf?**

	keinmal	1 Mal pro Monat oder seltener	2-3 Mal pro Monat	1-2 Mal pro Woche	3-6 Mal pro Woche	1 Mal täglich oder häufiger
In den letzten 4 Wochen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In „Krisenzeiten“ – maximaler Wert im letzten halben Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In „ruhigen“ Zeiten – minimaler Wert im letzten halben Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang 4: Item des FSVV zu den labilisierenden Bedingungen

Gab es in den letzten sechs Monaten „labilisierende“ Bedingungen, die zu einer allgemeinen psychosozialen Belastung geführt haben?

Gab es in den letzten sechs Monaten ...	Ja	Nein
... Schlafprobleme / Schlafmangel?	☐	☐
... eine unklare, problematische Wohnsituation?	☐	☐
... eine unklare, problematische berufliche Situation?	☐	☐
... Körperliche Erkrankungen (z.B. Erkältungen, Knochenbrüche)?	☐	☐
... Probleme / Konflikte in der Partnerschaft?	☐	☐
... Probleme / Konflikte im familiären Umfeld?	☐	☐
... Wirtschaftliche, finanzielle Probleme?	☐	☐
... eine Unzufriedenheit mit der therapeutischen Situation?	☐	☐
... Probleme / Konflikte im Freundes- und Bekanntenkreis?	☐	☐

Anhang 5: Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Selbstverletzung als Copingstrategie

In welchen Situationen bzw. nach welchen Ereignissen verletzen Sie sich selbst? Dies sind Fragen nach den unmittelbaren Auslösern und den Gefühlen danach.

Ich verletze mich selbst, wenn ...

Stimmt Stimmt nicht

1)... es Probleme / Unklarheiten mit meinem Partner/ meiner Partnerin gibt.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

2)... ich von anderen kritisiert wurde.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

3)... ich ein Verlangen nach Alkohol, Drogen oder Medikamenten habe.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

4)... ich mich angegriffen fühle.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

5)... andere „Leistung“ von mir verlangen.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

6)... mir jemand sehr Nahe gekommen ist.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

7)... ich über mich und mein Leben nachdenke.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

8)... ich den Eindruck habe, jemand mag bzw. liebt mich.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

9)... ich alleine in meiner Wohnung bzw. meinem Zimmer bin.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

10)... andere mir ihre traumatischen Erfahrungen berichtet haben.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

11)... ich anderen gegenüber aggressiv bzw. unfreundlich war.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

12)... ich einen Fehler gemacht habe.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

13)... ich glaube, „gefährlich“ und böse zu sein.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

14)... ich starke angenehme Gefühle habe (z.B. Freude, Liebe).

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

15)... ich eine Aufgabe bzw. ein Vorhaben nicht erledigt habe.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

16)... ich ungerecht behandelt wurde.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

17)... ich Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehme.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

18)... ich mich mit anderen gestritten habe.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

19)... ich mich selbst für dumm und unfähig halte.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

20)... andere mir von ihren Selbstverletzungen berichtet haben.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

21)... ich mich an eigene schreckliche Erfahrungen erinnere.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

22)... ich starke unangenehme Gefühle habe

(z.B. Wut, Ekel, Angst, Trauer, Scham, Schuld).

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

23)... ich Alkohol oder Drogen konsumiert habe.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

24)... ich mich körperlich sehr unwohl fühle
(z.B. Übelkeit, Schmerzen, Schwindel).

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

25)... ich den Eindruck habe, ein/e Außenseiter/in zu sein.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

26)... ich ein Verlangen (Suchtdruck) nach Selbstverletzung verspüre.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Stimmt Stimmt nicht

27) Ich verletze mich selbst ohne ersichtlichen Grund.

Überhaupt nicht erleichtert Eher nicht erleichtert Erleichtert Sehr erleichtert

... und fühle mich dann

Anhang 6: Reliabilitätsanalyse und Itemparameter des übersetzten Brief COPE

Skala mit Itemnummer und Formulierung	n	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha	Trennschärfe
Ablenkung	127			.32	.19
1) Ich habe mich mit meiner Arbeit oder anderen Aktivitäten beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.		2.24	.81		
19) Ich habe etwas unternommen, um weniger darüber nachzudenken.		2.34	.86		
Aktive Bewältigung	127			.79	.65
2) Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.		2.37	.83		
7) Ich habe aktiv Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern.		2.10	.95		
Verleugnung	127			.34	.20
3) Ich habe zu mir selbst gesagt, dass das alles nicht der Realität entspricht.		1.69	.93		
8) Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert ist.		2.25	1.02		
Alkohol und Drogen	126			.94	.89
4) Ich habe Alkohol oder andere Drogen zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.		2.31	1.24		
11) Ich habe Alkohol oder andere Drogen zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.		2.22	1.19		

Skala mit Itemnummer und Formulierung	n	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha	Trennschärfe
Emotionelle Unterstützung	127			.85	.74
5) Ich habe emotionale Unterstützung von anderen erhalten.		2.26	.96		
15) Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.		2.13	1.00		
Instrumentelle Unterstützung	127			.87	.77
10) Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.		2.06	.96		
23) Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.		2.17	.93		
Verhaltensrückzug	127			.59	.42
6) Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.		1.87	.81		
16) Ich habe es aufgegeben, zu versuchen, die Situation in den Griff zu bekommen.		2.18	.90		
Ausleben von Emotionen	127			-.11	-.05
9) Ich habe Dinge zu mir selbst gesagt, um meine unangenehmen Gefühlen zum Verschwinden zu bringen.		2.05	.93		
21) Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.		1.82	.96		

Skala mit Itemnummer und Formulierung	n	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha	Trennschärfe
Positive Umdeutung	126			.69	.52
12) Ich habe versucht, die Dinge aus einer anderen Perspektive zu betrachten, um sie positiver erscheinen zu lassen.		1.90	.89		
17) Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist.		2.02	.90		
Planung	125			.58	.41
14) Ich habe versucht, einen Handlungsplan zu entwickeln, was ich tun kann.		1.94	.88		
25) Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, welche Schritte unternommen werden müssen.		2.42	.91		
Humor	127			.58	.42
18) Ich habe Witze darüber gemacht.		2.47	1.08		
28) Ich habe die Situation mit Humor genommen.		1.70	.83		
Akzeptanz	125			.63	.46
20) Ich habe mich mit der Tatsache abgefunden, dass es passiert ist.		2.46	.96		
24) Ich habe gelernt, damit zu leben.		2.38	.91		
Religion	126			.70	.54
22) Ich habe versucht, Halt in meinem religiösen Glauben oder meiner Spiritualität zu finden.		1.23	.58		
27) Ich habe gebetet oder meditiert.		1.32	.63		

Skala mit Itemnummer und Formulierung	n	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's Alpha	Trennschärfe
Selbstbeschuldigung	126			.87	.77
13) Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.		3.21	.94		
26) Ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben.		3.06	.97		

Anhang 7: Anfängliche Gründe für SVV

anfängliche Gründe	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
unerträgliche Spannung loswerden	6 (6,5%)	7 (7,6%)	20 (21,7%)	38 (41,3%)	21 (22,8%)
wie auf Drogen fühlen	53 (57,6%)	16 (17,4%)	12 (13,0%)	10 (10,9%)	1 (1,1%)
Eltern aufhören böse mit mir zu sein	74 (80,4%)	7 (7,6%)	5 (5,4%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)
aufzuhören alleine und leer zu fühlen	8 (8,8%)	7 (7,7%)	13 (14,3%)	40 (44,0%)	23 (25,3%)
andere Menschen um mich kümmern oder Aufmerksamkeit schenken	57 (62,0%)	17 (18,5%)	8 (8,7%)	5 (5,4%)	5 (5,4%)
Selbstbestrafung	4 (4,3%)	7 (7,6%)	17 (18,5%)	35 (38,0%)	29 (31,5%)
Gefühl der Erregung zu bekommen	60 (65,2%)	18 (19,6%)	4 (4,3%)	8 (8,7%)	2 (2,2%)
Nervosität/ Ängstlichkeit abbauen	22 (24,2%)	12 (13,2%)	19 (20,9%)	28 (30,8%)	10 (11,0%)
vermeiden Probleme für eigene Handlungen zu bekommen	72 (78,3%)	10 (10,9%)	7 (7,6%)	3 (3,3%)	0 (0,0%)
ablenken von unliebsamen Erinnerungen	20 (21,7%)	2 (2,2%)	23 (25,0%)	30 (32,6%)	17 (18,5%)

