

Tagung

„Selbstverletzung im Unterschied zur Suizidalität“

14.03.2019

Prim. Univ. Prof. Dr. Kathrin Sevecke

Gliederung

I. Definition und Häufigkeit

II. Entstehung

III. Diagnostik

IV. Intervention

V. Schulsituation

VI. Suizidalität

Gliederung

I. **Definition und Häufigkeit**

II. Entstehung

III. Diagnostik

IV. Intervention

V. Schulsituation

VI. Suizidalität

kein neues Phänomen in Medizingeschichte

- Erste Publikation **1938: „Man against himself“** (Menninger, 1938)
- „**Wrist Cutter Syndrome**“: Publikationen in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts
- bis 2014 andauernde Phase von **vielen uneinheitlichen Begriffen**, die nebeneinander angewandt wurden und die **Interpretation von Forschungsergebnissen sehr erschweren**



„Flagellanten“ od. „Geißler“, 13. – 14. JH

Wo beginnt Selbstschädigung?

- Eine Person nimmt ihre Bedürfnisse und Rechte nicht wahr?
- Eine Person lässt sich in ihrer Entwicklung einschränken?
- Eine Person lässt sich ausnutzen / vielleicht sogar misshandeln ?
- Das Verhalten führt zum Zerbrechen von Beziehungen ?
- Missachten von Regeln führt zu schädlichen Konsequenzen ?

Definition

- bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von Körpergewebe,
- ohne suizidale Absicht, die
- sozial nicht akzeptiert ist.

Nitkowski & Petermann, 2009

Übersichtsarbeit

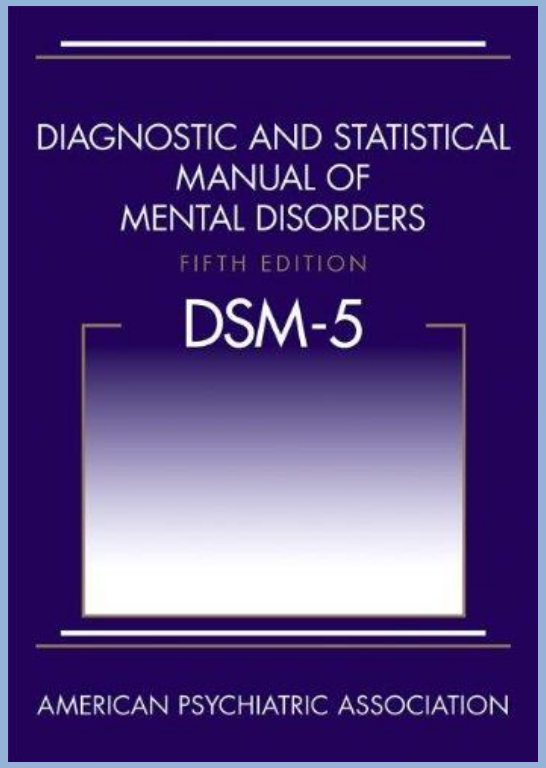
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (SVS) im DSM-5

Paul L. Plener[1], Nestor D. Kapusta[2], Romuald Brunner[3] und Michael Kaess[3]

[1]Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm, [2]Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, [3]Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg

Zusammenfassung. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und die Suizidale Verhaltensstörung (SVS) wurden in der 5. Auflage des «Diagnostic and Statistical Manual» (DSM-5) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) in der «Sektion 3» erstmals als diagnostische Kategorien aufgenommen. Damit werden diese beiden Störungsbilder zwar nicht als formale Diagnosen im neuen Klassifikationssystem anerkannt, jedoch erstmals eindeutig im Rahmen eines Klassifikationssystems definiert. Dies soll weitere Forschungsarbeiten in diesem Bereich in Zukunft vereinheitlichen und erleichtern. Die vorliegende Arbeit stellt diese beiden neuen Störungsbilder vor und bietet anhand eines selektiven Literaturreviews einen Überblick über die Diskussion über NSSV und SVS als eigenständige Störungsbilder. Erste vorliegende Arbeiten, die auf diese Definitionen zurückgreifen, werden vorgestellt. In Deutschland dürfte die Ein-Jahres Prävalenz von NSSV im Jugendalter ca. 4 % betragen, für SVS ca. 9 %. Es kann davon ausgegangen werden, dass die neuen Definitionen zur besseren Vergleichbarkeit von künftigen Studienergebnissen führen werden.

DSM 5: Non-suicidal self-injury



- A. Die Person hat sich im **letzten Jahr an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst Schaden an der Körperoberfläche** […] zugefügt, […] in der Erwartung […], dass die Verletzung nur zu geringem oder mäßigem körperlichen Schaden führt (d.h. es bestand **keine suizidale Absicht**).

Diagnosekriterien der Nicht-suizidalen Selbstverletzung NSSV (DSM-5)

Kriterium A:

Innerhalb des **letzten Jahres** hat sich das Individuum **an fünf oder mehr Tagen** absichtlich selbst eine Schädigung an der Körperoberfläche zugefügt, in einer Weise, die **Blutungen, Quetschungen oder Schmerzen** wahrscheinlich macht (z.B. **Schneiden, Verbrennen, Stechen, Schlagen, die Haut aufreiben**), mit der Erwartung, dass die Verletzung nur zu einem kleinen bis moderaten körperlichen Schaden führt (nämlich **ohne suizidale Intention**). Beachte: Die Abwesenheit einer suizidalen Intention wird entweder vom Individuum berichtet oder kann aus dem repetitiven Vorkommen eines Verhaltens hergeleitet werden, von dem der Patient aus Erfahrung weiß oder gelernt hat, dass es wahrscheinlich zum Tod führt.

Diagnosekriterien der Nicht-suizidalen Selbstverletzung NSSV (DSM-5)

Kriterium B:

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

1. **Um Erleichterung von einem negativen Gefühl oder kognitiven Zustand zu bekommen**
2. **Um eine interpersonelle Schwierigkeit zu lösen**
3. **Um einen positiven Gefühlszustand herbeizuführen**

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

Diagnosekriterien der Nicht-suizidalen Selbstverletzung NSSV (DSM-5)

Kriterium C:

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

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

Diagnosekriterien der Nicht-suizidalen Selbstverletzung NSSV (DSM-5)

Kriterium D:

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

Kriterium E:

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

Kriterium F:

Das Verhalten kann nicht durch andere medizinische Erkrankungen erklärt werden.

Wie häufig ist NSSV?

Wer verletzt sich?

