

Code-Nummer: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

## **Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSSV):**

Unter selbstverletzendem Verhalten versteht man bewusste Handlungen, mit denen sich eine Person einen konkreten körperlichen Schaden zufügt, ohne dass sie eine Selbsttötungsabsicht hat. Der vorliegende Fragebogen richtet sich an Personen, die solche Verhaltensweisen ausführen.

Es werden Informationen zu folgenden Aspekten der selbstverletzenden Verhaltensweisen erfasst: 1. Methoden; 2. Häufigkeit; 3. Auslöser; 4. Konsequenzen. Diese Informationen lassen sich unter der Überschrift „Verhaltensanalyse“ zusammenfassen und spielen für die Behandlung von selbstverletzenden Verhaltensweisen eine wichtige Rolle.

Um die Fragen zu beantworten, machen Sie bitte in der Spalte ein Kreuz, deren Überschrift Ihre Antwort am besten wiedergibt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

# 1. Welche Methoden selbstverletzenden Verhaltens haben Sie in den letzten sechs Monaten bei sich angewendet?

Ich verletze mich selbst, indem ich ...	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
... mich selbst Schneide (z.B. mit Rasierklinge oder Messer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Kopf aufschlage (z.B. gegen eine Wand).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Faust gegen einen festen Untergrund schlage (z.B. Wand).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich selbst verbrenne oder verbrühe (z.B. mit Zigarette, heißem Wasser).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir selbst Blut ablasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich selbst würgen / stranguliere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir Haare ausreiße.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Wundheilung verhindere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich selbst kratze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich selbst steche bzw. Piercing (nicht gemeint ist Modepiercing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich von anderen gezielt schlagen oder verletzen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... scharfe bzw. verletzende Gegenstände schlucke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte benennen): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					

# 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In „Krisenzeiten“ – maximaler Wert im letzten halben Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In „ruhigen“ Zeiten – minimaler Wert im letzten halben Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. In welchen Situationen bzw. nach welchen Ereignissen verletzen Sie sich selbst? Dies ist die Frage nach den unmittelbaren Auslösern.**

Ich verletze mich selbst, wenn ...	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
... es Probleme / Unklarheiten mit meinem Partner gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich von anderen kritisiert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich ein Verlangen nach Alkohol, Drogen oder Medikamenten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich angegriffen fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere „Leistung“ von mir verlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir jemand sehr Nahe gekommen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich über mich und mein Leben nachdenke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich den Eindruck habe, jemand mag bzw. liebt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich alleine in meiner Wohnung bzw. meinem Zimmer bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere mir ihre traumatischen Erfahrungen berichtet haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich anderen gegenüber aggressiv bzw. unfreundlich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich einen Fehler gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich glaube, „gefährlich“ und böse zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich starke angenehme Gefühle habe (z.B. Freude, Liebe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich eine Aufgabe bzw. ein Vorhaben nicht erledigt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich ungerecht behandelt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich Instrumente zur Selbstverletzung wahrnehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich mit anderen gestritten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich selbst für dumm und unfähig halte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere mir von ihren Selbstverletzungen berichtet haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich an eigene schreckliche Erfahrungen erinnere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich starke unangenehme Gefühle habe (z.B. Wut, Ekel, Angst, Trauer, Scham, Schuld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich Alkohol oder Drogen konsumiert habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich körperlich sehr unwohl fühle (z.B. Übelkeit, Schmerzen, Schwindel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich den Eindruck habe, ein/e Außenseiter/in zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich ein Verlangen (Suchtdruck) nach Selbstverletzung verspüre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verletze mich selbst ohne ersichtlichen Grund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Was ist die kurzfristige, unmittelbare Konsequenz (Folge) des selbstverletzenden Verhaltens?

Folgendes tritt <u>unmittelbar</u> nach der Selbstverletzung ein:	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Die innere Spannung wird geringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gerate in einen angenehmen „entrückten“ Zustand (Trance).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich spüre mich und meinen Körper wieder mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich besonders individuell und stolz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde Lust (wie im Drogenrausch oder sexuell/erotisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine innere Leere / Langeweile wird beendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann wieder etwas klarer und geordneter denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke unangenehme Gefühl werden geringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme meine Umwelt wieder etwas klarer wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe anderen gezeigt, dass es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhalte Zuspruch und Zuwendung von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe unmittelbar Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, andere (Familie, Bekannte etc.) bestraft zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wunde muss notfallmäßig medizinisch versorgt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es tauchen belastende Gedanken und / oder Gefühle auf (z.B. Schuld, Ekel, Scham, Traurigkeit, Ärger).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte benennen): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Was sind die mittel- und langfristigen Konsequenzen bzw. Folgen des selbstverletzenden Verhaltens?

Folgendes sind die mittel- und langfristigen Konsequenzen meines selbstverletzenden Verhaltens:	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Ich habe später Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>unangenehme</i> Gefühle (z.B. Schuld, Scham, Ärger, Traurigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, eine schwierige Situation bewältigt zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <i>angenehme</i> Gefühle (z.B. Freude, Zufriedenheit, Glück).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine allgemeine Befindlichkeit wird <i>besser</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine allgemeine Befindlichkeit wird <i>schlechter</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich insgesamt labil und unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (z.B. mein Partner, Eltern) machen sich Sorgen um mich und wenden sich mir zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss Hilfe in Anspruch nehmen, um die Wunden medizinisch versorgen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde stationär in eine Klinik aufgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte benennen): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Weitere Fragen zum selbstverletzenden Verhalten

	ganz sicher	ziemlich wahrscheinlich	vielleicht	wahrscheinlich nicht	keinesfalls
Möchten Sie auf das selbstverletzende Verhalten verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie auf das selbstverletzende Verhalten verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie schätzen Sie Ihre Selbstkontrollfähigkeit in Bezug auf das selbstverletzende Verhalten ein? Machen Sie bitte eine Angabe zwischen 0 und 100% (100% ist maximale Kontrollfähigkeit):**

0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%

                                      

**Seit welchem Lebensjahr wenden Sie selbstverletzendes Verhalten an?**

12. oder früher    13.-15.    16.-18.    19.-21.    22. oder später

**7. Welche „Indirekten Methoden“ selbstschädigenden Verhaltens haben Sie in den letzten sechs Monaten angewendet?**

Ich schädige mich selbst, indem ich ...	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
... gezielt erbreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in kurzer Zeit sehr viel esse („Fressanfälle“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hungere (fast nichts esse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nicht bzw. viel zu wenig schlafe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu viel Alkohol, Drogen oder Medikamente konsumiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... blind über eine Straße gehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gefährliche, riskante Sportarten betreibe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... extrem Sport treibe („bis zum Umfallen“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an einer Beziehung festhalte, in welcher der Partner mir Schaden zufügt (Schläge, sexuelle Misshandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... „bis zum Umfallen“ arbeite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlecht über mich denke, mich „gedanklich“ beschimpfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Methoden: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine unklare, problematische Wohnsituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine unklare, problematische berufliche Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Körperliche Erkrankungen (z.B. Erkältungen, Knochenbrüche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Probleme / Konflikte in der Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Probleme / Konflikte im familiären Umfeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Wirtschaftliche, finanzielle Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Unzufriedenheit mit der therapeutischen Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Probleme / Konflikte im Freundes- und Bekanntenkreis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>