	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
anfängliche Gründe	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
Körper oder Aussehen verändern	63 (68,5%)	13 (14,1%)	7 (7,6%)	7 (7,6%)	2 (2,2%)
Gruppenzugehörigkeit	91 (98,9%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ärger loszuwerden	32 (34,8%)	14 (15,2%)	20 (21,7%)	20 (21,7%)	6 (6,5%)
Freund/ Freundin aufhört böse zu sein	77 (84,6%)	8 (8,8%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)
zeigen wie verletzt oder "kaputt" man ist	58 (63,0%)	16 (17,4%)	6 (6,5%)	5 (5,4%)	7 (7,6%)
zeigen wie stark oder "hart" man ist	85 (92,4%)	4 (4,3%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)
unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen entfliehen	8 (8,7%)	9 (9,8%)	17 (18,5%)	37 (40,2%)	21 (22,8%)
Stimmen in- oder außerhalb Kopfes zu befriedigen, die mir sagen, dass man es tun soll	30 (33,0%)	15 (16,5%)	14 (15,4%)	17 (18,7%)	15 (11,8%)
körperliche Schmerzen an einer Stelle zu fühlen, dann, wenn der andere Schmerz, unerträglich wird	16 (17,6%)	8 (8,8%)	6 (6,6%)	22 (24,2%)	39 (42,9%)
Leute damit aufhören soviel zu erwarten	65 (72,2%)	12 (13,3%)	8 (8,9%)	4 (4,4%)	1 (1,1%)
erleichtern von traurigen Gefühlen oder "down" sein	14 (15,2%)	16 (17,4%)	13 (14,1%)	36 (39,1%)	13 (14,1%)
Kontrolle in einer Situation, in der man von niemandem beeinflusst werden kann	24 (26,1%)	11 (12,0%)	15 (16,3%)	21 (22,8%)	21 (22,8%)
vom Denken an Selbstmord abhalten	20 (21,7%)	13 (14,1%)	18 (19,6%)	24 (26,1%)	17 (18,5%)
Abhalten von Selbstmordversuchen	25 (27,8%)	17 (18,9%)	14 (15,6%)	18 (20,0%)	16 (17,8%)

	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
anfängliche Gründe	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
„real“ fühlen, wenn man sich betäubt und außerhalb der Wirklichkeit fühlt	21 (23,3%)	9 (10,0%)	10 (11,1%)	24 (26,7%)	26 (28,9%)
Frustration loswerden	12 (13,2%)	9 (9,9%)	30 (33,0%)	27 (29,7%)	13 (14,3%)
aufzuhören etwas zu tun, was man nicht tun will	61 (67,0%)	12 (13,2%)	10 (11,0%)	4 (4,4%)	4 (4,4%)
keinen bestimmten Grund	40 (44,4%)	20 (22,2%)	18 (20,0%)	9 (10,0%)	3 (3,3%)
selbst zu beweisen, wieviel man aushalten kann	71 (78,9%)	8 (8,9%)	4 (4,4%)	5 (5,6%)	2 (2,2%)
sexuell Erregung	90 (98,9%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0 %)
sexuelle Erregung verringern	88 (97,8%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Anhang 8: Aktuelle Gründe für SVV

	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
derzeitige Gründe	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
unerträgliche Spannung loswerden	16 (18,2%)	4 (4,5%)	18 (14,2%)	32 (36,4%)	18 (20,5%)
wie auf Drogen fühlen	67 (77,9%)	7 (8,1%)	5 (5,8%)	6 (7,0%)	1 (1,2%)
Eltern aufhören böse mit mir zu sein	78 (90,7%)	5 (5,8%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)
aufzuhören alleine und leer zu fühlen	19 (21,8%)	10 (11,5%)	10 (11,5%)	26 (20,5%)	22 (25,3%)
andere Menschen um mich kümmern oder Aufmerksamkeit schenken	63 (72,4%)	11 (12,6%)	8 (9,2%)	4 (4,6%)	1 (1,1%)

	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
derzeitige Gründe	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
Selbstbestrafung	16 (18,4%)	7 (8,0%)	12 (13,8%)	23 (26,4%)	29 (33,3%)
Gefühl der Erregung zu bekommen	74 (86,0%)	7 (8,1%)	1 (1,2%)	3 (3,5%)	1 (1,1%)
Nervosität/ Ängstlichkeit abbauen	26 (30,6%)	7 (8,2%)	20 (23,5%)	22 (25,9%)	10 (11,8%)
vermeiden Probleme für eigene Handlungen zu bekommen	75 (87,2%)	5 (5,8%)	4 (4,7%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)
ablenken von unliebsamen Erinnerungen	22 (25,6%)	6 (7,0%)	19 (22,1%)	21 (24,4%)	18 (20,9%)
Körper oder Aussehen verändern	67 (77,0%)	9 (10,3%)	9 (10,3%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)
Gruppenzugehörigkeit	85 (98,8%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ärger loszuwerden	42 (49,4%)	16 (18,8%)	8 (9,4%)	14 (16,5%)	5 (5,9%)
Freund/ Freundin aufhört böse zu sein	77 (90,6%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)
zeigen wie verletzt oder "kaputt" man ist	59 (68,6%)	13 (15,1%)	8 (9,3%)	4 (4,7%)	2 (2,3%)
zeigen wie stark oder "hart" man ist	81 (96,4%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)
unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen entfliehen	15 (17,4%)	10 (11,6%)	12 (14,0%)	32 (37,2%)	17 (19,8%)
Stimmen in- oder außerhalb Kopfes zu befriedigen, die mir sagen, dass man es tun soll	35 (40,7%)	10 (11,6%)	16 (18,6%)	9 (10,5%)	16 (18,6%)
körperliche Schmerzen an einer Stelle zu fühlen, dann, wenn der andere Schmerz, unerträglich wird	23 (27,4%)	5 (6,0%)	9 (10,7%)	20 (23,8%)	27 (32,1%)

	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
derzeitige Gründe	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
Leute damit aufhören soviel zu erwarten	67 (77,9%)	10 (11,6%)	7 (8,1%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)
erleichtern von traurigen Gefühlen oder "down" sein	22 (26,2%)	6 (7,1%)	19 (22,6%)	22 (26,2%)	15 (17,9%)
Kontrolle in einer Situation, in der man von niemandem beeinflusst werden kann	31 (36,0%)	11 (12,8%)	18 (20,9%)	12 (14,0%)	14 (16,3%)
vom Denken an Selbstmord abhalten	34 (39,5%)	14 (16,3%)	8 (9,3%)	18 (20,9%)	12 (14,0%)
Abhalten von Selbstmordversuchen	37 (43,0%)	10 (11,6%)	14 (16,3%)	13 (15,1%)	12 (14,0%)
„real“ fühlen, wenn man sich betäubt und außerhalb der Wirklichkeit fühlt	30 (34,9%)	3 (3,5%)	11 (12,8%)	23 (26,7%)	19 (22,1%)
Frustration loswerden	20 (23,3%)	9 (10,5%)	21 (24,4%)	29 (33,7%)	7 (8,1%)
aufzuhören etwas zu tun, was man nicht tun will	61 (70,9%)	13 (15,1%)	9 (10,5%)	1 (1,2%)	2 (2,3%)
keinen bestimmten Grund	47 (56,0%)	10 (11,9%)	16 (19,0%)	8 (9,5%)	3 (3,6%)
selbst zu beweisen, wieviel man aushalten kann	69 (82,1%)	6 (7,1%)	4 (4,8%)	2 (2,4%)	3 (3,6%)
sexuell Erregung	81 (97,6%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
sexuelle Erregung verringern	79 (94,0%)	2 (2,4%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)