- Ca. wieviel Prozent der Jugendlichen verletzen sich?
  Antwort: ca. 1/5 der Jugendlichen
- Wann ungefähr Beginn?
  Antwort: um das 13 –14 LJ
- Wieviel Prozent davon weiblich?
  Antwort: 2/3 weiblich
- Häufig Spontanremission bis ?
  Antwort: 30. LJ
- Häufig bei Depressionen, Essstörungen, emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie

- Systematischer Review (n=119 Studien): Daten von 1993-2012: N=231.553

- Lebenszeitprävalenz sinkt:
  - **Adoleszente: 17.2%** (8.0-26.3)
  - **Junge Erwachsene: 13.4%** (4.5-22.3)
  - **Erwachsene: 5.5%** (1.7-16.3)



Epidemiologie: Deutschland

- Jugendliche:
  - Lebenszeitprävalenz einmaliges NSSV: 25-35%
  - DSM-5 Kriterien: ~4%
  - Ein-Jahres Prävalenz stationäre Patienten: 50%
- Junge Erwachsene:
  - Lebenszeitprävalenz einmaliges NSSV: 14%
- Allgemeinbevölkerung:
  - Lebenszeitprävalenz einmaliges NSSV: 3%

Plener et al., 2009; Brunner, Kaess et al., 2014; Plener et al., 2013;
Plener et al., 2012; Kaess et al., 2013; Allroggen et al., 2014, Plener et al., subm.

Epidemiologie: Österreich

	A	D	CH	p
6-M-Präv.	11%	14%	8%	0,02

N=1339, mittleres Alter: 14.99 (0.79)

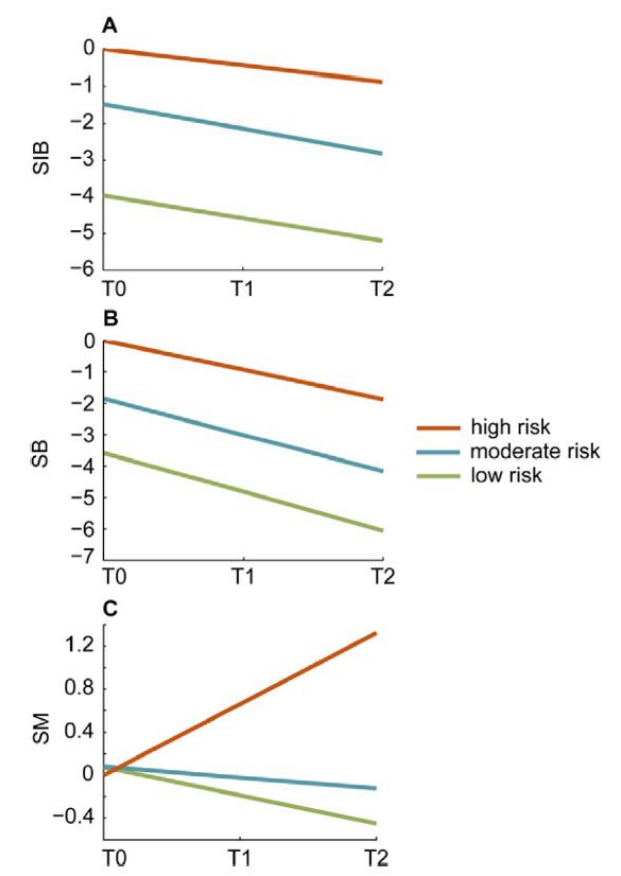
Land	Lebenszeit-prävalenz	manchmal	Repetitiv ≥ 5x
1. F	38,5%	25,6%	13%
2. D	35,1%	22,9%	12,3%
3. Est	32,9%	23,7%	9,1%
……			
7. A	26,9%	20,0%	6,9%

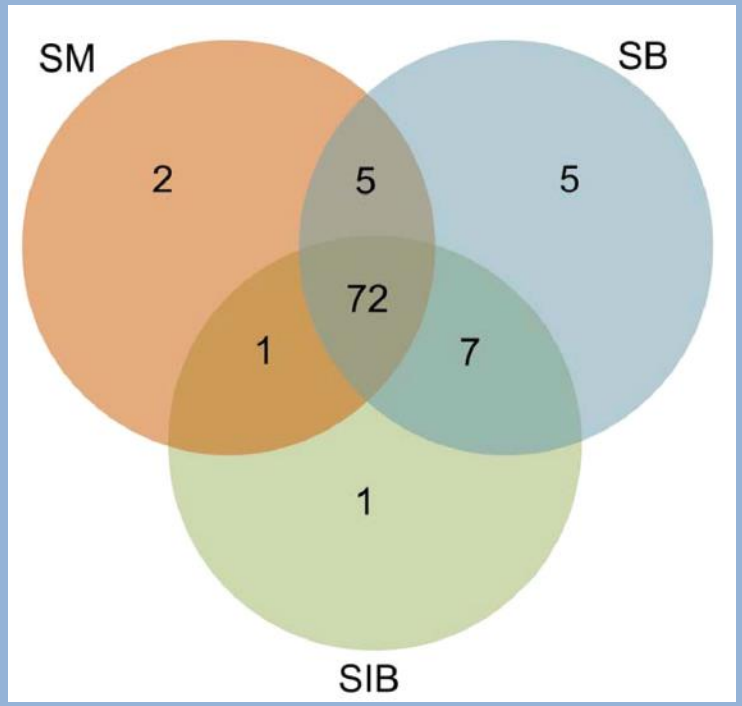
Vergleichsstudie von „direct self-injurious behavior“
11 Länder, n=12.068 (mittleres Alter: ca. 15)
Lebenszeitprävalenz: 27,6%; 7,8% repetitives D-SIB

Plener et al., 2013;
Brunner, Kaess et al., 2014

Verlauf

N=513, 15-17a, 2-Jahres Follow-up
NSSV, suizidales Verhalten und Substanzkonsum:
High risk: 80-90% Überschneidungen: 77,4% in allen 3 high risk Clustern





Nakar et al., 2016

Zusammenfassung Verlauf:



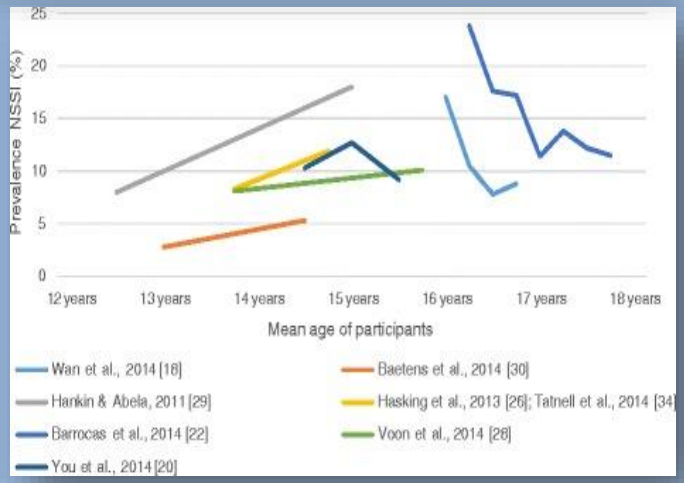
- **Insgesamt wenig Längsschnittdaten**
- **Faustregeln:**
  - **Einstiegsalter** 13-15 a
  - NSSV **nimmt im jungen Erwachsenenalter** wieder **ab**
  - **Kontinuität** bei **Mädchen höher** als bei Jungen
  - **Negative Prädiktoren**: **Vorliegen von komorbiden Störungen** (Angst, Depression, Konsum), **schlechte Beziehungsqualität** zu Peers, Einzelgängertum
  - **Schutzfaktoren: Peers**

In-Albon, 2015, Petermann 2015, Plener 2015


REVIEW Open Access

The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature

Paul L Plener*, Teresa S Schumacher, Lara M Munz and Rebecca C Groschwitz



Plener, 2015

Fragestellung

Was wird aus „unseren“ jugendlichen

Patienten mit NSSV im Erwachsenenalter

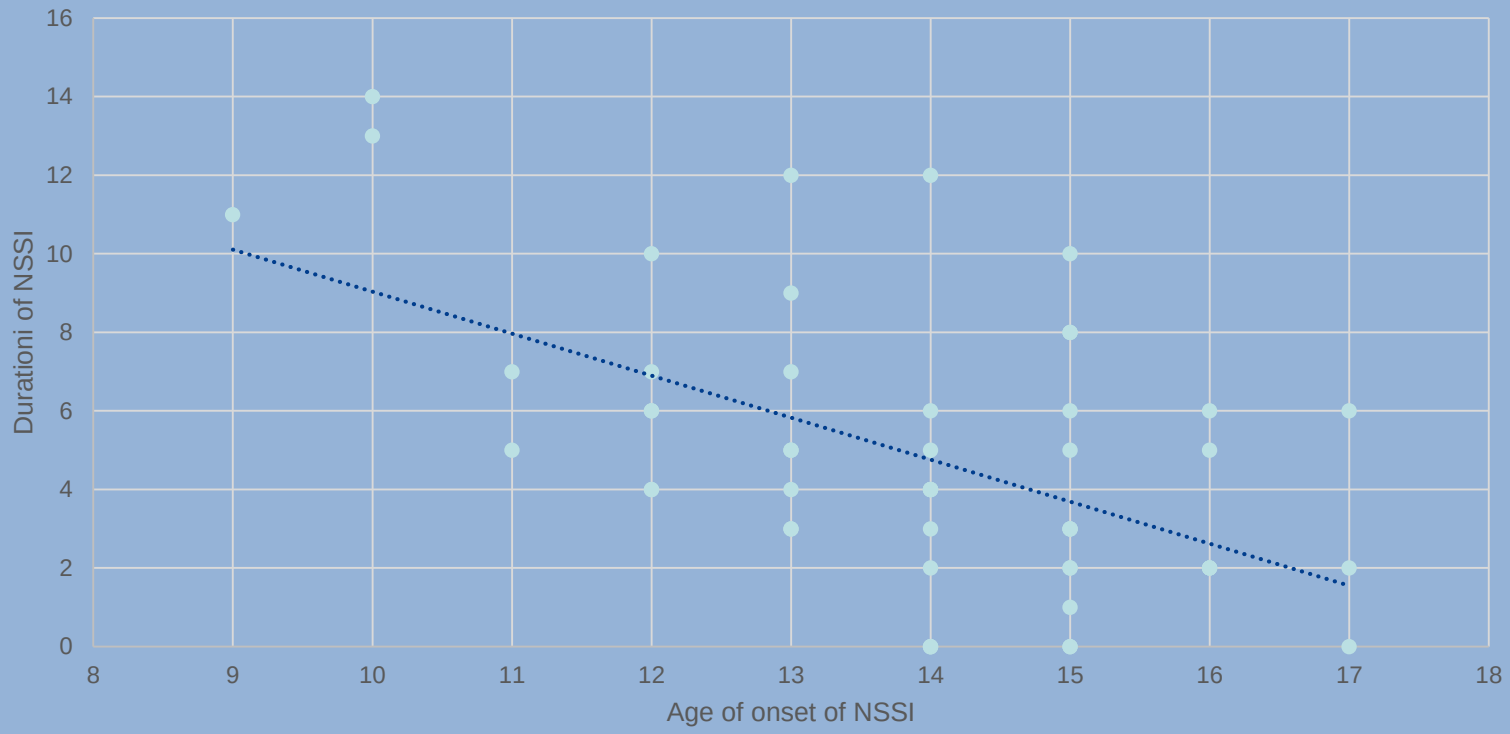
?

Interview: Stichprobe

- N=52M Alter: 18-28 (m: 21.5, SD: 2.68); w: 94.2%
- NSSI DSM 5 Kriterien: 19.23%
- Psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung: 36,5%
- Psychopharm. Medikation: 30,8%
- Keine Behandlung: 53,8%
- Keine Diagnose: 28,8%

Groschwitz*, Plener* et al., 2015

Dauer NSSV

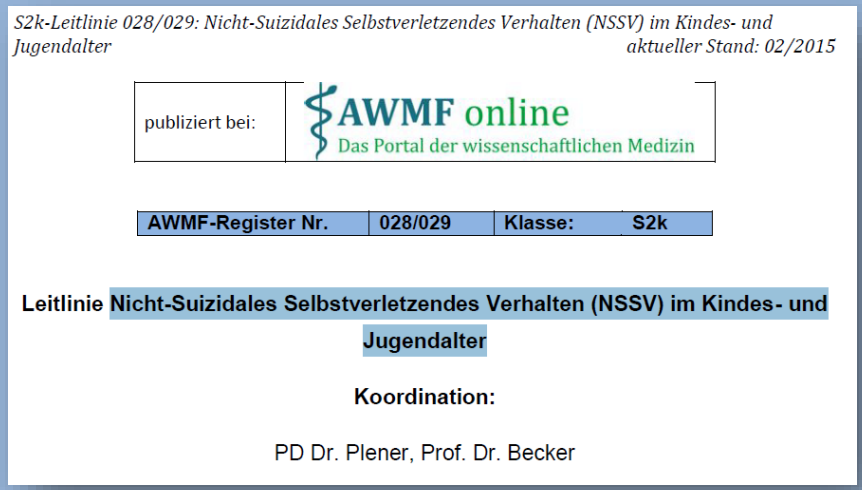


Groschwitz*, Plener* et al., 2015

Leitlinie NSSV

- Aufgrund der Häufigkeit und Bedeutung des Phänomens NSSV erfolgte **2015** Veröffentlichung von **AWMF-Leitlinien**

- Kostenfreier Download unter **http://www.awmf.org**



S2k-Leitlinie 028/029: Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter *aktueller Stand: 02/2015*

publiziert bei: AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr.	028/029	Klasse:	S2k

Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter

Koordination:

PD Dr. Plener, Prof. Dr. Becker

Gliederung

I. Definition und Häufigkeit

II. **Entstehung**

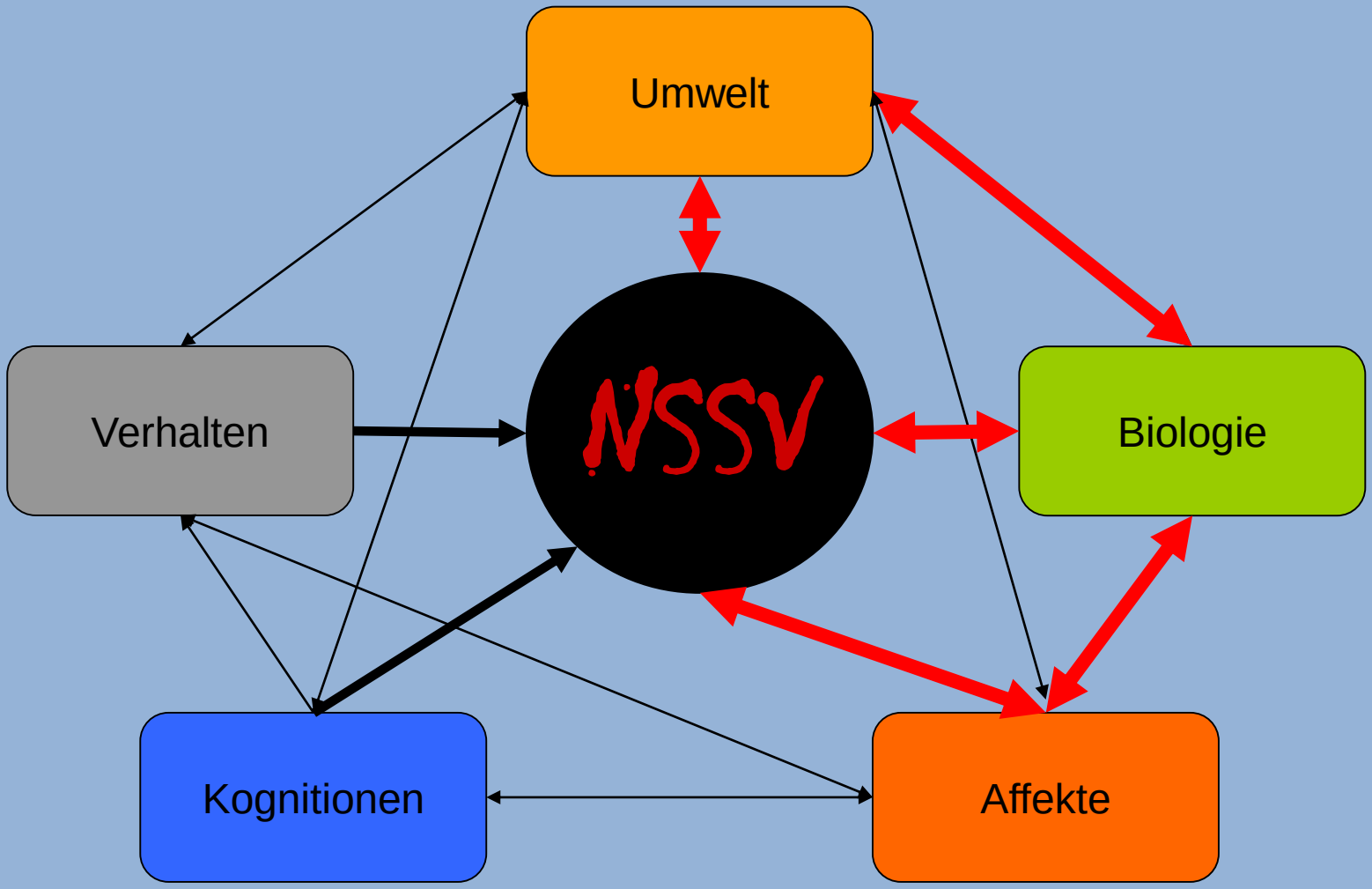
III. Diagnostik

IV. Intervention

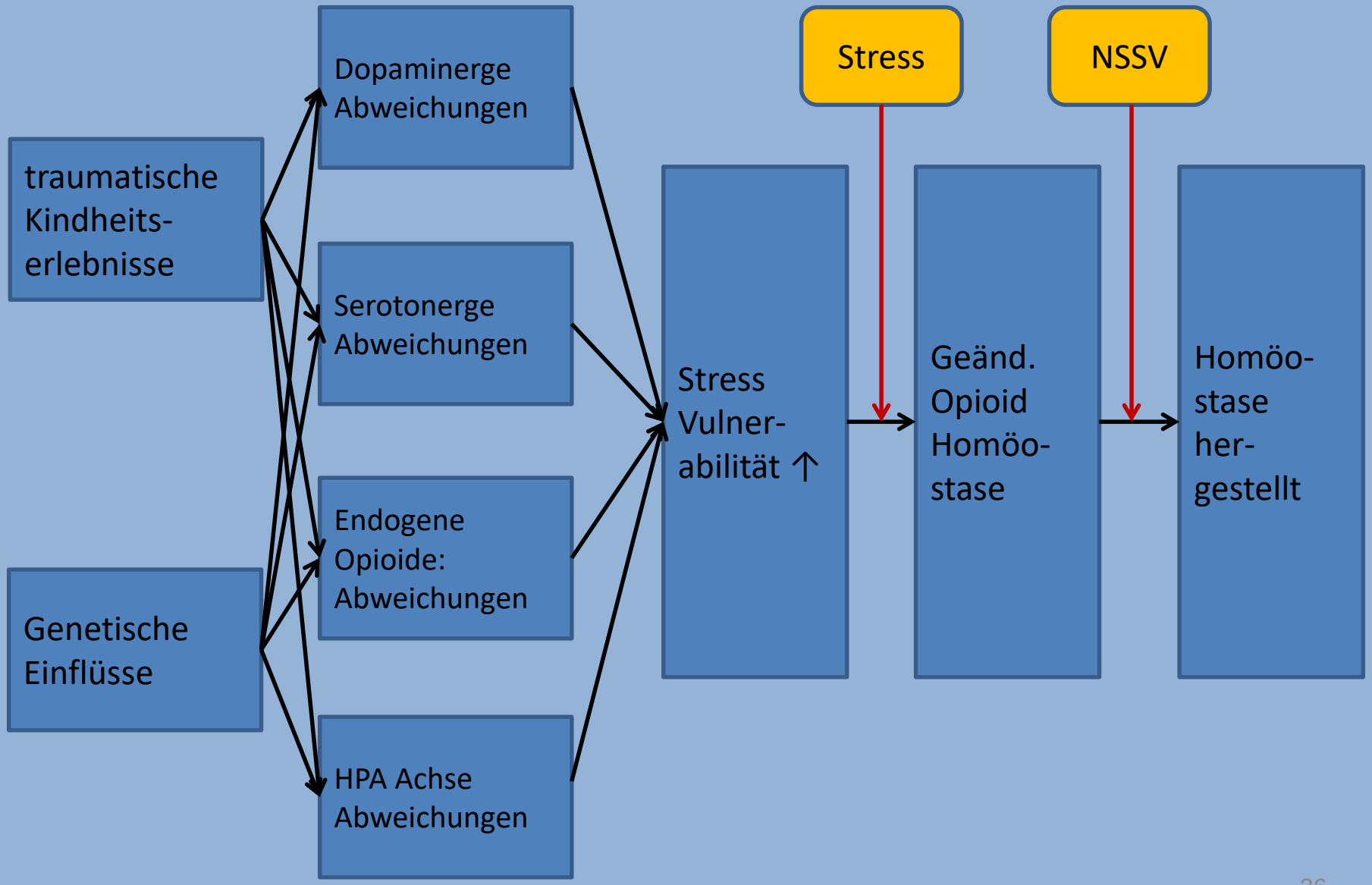
V. Schulsituation

VI. Suizidalität

Entstehungsbedingungen: Biopsychosoziales Modell



Neurobiologisches Modell von NSSV



Sher & Stanley, 2009

Theoretisches Modell NSSV

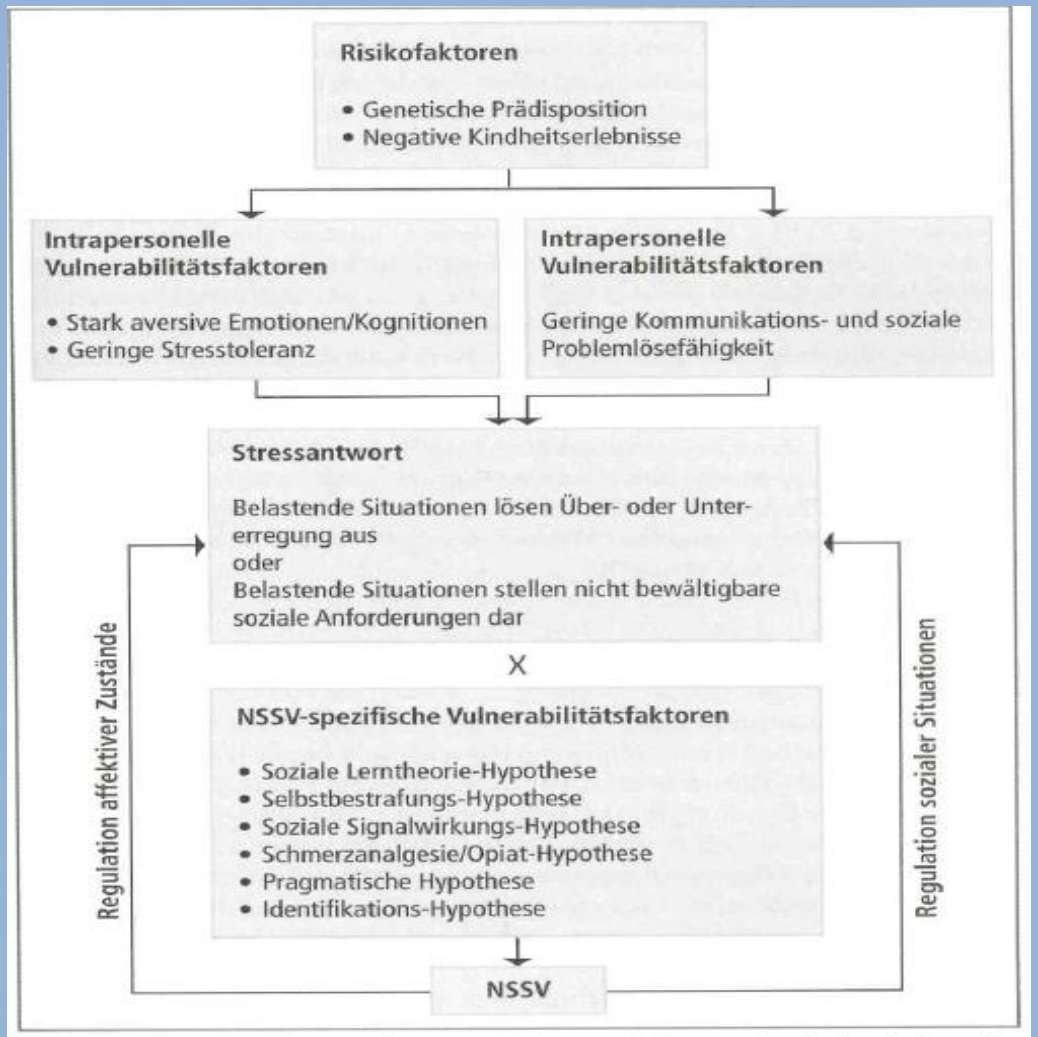


Abb. 2-1 Integratives theoretisches Modell der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Nicht-suizidalen Selbstverletzung (NSSV; nach: Brunner u. Schmahl 2012; Nock 2010).

Real time ecological momentary assessment (EMA)

- N=30, m Alter: 17.3; SD: 1.9. PDA: 2x/Tag u. Eintrag b. Gedanken und NSSV über 2 Wochen

- Vor Gedanken an NSSV:
  - Sorgen
  - belastende Erinnerungen und
  - Druck

- Vor NSSV:
  - zurückgewiesen fühlen
  - Wut gegen sich selbst
  - Selbsthass
  - taub fühlen
  - Wut auf andere

Nock et al.,2009

Typischer Ablauf der Selbstverletzung



Zwischenmenschliche Probleme

Innere Anspannung



Selbstverletzung

Vorübergehende (Er)Lösung

Neuer Druck baut sich auf

Analgesie bei BPD

- BPD+NSSV ~ 80 %: Hypalgesie oder Analgesie

- Erhöhte Schmerzschwelle in BPD+NSSV
  - Erhöhte Aktivierung im DLPFC
  - Verminderte Aktivierung im ACC und der Amygdala
  - Verminderte Amygdala Aktivierung nach Schnitt (im Vgl. zu sham Bedingung)

- Hypalgesie ist habituell:
  - Schmerzschwelle sinkt nach Beendigung von NSSV

Bohus et al., 2000, Cardenas-Morales et al., 2011, Schmahl et al., 2004, 2006, Ludäscher et al., 2009, Reitz et al., 2015