Anhang 9: Wahrgenommene Veränderungen des SVV

	Einschätzung				
	nie	selten	manchmal	öfters	immer
Seitdem Sie begonnen haben sich selbst zu verletzen, ist Ihnen aufgefallen, dass...	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)
... die Schwere der Selbstverletzungen zunimmt?	15 (16,3%)	6 (6,5%)	13 (14,1%)	23 (25,0%)	35 (38,0%)
... Sie dieses Verhalten weiterführen, obwohl Sie bemerken, dass es Ihnen körperlich und/oder	15 (16,9%)	8 (9,0%)	16 (18,0%)	19 (21,3%)	31 (34,8%)
... Sie sich für den gleichen Effekt jetzt häufiger oder schwerer verletzen müssen?	18 (19,6%)	14 (15,2%)	14 (15,2%)	22 (23,9%)	24 (26,1%)
... Ihr selbstverletzendes Verhalten, oder das Denken daran einen großen Teil Ihrer Zeit in Anspruch nimmt?	24 (26,7%)	11 (12,2%)	20 (22,2%)	18 (20,0%)	17 (18,9%)
... obwohl Sie das Verlangen haben das Verhalten zu verringern oder zu kontrollieren, Sie es nicht	17 (18,9%)	20 (22,2%)	17 (18,9%)	22 (24,4%)	14 (15,6%)
... das selbstverletzende Verhalten häufiger stattfindet, als Sie es beabsichtigen?	15 (16,3%)	14 (15,2%)	30 (32,6%)	21 (22,8%)	12 (13,0%)
... Sie wichtige soziale, akademische (schulische), berufliche oder Freizeit Aktivitäten aufgeben oder	37 (41,6%)	17 (19,1%)	14 (15,7%)	12 (13,5%)	9 (10,1%)

Anhang 10: Zustimmung des Antwortverhalten auf 27 Auslöser

Item Nr.	Itemformulierung	Gesamt		Frauen		Männer	
		n	%	n	%	n	%
1	... es Probleme / Unklarheiten mit meinem Partner gibt.	50	54,9	44	51,8	6	85,7
2	...wenn ich von anderen kritisiert wurde	47	51,1	44	51,8	3	42,9
3	... ich ein Verlangen nach Alkohol, Drogen oder Medikamenten habe.	10	10,9	9	10,6	1	14,3
4	... ich mich angegriffen fühle.	55	59,8	53	62,4	2	28,6
5	... andere „Leistung“ von mir verlangen.	45	48,9	43	50,6	2	28,6
6	...wenn mir jemand sehr Nahe gekommen ist.	35	38,0	35	41,2	0	0,0
7	... ich über mich und mein Leben nachdenke.	71	77,2	65	76,5	6	85,7
8	... ich den Eindruck habe, jemand mag bzw. liebt mich.	10	10,9	10	11,8	0	0,0
9	... ich alleine in meiner Wohnung bzw. meinem Zimmer bin.	67	72,8	60	70,6	7	100,0
10	...wenn andere mir ihre traumatischen Erfahrungen berichtet haben	17	18,5	15	17,6	2	28,6
11	... ich anderen gegenüber aggressiv bzw. unfreundlich war.	31	33,7	29	34,1	2	28,6
12	...wenn ich einen Fehler gemacht habe.	69	75,0	62	72,9	7	100,0
13	... ich glaube, „gefährlich“ und böse zu sein.	22	23,9	21	24,7	1	14,3
14	... ich starke angenehme Gefühle habe (z.B. Freude, Liebe).	14	15,2	13	15,3	1	14,3

Item Nr.	Itemformulierung	Gesamt		Frauen		Männer	
		n	%	n	%	n	%
15	... ich eine Aufgabe bzw. ein Vorhaben nicht erledigt habe.	23	25,0	23	27,1	0	0,0
16	... ich ungerecht behandelt wurde.	43	46,7	41	48,2	2	28,6
17	... ich Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehme.	28	30,4	28	32,9	0	0,0
18	... ich mich mit anderen gestritten habe.	60	65,2	57	67,1	3	42,9
19	... ich mich selbst für dumm und unfähig halte.	75	81,5	69	81,2	6	85,7
20	... andere mir von ihren Selbstverletzungen berichtet haben.	16	17,4	14	16,5	2	28,6
21	... ich mich an eigene schreckliche Erfahrungen erinnere.	63	68,5	59	69,4	4	57,1
22	... wenn ich starke unangenehme Gefühle habe.	76	82,6	71	83,5	5	71,4
23	... wenn ich Alkohol oder Drogen konsumiert habe.	13	14,1	13	15,3	0	0,0
24	... ich mich körperlich sehr unwohl fühle (z.B. Übelkeit, Schmerzen, Schwindel).	9	9,8	9	10,6	0	0,0
25	... ich den Eindruck habe, ein/e Außenseiter/in zu sein.	45	48,9	43	50,6	2	28,6
26	... ich ein Verlangen (Suchtdruck) nach Selbstverletzung verspüre.	68	73,9	66	77,6	2	28,6
27	... ohne Grund.	33	35,9	32	37,6	1	14,3

Anhang 11: Ausmaß der Erleichterung für die 27 Auslöser

Item Nr.	Auslöseritem	Häufigkeit (gültige Fälle)	Anteilswert	Ausmaß Erleichterung		
				<i>M</i>	<i>SD</i>	95% KI[UG;OG]
22	starke unangenehme Gefühle haben	76 (91)	83,5 %	2.78	.99	2.55; 3.00
19	selbst für unfähig und dumm halten	75 (92)	81,5 %	2.80	.87	2.60; 3.00
7	über mich und Leben nachdenken	71 (90)	78,9 %	2.77	.94	2.55; 3.00
12	Fehler gemacht	69 (92)	75,0 %	2.68	.98	2.45; 2.92
26	Verlangen nach Selbstverletzung	68 (91)	74,7 %	3.09	.99	2.85; 3.33
9	alleine zuhause sein	67 (91)	73,6 %	2.75	.86	2.54; 2.96
21	erinnern an eigene schreckliche Erfahrungen	63 (90)	70 %	2.81	1.08	2.54; 3.08
18	mit anderen gestritten haben	60 (91)	65,9 %	2.70	.83	2.49; 2.91
4	angegriffen fühlen	55 (92)	59,8 %	2.78	.79	2.56; 2.99
1	Probleme mit Partner/in	50 (91)	54,9 %	2.48	.74	2.27; 2.69
2	kritisiert wurde	47 (91)	51,6 %	2.98	.77	2.75; 3.20
25	Außenseiter/in sein	45 (92)	48,9 %	2.78	.90	2.51; 3.05
5	Leistung verlangt wird	45 (92)	48,9 %	2.76	.71	2.54; 2.97
16	ungerecht behandelt wurde	43 (92)	46,7 %	2.74	.85	2.48; 3.01
6	jemand sehr nahe kam	35 (91)	38,5 %	2.77	1.03	2.42; 3.13
27	ohne Grund	33 (92)	35,9 %	2.73	.84	2.43; 3.02
11	zu anderen aggressiv bzw. unfreundlich war	31 (91)	34,1 %	2.81	1.05	2.42; 3.19
17	Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehmen	28 (91)	30,8 %	2.57	.96	2.20; 2.94
15	Aufgabe nicht erledigt haben	23 (91)	25,3 %	2.65	.78	2.32; 2.99

13	denken gefährlich oder böse zu sein	21 (91)	24,2 %	3.00	.95	2.57; 3.43
10	andere von Traumata erzählen	17 (91)	18,7 %	2.59	.94	2.11; 3.07
20	andere von Selbstverletzung berichtet haben	16 (91)	17,6 %	2.75	1.13	2.15; 3.35
14	starke angenehme Gefühle haben	14 (91)	15,4 %	3.07	1.00	2.50; 3.65
23	Konsum von Alkohol oder Drogen	13 (90)	14,4 %	2.62	1.12	1.94; 3.29
3	Verlangen nach Alkohol, Drogen, Medikamenten	10 (91)	11 %	2.90	.99	2.19; 3.61
8	jemand mag oder liebt mich	10 (92)	10,9 %	2.10	1.10	1.31; 2.89
24	körperlich unwohl fühlen	9 (91)	9,9 %	2.44	1.13	1.58; 3.31

Anhang 12: Online-Fragebogen

SVV_Coping → SVV_COPE

09.07.2018, 14:22

Seite 01**Willkommen liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!**

Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studienfach **Psychologie an der Universität Wien** setze ich mich mit selbstverletzendem Verhalten, Coping (Bewältigungsstrategien) und Stress auseinander. Selbstverletzendes Verhalten bezeichnet, die absichtliche Zufügung von körperlichen Verletzungen.

Die Studie besteht aus verschiedenen Fragen zu demographischen Daten, Copingstrategien und zu möglichen selbstverletzenden Verhaltensweisen, hierbei werden häufig angewendete Formen, Funktionen und Gründe von selbstverletzendem Verhalten erfragt.

Für die Teilnahme an dieser Studie müssen Sie zwischen **18 und 30 Jahre** alt sein.

Insgesamt dauert das Ausfüllen der Studie zwischen 10 und 20 Minuten. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es kein "Richtig" oder "Falsch" da es um Ihre **persönlichen Erfahrungen** und **Einschätzungen** geht. Antworten Sie bitte möglichst **spontan** und **ehrlich**. Bitte lesen Sie sich die Fragen aufmerksam durch und versuchen Sie, sie wahrheitsgetreu sowie möglichst genau zu beantworten.

Die Teilnahme an der Studie ist **freiwillig**. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dieser Studie beenden, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen.

Die Erhebung Ihrer oben beschriebenen persönlichen Daten erfolgt vollständig anonymisiert, d. h. an keiner Stelle wird Ihr Name erfragt. Sämtliche in dieser Studie erhobenen Daten werden **streng vertraulich** sowie **anonym** behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die gewonnenen Daten dienen ausschließlich **wissenschaftlichen Zwecken** und werden nicht kommerziell genutzt. Die Daten werden ausschließlich gruppenbezogen analysiert. Es findet keine personenbezogene Auswertung statt.

Für eventuelle Rückfragen oder Anmerkungen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

a01340937@univie.ac.at

Falls Sie sich durch die Fragen zu stark belastet oder gestresst fühlen, brechen Sie bitte die Studie ab.

Hier finden Sie Kontakte zu Hilfseinrichtungen.

Österreich:

Sozialpsychiatrischer Notdienst / PSD: 01/ 313 30

Kriseninterventionszentrum Wien: 01/ 4069595 (nur von Montag bis Freitag 10-17h)

Deutschland:

Telefonseelsorge: 0800/ 111 0 111 oder 0800/ 111 0 222

Schweiz:

Die Dargebotene Hand (Telefonseelsorge): 143

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Sabine Prantner, BSc.

Die Richtlinien guter ethischer Forschung sehen vor, dass sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Studie explizit und nachvollziehbar mit der Teilnahme einverstanden erklären.

Freiwilligkeit. Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt dieser Studie frei, Ihre Teilnahme abubrechen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen.

Anonymität. Ihre Daten sind selbstverständlich vertraulich, werden nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Demographische Angaben wie Alter oder Geschlecht lassen keinen eindeutigen Schluss auf Ihre Person zu. Ebenfalls werden Ihre Daten auf einem sicheren Server gespeichert und sind völlig anonymisiert. Sie werden nirgendwo gebeten, Ihren Namen anzugeben

Fragen. Falls Sie noch Fragen oder Bedenken bezüglich dieser Studie haben sollten, finden Sie im Anschluss nochmals ein Impressum mit Kontaktdaten der Studienleitung.

Der Inhalt und Ablauf dieser Studie wurden mir erklärt. Ich erkläre mich freiwillig bereit, an der Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass mir durch Abbruch der Studie oder Nichtbeantwortung einzelner Fragen kein Nachteil entsteht und dass ich mich bei Nachfragen per E-Mail an die Studienleitung wenden kann. Ich bestätige, dass ich die Voraussetzungen für eine Teilnahme erfülle: Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe.

☐ Ja

☐ Nein (nicht an der Studie teilnehmen)

1. Welches Geschlecht haben Sie?

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ anderes

2. Wie alt sind Sie?

Ich bin Jahre und Monate alt

3. In welchem Land leben Sie derzeit?

- ☐ Österreich
- ☐ Deutschland
- ☐ Schweiz
- ☐ Anderes Land:

4. Wie sieht Ihre derzeitige Wohnsituation aus?

Ich wohne derzeit

- ☐ alleine
- ☐ bei meinen Eltern
- ☐ mit einem/einer Partner/in
- ☐ in einer Wohngemeinschaft/Studentenheim
- ☐ Sonstiges:

5. Welche ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- ☐ Pflichtschulabschluss
- ☐ abgeschlossene Lehre/Berufsausbildung
- ☐ Matura/Abitur
- ☐ abgeschlossenes Hochschul-/Fachhochschulstudium

☐ kein Abschluss

6. Was ist Ihre derzeitige Haupttätigkeit?

- ☐ Schüler/in
- ☐ Student/in
- ☐ In Berufsausbildung
- ☐ berufstätig
- ☐ arbeitslos

☐ Sonstiges:

7. Wie ist Ihr derzeitiger Beziehungsstatus?

Ich bin

- ☐ Single
- ☐ in Partnerschaft lebend
- ☐ verheiratet

☐ Sonstiges

8. Haben Sie das Gefühl bereits erwachsen zu sein?

- ☐ Ja
- ☐ Etwas
- ☐ Nein

9. Wie viel Stress und Druck hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

in der Schule/FH/Uni/Arbeit

- ☐ Keinen
- ☐ Ein wenig
- ☐ Ziemlich viel
- ☐ Sehr viel

in der Familie

- ☐ Keinen
- ☐ Ein wenig
- ☐ Ziemlich viel
- ☐ Sehr viel

in Ihrem übrigen Leben

- ☐ Keinen
- ☐ Ein wenig
- ☐ Ziemlich viel
- ☐ Sehr viel

Folgend finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich darauf beziehen, wie Menschen auf belastende Situationen reagieren. Kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen für Sie persönlich zutreffen. Folgende Antwortmöglichkeiten stehen Ihnen dabei zur Auswahl: Die Aussage trifft für Sie **"überhaupt nicht", "ein wenig", "sehr" oder "voll und ganz"** zu.

10. Stellen Sie sich eine für Sie belastende Situation vor und wie Sie darauf reagieren. Kreuzen Sie dann an, wie sehr diese Aussagen für Sie persönlich zutreffen.