Mobbing als Risikofaktor

- ALSPAC Studie: (n=4810: 7-10 Jahre-16-17 Jahre):
  - Mobbing als Prädiktor für NSSV

- Dt. Schüler (n=647, mAlter: 12,8)
  - Häufiges Mobbing (≥ 2-3x in letzten drei Monaten):
  - OR für NSSV: 11,75



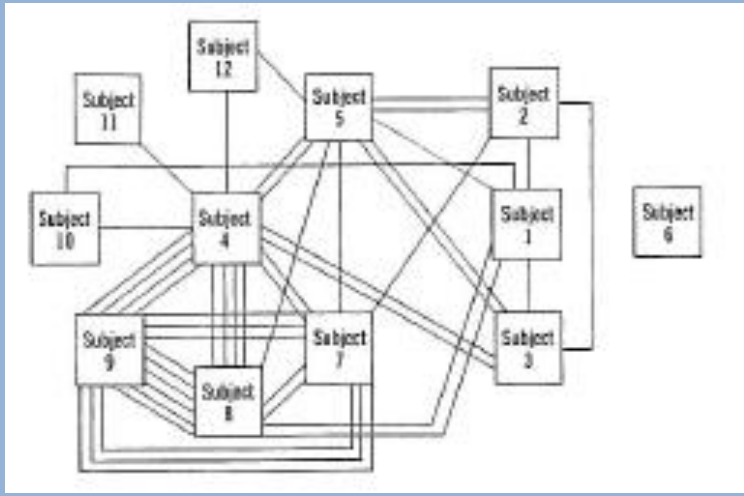
Lereya et al., 2013; Jantzer et al., 2015

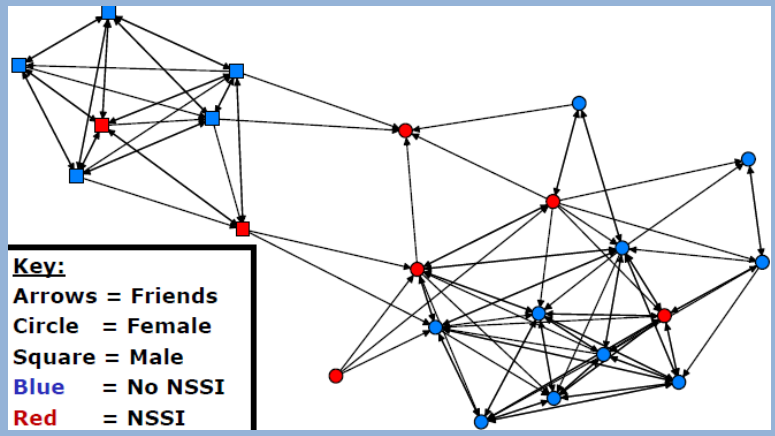
Warum NSSV?

Soziale Ansteckung

Zusammenhang zwischen sozialer Ansteckung und NSSV im allen 16 Studien

- NSSV kann durch peers angestoßen werden:
  - Zusammen ausführen, Kommunikation darüber, auch soziale Medien….