Die Aussage trifft für mich „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „sehr“ oder „voll und ganz“ zu.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Ich habe mich mit meiner Arbeit oder anderen Aktivitäten beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen.	☐	☐	☐	☐

Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern.	☐	☐	☐	☐
Ich habe zu mir selbst gesagt, dass das alles nicht der Realität entspricht.	☐	☐	☐	☐
Ich habe Alkohol oder andere Drogen zu mir genommen, um mich besser zu fühlen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe emotionale Unterstützung von anderen erhalten.	☐	☐	☐	☐
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe aktiv Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern.	☐	☐	☐	☐
Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert ist	☐	☐	☐	☐
Ich habe Dinge zu mir selbst gesagt, um meine unangenehmen Gefühle zum Verschwinden zu bringen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten.	☐	☐	☐	☐
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Um das durchzustehen, habe ich mich mit Alkohol oder anderen Drogen besänftigt.	☐	☐	☐	☐
Ich habe versucht, die Dinge aus einer anderen Perspektive zu betrachten, um sie positiver erscheinen zu lassen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht.	☐	☐	☐	☐
Ich habe versucht, einen Handlungsplan zu entwickeln, was ich tun kann.	☐	☐	☐	☐
Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegengebracht.	☐	☐	☐	☐

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Ich habe es aufgegeben, zu versuchen, die Situation in den Griff zu bekommen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist.	☐	☐	☐	☐
Ich habe Witze darüber gemacht.	☐	☐	☐	☐
Ich habe etwas unternommen, um weniger darüber nachzudenken.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich mit der Tatsache abgefunden, dass es passiert ist.	☐	☐	☐	☐
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle.	☐	☐	☐	☐
Ich habe versucht, Halt in meinem religiösen Glauben oder meiner Spiritualität zu finden.	☐	☐	☐	☐
Ich habe versucht, von anderen Menschen Rat oder Hilfe einzuholen.	☐	☐	☐	☐
Ich habe gelernt, damit zu leben.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, welche Schritte unternommen werden müssen.	☐	☐	☐	☐
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben.	☐	☐	☐	☐
Ich habe gebetet oder meditiert.	☐	☐	☐	☐
Ich habe die Situation mit Humor genommen.	☐	☐	☐	☐

Es kommt immer wieder vor, dass Menschen sich aus verschiedenen Gründen selbst verletzen. Unter selbstverletzendem Verhalten versteht man bewusste Handlungen, mit denen sich eine Person einen konkreten körperlichen Schaden zufügt.

Die folgenden Fragen richten sich an Personen, die solche Verhaltensweisen ausführen.

Es werden Informationen zu verschiedenen Aspekten der selbstverletzenden Verhaltensweisen erfasst.

Um die Fragen zu beantworten, machen Sie bitte ein Kreuz bei der Antwort, die für Sie am besten passt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

11. Verletzen Sie sich manchmal selbst?

☐ Ja

☐ Nein

Seite 08

12. Wie oft haben Sie im vergangenen Monat:

	Nie	Mind. einmal	Wöchentlich	Täglich
daran gedacht sich selbst zu verletzen (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?	☐	☐	☐	☐
sich tatsächlich selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?	☐	☐	☐	☐

13. Wie oft haben Sie in den vergangenen 6 Monaten:

	Nie	1 bis 5 mal	Monatlich	Wöchentlich	Täglich
daran gedacht sich absichtlich zu verletzen (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?	☐	☐	☐	☐	☐
sich tatsächlich absichtlich selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?	☐	☐	☐	☐	☐

14. Wie häufig tritt das selbstverletzende Verhalten im Durchschnitt auf?

	keinmal	1 Mal pro Monat oder seltener	2-3 Mal pro Monat	3-6 Mal pro Woche	1 Mal täglich oder häufiger
In „Krisenzeiten“ - maximaler Wert im letzten halben Jahr	☐	☐	☐	☐	☐
In „ruhigen“ Zeiten - minimaler Wert im letzten halben Jahr	☐	☐	☐	☐	☐

Seite 09

15. Gab es in den letzten sechs Monaten „labilisierende“ (schwächende) Bedingungen, die zu einer allgemeinen psychosozialen Belastung geführt haben?

Gab es in den letzten sechs Monaten...	Nein	Ja
... Schlafprobleme/ Schlafmangel?	☐	☐
... eine unklare, problematische Wohnsituation?	☐	☐
... eine unklare, problematische berufliche Situation?	☐	☐
... körperliche Erkrankungen (z.B.: Erkältungen, Knochenbrüche)?	☐	☐
... Probleme/Konflikte in der Partnerschaft?	☐	☐
... Probleme/Konflikte im familiären Umfeld?	☐	☐
... Probleme/Konflikte im Freundes- und Bekanntenkreis?	☐	☐
... wirtschaftliche, finanzielle Probleme?	☐	☐
... falls Sie in Behandlung sind, eine Unzufriedenheit damit?	☐	☐

16. Wurden Sie jemals von einem Arzt behandelt nachdem Sie sich absichtlich selbst verletzt haben? (Zum Beispiel Nähen, Verband, etc.)
☐ Nein

☐ Ja

Seite 10

17. Wie oft hat Sie im letzten Jahr ein Arzt behandelt nachdem Sie sich absichtlich selbst verletzt haben?
 (Anzahl)

18. Waren Sie jemals im Krankenhaus weil Sie sich absichtlich selbst verletzt haben?
☐ Nein

☐ Ja

19. Wenn Sie jemals im Krankenhaus waren, weil Sie sich absichtlich selbst verletzt haben:

Wie oft sind Sie
deswegen im
letzten Jahr über (Anzahl)
Nacht in einer
Notaufnahme
behandelt worden?

Wie oft sind Sie
deswegen im
letzten Jahr in ein (Anzahl)
Krankenhaus
eingewiesen
worden?

20. Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben sich selbst zu verletzen? Jahre (Alter)**21. Woher hatten Sie die Idee, als Sie sich das erste Mal selbst verletzt haben?**

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- ☐ Ich habe darüber im Internet gelesen.
- ☐ Ich habe darüber in einem Buch oder einem Magazin gelesen.
- ☐ Ich habe es bei anderen Leuten gesehen (außerhalb eines Krankenhauses).
- ☐ Ich habe es bei anderen Leuten gesehen (in einem Krankenhaus).
- ☐ Ich habe davon von anderen Leuten gehört (außerhalb eines Krankenhauses).
- ☐ Ich habe davon von anderen Leuten gehört (in einem Krankenhaus).
- ☐ Ich habe darüber in einem Web Blog gelesen.
- ☐ Ich habe es in einem Film oder im Fernsehen gesehen.
- ☐ Es war meine eigene Idee.
- ☐ Andere (bitte erläutern):

22. Lassen Sie andere Leute davon wissen, dass Sie sich selbst verletzen?

- ☐ niemanden
- ☐ ein paar Leute
- ☐ die meisten Leute

23. Wem erzählen Sie dann davon?

- ☐ Freund(e)
- ☐ Familienmitglieder
- ☐ Partner/in
- ☐ Psycholog/innen oder Psychiater/innen
- ☐ Hausarzt/ärztin
- ☐ anderen Berater/innen
- ☐ Telefonberatung
- ☐ Anderen (bitte erläutern)

24. Wenn Sie den Druck verspüren sich selbst zu verletzen:

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Sehr	Voll und ganz
Ist der Druck stressig/ regt der Druck Sie auf	☐	☐	☐	☐
Ist der Druck angenehm	☐	☐	☐	☐
Ist der Druck bedrängend	☐	☐	☐	☐

25. Verletzen Sie sich nur nachdem Sie Drogen oder Alkohol konsumiert haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

26. Welche Körperteile haben Sie schon einmal selbst verletzt/ verletzen Sie selbst ?

Bitte kreuzen Sie alle Körperstellen an die zutreffen.

Als Sie begonnen haben☐ Arme☐ Beine☐ Bauch☐ Kopf☐ Andere **In letzter Zeit (letzter Monat)**☐ Arme☐ Beine☐ Bauch☐ Kopf☐ Andere **27. Auf welche Art(en) haben Sie sich schon selbst verletzt (ohne sich dabei umbringen zu wollen)?**

Bitte kreuzen Sie alle Arten an, die Sie verwendet haben.

Als Sie begonnen haben sich selbst zu verletzen☐ Schneiden☐ Kratzen☐ Wundheilung verzögern☐ Verbrennen☐ Beißen☐ (irgendwo dagegen) Schlagen☐ Haare ausreißen☐ Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen☐ Die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen☐ Körperteile piercen☐ Exzessiver illegaler Drogengebrauch☐ Exzessiver Alkoholgebrauch

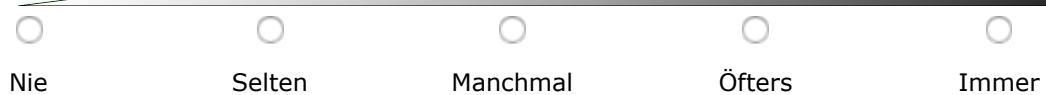
- ☐ Versuch sich Knochen zu brechen
- ☐ Headbanging
- ☐ Zuviel Medikamente einnehmen
- ☐ Zu wenig Medikamente einnehmen
- ☐ Das Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr bestimmt sind
- ☐ Andere Arten (bitte erläutern)

In letzter Zeit (letzter Monat)

- ☐ Schneiden
- ☐ Kratzen
- ☐ Wundheilung verzögern
- ☐ Verbrennen
- ☐ Beißen
- ☐ (irgendwo dagegen) Schlagen
- ☐ Haare ausreißen
- ☐ Schweres Nägelbeißen und/oder Nagelverletzungen
- ☐ Die Haut mit scharfen Gegenständen durchstechen
- ☐ Körperteile piercen
- ☐ Exzessiver illegaler Drogengebrauch
- ☐ Exzessiver Alkoholgebrauch
- ☐ Versuch sich Knochen zu brechen
- ☐ Headbanging
- ☐ Zuviel Medikamente einnehmen
- ☐ Zuwenig Medikamente einnehmen
- ☐ Das Essen oder Trinken von Dingen, die nicht zum Verzehr bestimmt sind
- ☐ Andere Arten (bitte erläutern)

28. Welche der genannten Arten verwenden Sie am häufigsten um sich selbst zu verletzen?

29. Fühlen Sie Erleichterung (fühlen Sie sich besser), nachdem Sie sich verletzt haben?



30. Wenn Sie Erleichterung spüren, wie lange hält diese Erleichterung an?

- ☐ weniger als 1 Minute
- ☐ 1 Minute bis 5 Minuten
- ☐ 6 Minuten bis 30 Minuten
- ☐ 31 bis 60 Minuten
- ☐ Stunden
- ☐ Tage

☐ Ich spüre keine Erleichterung

Folgend wird gefragt in welchen Situationen bzw. nach welchen Ereignissen Sie sich selbst verletzen und wie Sie sich danach fühlen.

31. Ich verletze mich selbst, wenn ...

... es Probleme/Unklarheiten mit meinem Partner/ meiner Partnerin gibt

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 17

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 18**32. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich von anderen kritisiert wurde

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 19

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 20**33. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich ein Verlangen nach Alkohol, Drogen oder Medikamenten habe

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 21

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 22**34. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich mich angegriffen fühle

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 23

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 24**35. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... andere „Leistung“ von mir verlangen

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 25

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 26**36. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... mir jemand sehr nahe gekommen ist.

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 27

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 28**37. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich über mich und mein Leben nachdenke

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 29

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 30

38. Ich verletze mich selbst, wenn ...

... ich den Eindruck habe, jemand mag bzw. liebt mich

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 31

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 32

39. Ich verletze mich selbst, wenn ...

... ich alleine in meiner Wohnung bzw. meinem Zimmer bin

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 33

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 34**40. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... andere mir ihre traumatischen Erfahrungen berichtet haben

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 35

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 36**41. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich anderen gegenüber aggressiv bzw. unfreundlich war

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 37

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 38**42. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich einen Fehler gemacht habe

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 39

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 40**43. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich glaube, „gefährlich“ und „böse“ zu sein

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 41

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 42**44. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich starke angenehme Gefühle habe (z.B. Freude, Liebe)

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 43

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 44**45. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich eine Aufgabe bzw. ein Vorhaben nicht erledigt habe

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 45

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 46**46. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich ungerecht behandelt wurde

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 47

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 48**47. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehme

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 49

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 50**48. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich mich mit anderen gestritten habe

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 51

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 52**49. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich mich selbst für dumm und unfähig halte

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 53

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 54**50. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... andere mir von ihren Selbstverletzungen berichtet haben

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 55

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 56**51. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich mich an eigene schreckliche Erfahrungen erinnere

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 57

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 58**52. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich starke unangenehme Gefühle habe (z.B. Wut, Ekel, Angst, Trauer, Scham, Schuld)

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 59

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 60**53. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich Alkohol oder Drogen konsumiert habe

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 61

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 62**54. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich mich körperlich sehr unwohl fühle (z.B. Übelkeit, Schmerzen, Schwindel)

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 63

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 64**55. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich den Eindruck habe, ein/e Außenseiter/in zu sein

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 65

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 66**56. Ich verletze mich selbst, wenn ...**

... ich ein Verlangen (Suchtdruck) nach Selbstverletzung verspüre

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 67

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 68**57. Ich verletze mich selbst, ...**

ohne ersichtlichen Grund

- ☐ Stimmt
- ☐ Stimmt nicht

Seite 69

	Überhaupt nicht erleichtert	Eher nicht erleichtert	Erleichtert	Sehr erleichtert
... und fühle mich dann	☐	☐	☐	☐

Seite 70

58. Warum glauben Sie, dass Sie angefangen haben sich selbst zu verletzen?

Bitte wählen Sie die Option aus, die am besten beschreibt wie sehr Ihr selbstverletzendes Verhalten dadurch verursacht wurde.

	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um unerträgliche Spannung loszuwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich wie auf Drogen "high" zu fühlen	☐	☐	☐	☐	☐
Damit meine Eltern aufhören böse mit mir zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
Um damit aufzuhören mich alleine und leer zu fühlen	☐	☐	☐	☐	☐
Damit sich andere Menschen um mich kümmern oder mir Aufmerksamkeit schenken	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich selbst zu bestrafen	☐	☐	☐	☐	☐
Um ein Gefühl der Erregung zu bekommen, dass sich sehr gut anfühlt	☐	☐	☐	☐	☐
Um Nervosität/ Ängstlichkeit abzubauen	☐	☐	☐	☐	☐
Um zu vermeiden, dass ich Probleme	☐	☐	☐	☐	☐

für etwas bekomme, das ich getan habe	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich von unliebsamen Erinnerungen abzulenken	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um meinen Körper oder mein Aussehen zu verändern	☐	☐	☐	☐	☐
Um einer Gruppe anzugehören	☐	☐	☐	☐	☐
Um Ärger loszuwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Damit mein(e) Freund/ Freundin aufhört böse auf mich zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
Um anderen zu zeigen wie verletzt oder "kaputt" ich bin	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um anderen zu zeigen wie stark oder „hart“ ich bin	☐	☐	☐	☐	☐
Um unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen entfliehen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
Um Stimmen in- oder außerhalb meines Kopfes zu befriedigen, die mir sagen, dass ich es tun soll	☐	☐	☐	☐	☐
Um körperliche Schmerzen an einer Stelle zu fühlen, dann, wenn der andere Schmerz, den ich fühle, unerträglich wird	☐	☐	☐	☐	☐
Damit die Leute damit aufhören soviel von mir zu erwarten	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um mich von einem traurigen Gefühl oder vom "down" sein zu erleichtern	☐	☐	☐	☐	☐
Um Kontrolle in einer Situation zu haben, in der ich von niemandem beeinflusst werden kann	☐	☐	☐	☐	☐

Um mich vom Denken an Selbstmord abzuhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich von Selbstmordversuchen abzuhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich „real“ zu fühlen, wenn ich mich wie betäubt und außerhalb der Wirklichkeit fühle	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um Frustration loszuwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Um aufzuhören etwas zu tun, was ich nicht tun will	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt keinen bestimmten Grund, den ich benennen könnte. Es geschieht eben manchmal	☐	☐	☐	☐	☐
Um mir selbst zu beweisen, wieviel ich aushalten kann	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich sexuell zu erregen	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um sexuelle Erregung zu verringern	☐	☐	☐	☐	☐

59. Warum glauben Sie, dass Sie damit weitermachen sich selbst zu verletzen?

Bitte wählen Sie die Option aus, die am besten beschreibt wie sehr Ihr selbstverletzendes Verhalten dadurch verursacht wird.