Rosen & Walsh, 1989, Lieberman et al., 2009; Young & Plener, 2015

Wundgrade

39.6% oberflächliche Wunden

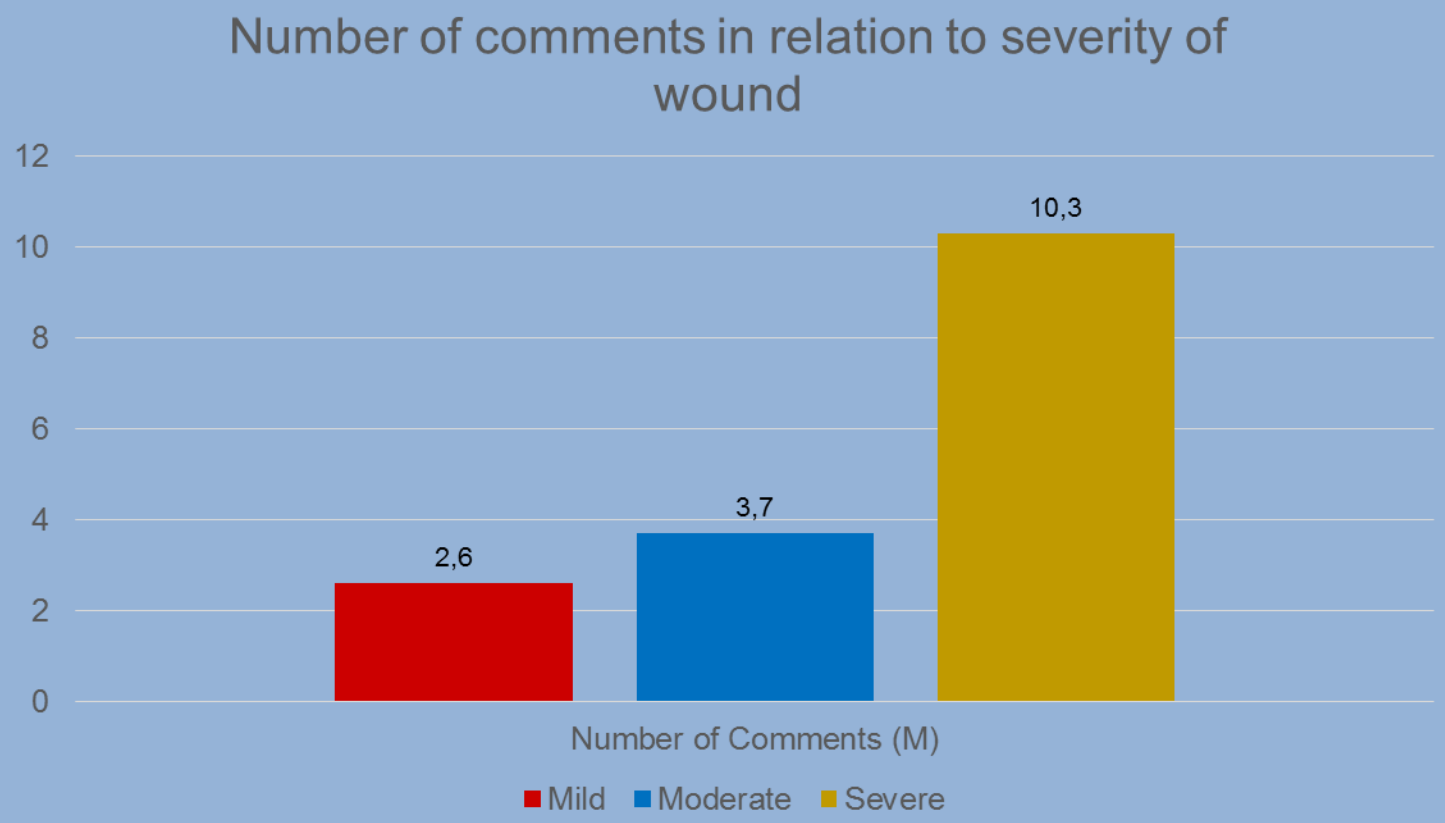
47.8% moderate Wunden

12.6% schwere Wunden



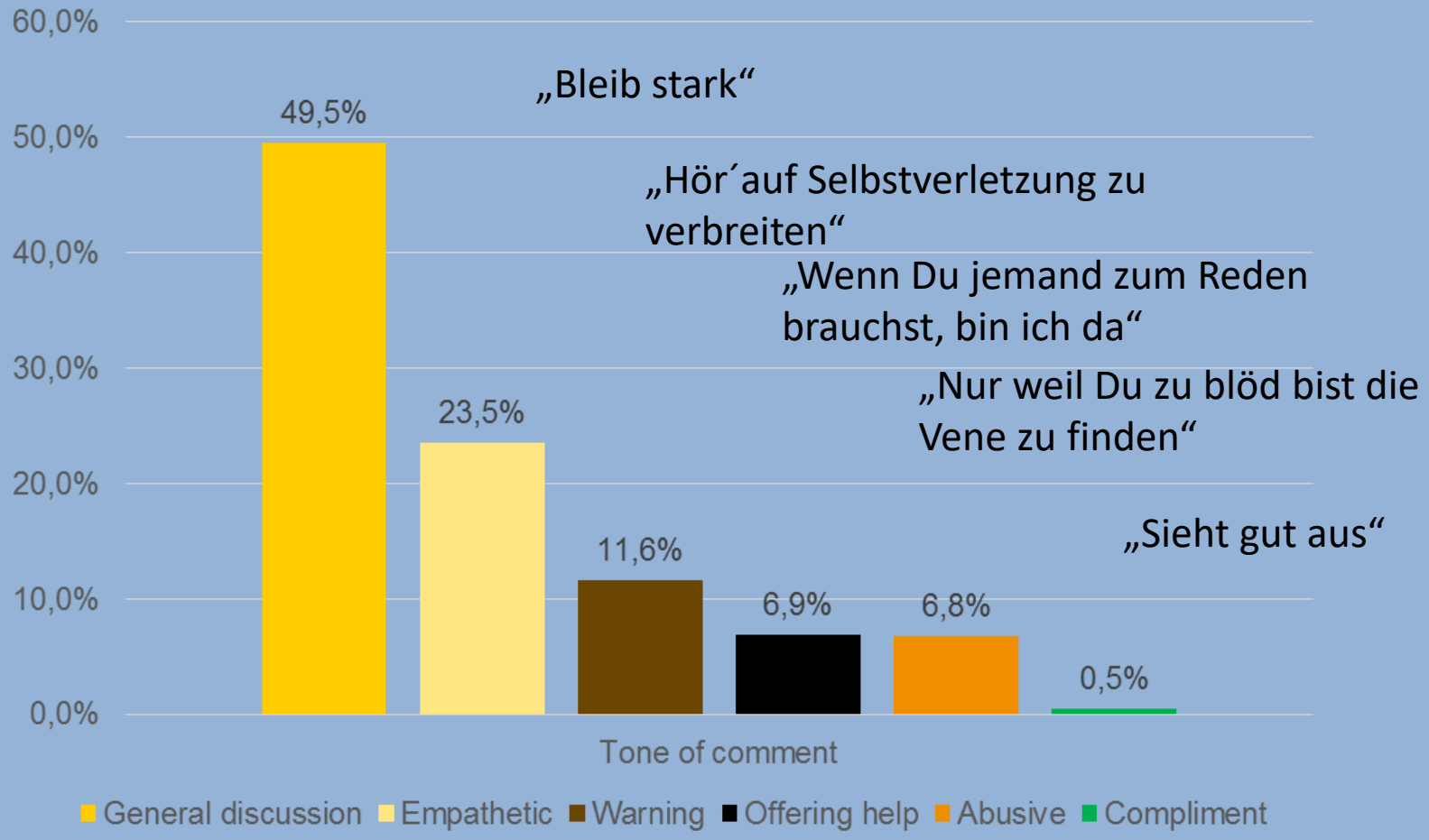
Brown et al., 2017

Wunden generieren Kommentare



Brown et al., 2017

Kommentare



„Bleib stark“

„Hör´auf Selbstverletzung zu verbreiten“

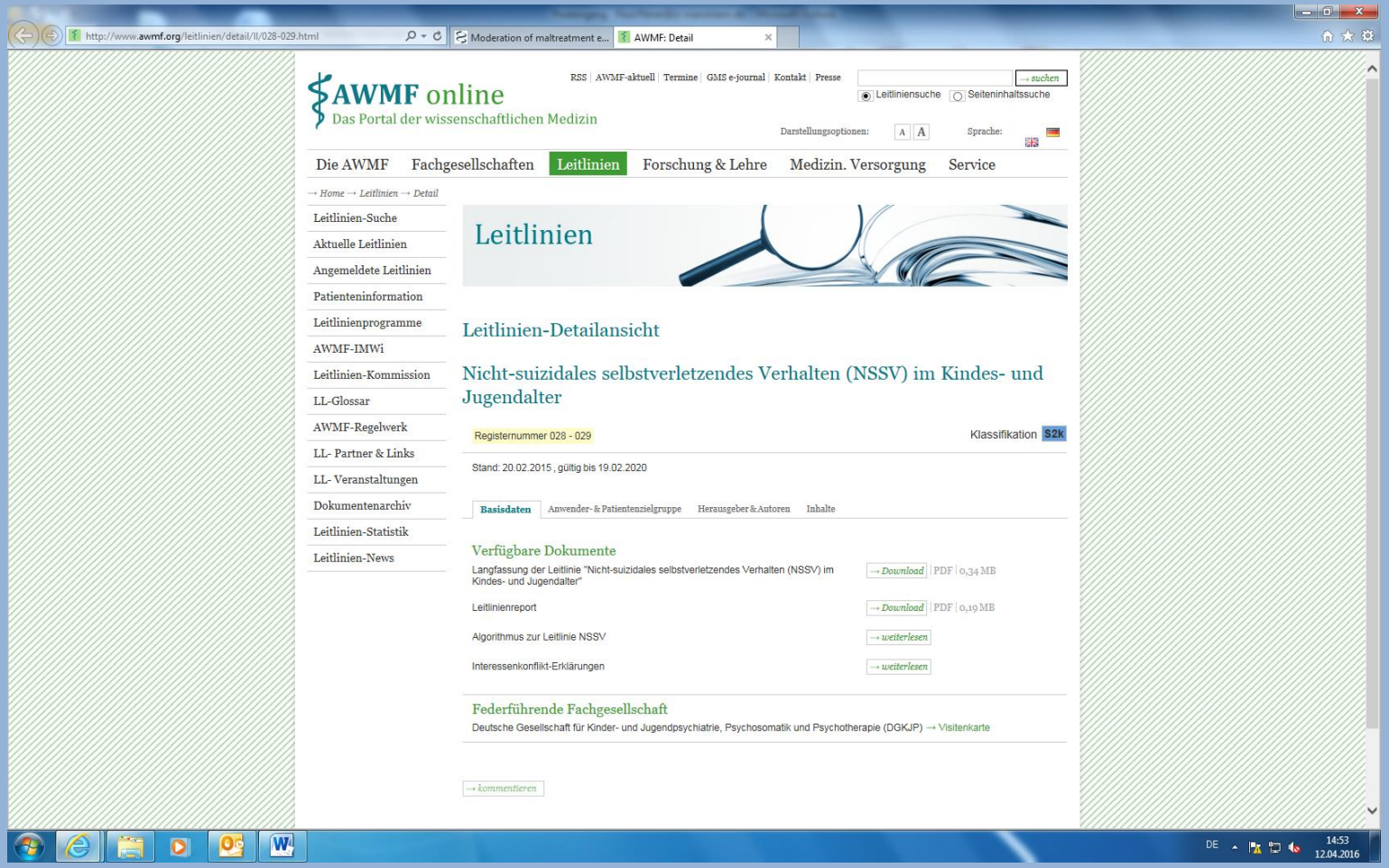
„Wenn Du jemand zum Reden brauchst, bin ich da“