	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um unerträgliche Spannung loszuwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich wie auf Drogen "high" zu fühlen	☐	☐	☐	☐	☐
Damit meine Eltern aufhören böse mit mir zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
Um damit aufzuhören mich alleine und leer zu fühlen	☐	☐	☐	☐	☐

Damit sich andere Menschen um mich kümmern oder mir Aufmerksamkeit schenken

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
--	------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	--------------------

Um mich selbst zu bestrafen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um ein Gefühl der Erregung zu bekommen, dass sich sehr gut anfühlt

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um Nervosität/ Ängstlichkeit abzubauen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um zu vermeiden, dass ich Probleme für etwas bekomme, das ich getan habe

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um mich von unliebsamen Erinnerungen abzulenken

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
--	------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	--------------------

Um meinen Körper oder mein Aussehen zu verändern

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um einer Gruppe anzugehören

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um Ärger loszuwerden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Damit mein(e) Freund/ Freundin aufhört böse auf mich zu sein

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um anderen zu zeigen wie verletzt oder "kaputt" ich bin

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
--	------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	--------------------

Um anderen zu zeigen wie stark oder "hart" ich bin

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um unangenehmen Gefühlen oder Stimmungen entfliehen zu können

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um Stimmen in- oder außerhalb meines Kopfes zu befriedigen, die mir sagen, dass ich es tun soll

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Um körperliche Schmerzen an einer

Stelle zu fühlen, dann, wenn der andere Schmerz, den ich fühle, unerträglich wird	☐	☐	☐	☐	☐
Damit die Leute damit aufhören soviel von mir zu erwarten	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um mich von einem traurigen Gefühl oder vom "down" sein zu erleichtern	☐	☐	☐	☐	☐
Um Kontrolle in einer Situation zu haben, in der ich von niemandem beeinflusst werden kann	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich vom Denken an Selbstmord abzuhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich von Selbstmordversuchen abzuhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich „real“ zu fühlen, wenn ich mich wie betäubt und außerhalb der Wirklichkeit fühle	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um Frustration loszuwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Um aufzuhören etwas zu tun, was ich nicht tun will	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt keinen bestimmten Grund, den ich benennen könnte. Es geschieht eben manchmal	☐	☐	☐	☐	☐
Um mir selbst zu beweisen, wieviel ich aushalten kann	☐	☐	☐	☐	☐
Um mich sexuell zu erregen	☐	☐	☐	☐	☐
	Nie ein Grund	Selten ein Grund	Manchmal ein Grund	Öfters ein Grund	Immer ein Grund
Um sexuelle Erregung zu verringern	☐	☐	☐	☐	☐

Selbstverletzung ist extrem hilfreich:

[illegible]

61. Wenn Sie einmal daran denken sich selbst zu verletzen, tun Sie es dann auch immer?

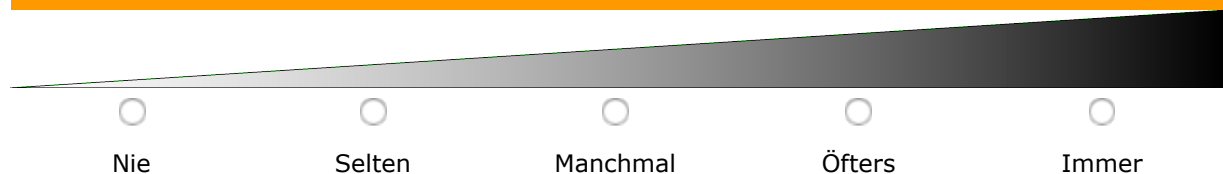
- ☐ Ja
- ☐ Nein

62. Wenn Sie sich absichtlich selbst verletzen: Wie viel Zeit vergeht im Durchschnitt zwischen dem Gedanken daran und der Ausführung?

- ☐ weniger als 1 Minute
- ☐ 1 Minute bis 5 Minuten
- ☐ 6 Minuten bis 30 Minuten
- ☐ über 30 Minuten aber weniger als eine Stunde
- ☐ Stunden
- ☐ Tage

63. Verletzen Sie sich selbst oder denken Sie daran sich selbst zu verletzen, wenn „stressige“ Dinge geschehen?

Kreuzen Sie "0" an, wenn gar nicht und kreuzen Sie "4" an, wenn immer



64. Wenn Sie sich selbst verletzen oder daran denken, wenn „stressige“ Dinge geschehen: Welche Art von Stress bringt Sie üblicherweise dazu Ihre Gedanken an Selbstverletzungen in die Tat umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

☐ Verlassenwerden

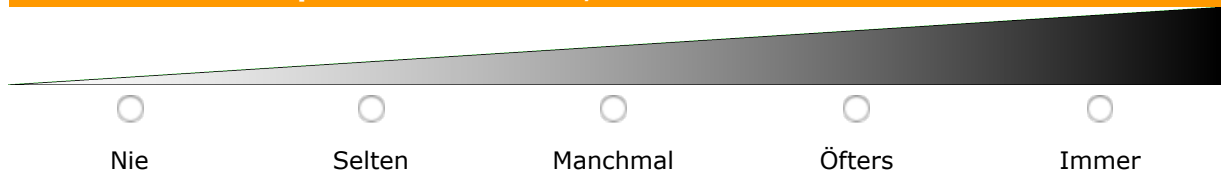
☐ Versagen

☐ Verlust

☐ Zurückweisung

☐ Andere

65. Fühlen Sie körperlichen Schmerz, wenn Sie sich selbst verletzen?



66. Seitdem Sie begonnen haben sich selbst zu verletzen, ist Ihnen aufgefallen, dass...:

	Nie	Manchmal			Immer
das selbstverletzende Verhalten häufiger stattfindet, als Sie es beabsichtigen?	☐	☐	☐	☐	☐
die Schwere der Selbstverletzungen zunimmt? (z.B.: tiefere Schnitte, größere Bereiche Ihres Körpers)	☐	☐	☐	☐	☐
Sie sich für den gleichen Effekt jetzt häufiger oder schwerer verletzen müssen? (für den Fall, dass das selbstverletzende Verhalten, als Sie damit begonnen haben, irgendeinen Effekt bei Ihnen ausgelöst hat)	☐	☐	☐	☐	☐
Ihr selbstverletzendes Verhalten, oder das Denken daran einen großen Teil Ihrer Zeit in Anspruch nimmt? (z.B.: daran Denken und Planen, Sammeln und Verstecken von scharfen Gegenständen, Durchführung und Erholung)	☐	☐	☐	☐	☐
obwohl Sie das Verlangen haben das Verhalten zu verringern oder zu kontrollieren, Sie es nicht schaffen?	☐	☐	☐	☐	☐
Sie dieses Verhalten weiterführen, obwohl Sie bemerken, dass es Ihnen körperlich und/oder emotionalen Schaden zufügt?	☐	☐	☐	☐	☐
Sie wichtige soziale, akademische (schulische), berufliche oder Freizeit Aktivitäten aufgeben oder verringern um dieses Verhalten aufrechtzuerhalten?	☐	☐	☐	☐	☐

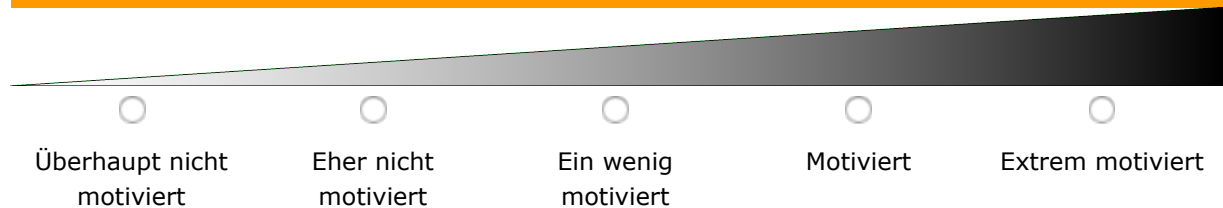
67. Wenn Sie versuchen dem selbstverletzenden Verhalten zu widerstehen, was machen Sie stattdessen?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- ☐ Mit jemandem reden
- ☐ Bewegung/ Sport
- ☐ Lesen, Schreiben, Musik, Tanz
- ☐ Fernsehen, Video- oder Computerspiele spielen
- ☐ Dinge tun, die mich entspannen (z.B.: heißes Bad, Yoga, tiefes Atmen)
- ☐ Alkohol oder andere Drogen
- ☐ Irgendwas tun um die Hände zu beschäftigen
- ☐ Anderes

- ☐ Ich habe noch nie versucht zu widerstehen

68. Wenn Sie versuchen dem selbstverletzenden Verhalten zu widerstehen, was ist dann für Sie die hilfreichste Möglichkeit?

Seite 74**69. Wie motiviert sind Sie im Augenblick das selbstverletzende Verhalten zu beenden?**

70. Welche Behandlung haben Sie bisher erhalten mit dem Ziel Ihr selbstverletzendes Verhalten einzuschränken oder zu beenden?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

☐ Selbsthilfe (z.B.: Selbsthilfebücher, Internet)☐ Einzeltherapie☐ Beratungsgespräche☐ Gruppentherapie☐ Familientherapie☐ Medikamente☐ Anderes (bitte erläutern Sie) ☐ Ich hatte noch keine Behandlung☐ Ich habe die Behandlung verweigert**71. Welche Behandlung haben Sie am hilfreichsten gefunden, um Ihr selbstverletzendes Verhalten einzuschränken oder zu beenden?**

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

☐ Selbsthilfe (z.B.: Selbsthilfebücher, Internet)☐ Einzeltherapie☐ Beratungsgespräche☐ Gruppentherapie☐ Familientherapie☐ Medikamente☐ Anderes (bitte erläutern Sie) ☐ Ich hatte noch keine Behandlung☐ Die Behandlung, die ich hatte, fand ich nicht hilfreich

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie!

Mit Hilfe dieser Studie wird versucht das Erleben von Personen, die sich selbstverletzen, besser zu verstehen. Die Daten aus der aktuellen Studie können einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Forschung auf dem Gebiet der Selbstverletzung beitragen.

Sollten Sie noch weitergehende Fragen zur Studie haben, zögern Sie bitte nicht, die Studienleiterin zu kontaktieren: a1340937@univie.ac.at

Nochmals vielen Dank!

Einladung zum SoSci Panel

Das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie künftig gerne zu interessanten Onlinebefragungen einladen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die wissenschaftliche Forschung durch Ihre Teilnahme unterstützen.

E-Mail:

Am Panel teilnehmen

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden, Sie gehen mit der Teilnahme keinerlei Verpflichtungen ein.

Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse eintragen, erhalten Sie zunächst eine Bestätigungs-Mail. In dieser E-Mail finden Sie einen Link, um die Teilnahme am SoSci Panel zu bestätigen sowie weitere Informationen zum strengen **Datenschutz im SoSci Panel**.

Wir senden Ihnen selbstverständlich keine Werbung und geben Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang 13: Deutscher Abstract

Hintergrund: Die aktuelle Studie wurde durchgeführt, um festzustellen, ob und inwieweit selbstverletzendes Verhalten (SVV) als Copingstrategie junger Erwachsener, die sich selbst verletzen, fungiert. Zudem wurden Unterschiede im Copingverhalten, Stresserleben und dem Gefühl des Erwachsenseins junger Erwachsener anhand der Gegenüberstellung von Personen mit und ohne SVV untersucht.

Methode: Junge Erwachsene mit (M -Alter = 21.45 Jahre, SD = 3.00; 92% Frauen) und ohne SVV-Historie (M -Alter = 23.18 Jahre, SD = 3.68; 80% Frauen) füllten Online-Fragebögen zur Erhebung folgender Informationen aus: (a) demographische Daten, (b) SVV, (c) Gefühl des Erwachsenseins, (d) Stresserleben, (e) Einsatz spezifischer Copingstrategien und (f) SVV als unabhängige Copingstrategie.

Ergebnisse: Es konnte gezeigt werden, dass das Gefühl des Erwachsenseins in den Gruppen junger Erwachsener mit und ohne SVV vergleichbar war. Grundlegende Unterschiede wurden bezüglich des erlebten Stresses und der Copingstrategien beobachtet. Jene mit SVV berichteten über höhere Stressbelastungen in der Familie und anderen Lebensbereichen (ausgenommen Arbeit und Ausbildung), über mehr maladaptive Copingstrategien (Alkohol und Drogen, Verhaltensrückzug, Selbstbeschuldigung,) sowie deutlich niedrigere adaptive Copingstrategien (aktive Bewältigung, emotionelle und instrumentelle Unterstützung, Ausleben von Emotionen, positive Umdeutung, Planung) als jene, die sich nicht selbst verletzten. Erleichterungsgefühle waren positiv mit SVV assoziiert. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass junge Erwachsene SVV benutzen, um nach belastenden Auslösern Erleichterung zu verspüren.

Schlussfolgerungen: Diese Befunde ergänzen die noch im Entstehen begriffene Literatur, die Prozesse untersucht, welche mit SVV und Coping zusammenhängen. Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung von Copingprozessen hin und geben erste Hinweise darauf, dass SVV als eigenständige Copingstrategie herangezogen wird.

Schlüsselwörter: selbstverletzendes Verhalten, junge Erwachsene, Gefühl des Erwachsenseins, Stress, Coping, Erleichterung

Anhang 14: Englischer Abstract

Background: The current study was undertaken to determine whether self-injurious behavior (SIB) serves as a coping strategy for young adults who hurt themselves. In addition, differences in the coping behavior, stress experiences and the feeling of being grown-up of participants with and without SIB were investigated.

Methods: Young adults with a history of SIB (M age = 21.45 years, SD = 3.00; 92% female) and young adults without a history of SIB (M age = 23.18 years, SD = 3.68; 80% female) completed online self-reports measuring following informations: (a) demographic data, (b) SIB, (c) feeling of being grown-up, (d) stress experiences, (e) use of specific coping strategies and (f) SIB as an independent coping strategy.

Results: Results indicated that the feeling of being grown up did not differ in the groups of young adults with and without SIB. Fundamental differences in the experienced stress and coping strategies were observed. Those with SIB reported higher levels of stress in the family and other areas of their life (excluded work and education), and more maladaptive coping strategies (substance use, behavioral disengagement, self-blame) as well as significantly lower levels of adaptive coping strategies (active coping, use of emotional and instrumental support venting, positive reframing, planning) than those who never self-injured. Feelings of relief were positively associated with SIB. The major findings of this research showed that young adult used SIB to feel relief on stressful triggers.

Conclusions: These findings add to the still nascent body of literature examining processes associated with SIB and coping. The results indicate the importance of coping processes and provide initial indications that SIB serves as an independent coping strategy.

Keywords: self-injurious behavior, young adults, feeling grown-up, stress, coping, relief