„Nur weil Du zu blöd bist die Vene zu finden“

„Sieht gut aus“

Brown et al., 2017

Leitlinie: www. awmf.org



Psychodynamische Motive der SV

- Grenzenlose innere Spannung
- Keine andere Bewältigung negativ getönter Affekte
- Belastete zwischenmenschliche Erfahrungen
- Wendung von Hass in Selbsthass
- Leeregefühle und Gefühle der Benommenheit
- Selbstentfremdung als adaptive Abwehrleistung
- Narzisstische Kränkung mit eskalierender dysphorischer Verstimmung
- Gefühllosigkeit als dissoziativer Verarbeitungsmechanismus

Conclusio

- Geschlecht
- Alter
- Sozioökonomischer Status
- Negative Kindheitserlebnisse und Familienklima
- Peer Gruppe
- Zusammenspiel von Neurobiologie und Umwelt
- Psychopathologie
- Integratives Modell zur Entstehung der NSSV

Gliederung

I. Definition und Häufigkeit

II. Entstehung

III. Diagnostik

IV. Intervention

V. Schulsituation

VI. Suizidalität

Diagnostik



- In der Basis-Diagnostik von NSSV **soll/sollen:**
  - als erster Schritt die unmittelbar notwendigen somatischen Abklärungen vorgenommen und gegebenenfalls eine medizinische Erstversorgung eingeleitet werden
  - ein vollständiger psychopathologischer Befund unter besonderer Berücksichtigung der Suizidalität erhoben werden
  - Häufigkeit und Methoden von NSSV erhoben werden
  - eine Abklärung der familiären und außerfamiliären Einflussfaktoren (incl. Schule, peer-group) auf NSSV erfolgen
  - Auswirkungen von NSSV auf das soziale oder familiäre Umfeld berücksichtigt werden

- Konsensstärke: sehr stark

Körperliche Untersuchungen



- Im Behandlungsverlauf **sollten** zur Evaluation von fortgesetzten oder neu aufgetretenen Selbstverletzungen zuvor mit dem Patienten abgesprochene weitere symptombezogene körperliche Untersuchungen durchgeführt werden.

- Konsens: sehr stark

Checkliste zur Diagnostik

- Beschreibung/Klassifikation
  - Oberflächenmerkmale, Häufigkeit, freie Intervalle, Veränderungen
  - Alter bei Beginn?
  - Suizidale Impulse? Zeitliche Beziehung zu suidialen Ideen? /Verhalten?

- Vulnerabilität
  - Motive, emotionale Zustände, Trigger?
  - Familienanamnese selbstschädigenden Verhaltens?
  - liegen traumatische Erlebnisse vor?
  - Substanzgebrauch vor oder während der Handlung?

- Vorausgehende (äußere und innere) Bedingungen
  - Aktuelle Belastungen (die Pat. bekannt gibt oder aus anderen Quellen bekannt)

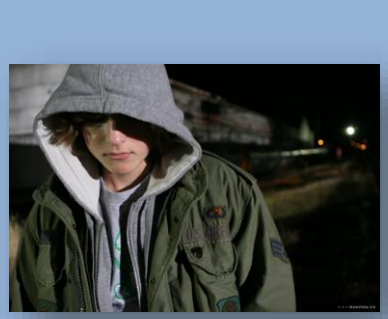
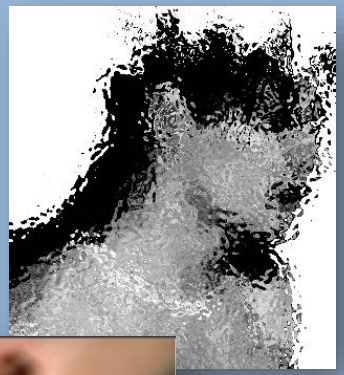
- Auslösende Belastungen
  - Aversive Affekt-, Erregungs- und Bewusstseinszustände, drängende Bedürfnisse, Gedanken, Erinnerungen, die dem Verhalten unmittelbar vorausgehen
  - Empfinden unmittelbar und später nach der Verletzung?

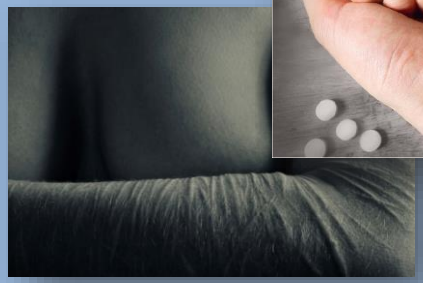
- Hauptfunktionen/Konsequenzen
  - Direktes Erfragen und / oder
  - Exploration von Veränderungen im emotionalen Erleben oder in sozialen Situationen, die auf die Selbstverletzung folgen
  - Auswirkung der Selbstverletzung im Kontext der allgemeinen Belastung sehen

Komorbidität und Differentialdiagnostik

- **NSSV** sowohl **alleine** als auch **kombiniert mit anderen psychischen Störungen**
- **2 häufigsten komorbiden Störungen** :
  - **Depressionen (≈ 45%)**
  - **Borderline-PS (≈ 45%)**
- Andere komorbide Störungen:
  - **soziale Angststörungen**
  - **PTSD**
  - **Substanzmissbrauch**
  - **externalisiernde Störungen**
  - **Essstörungen**

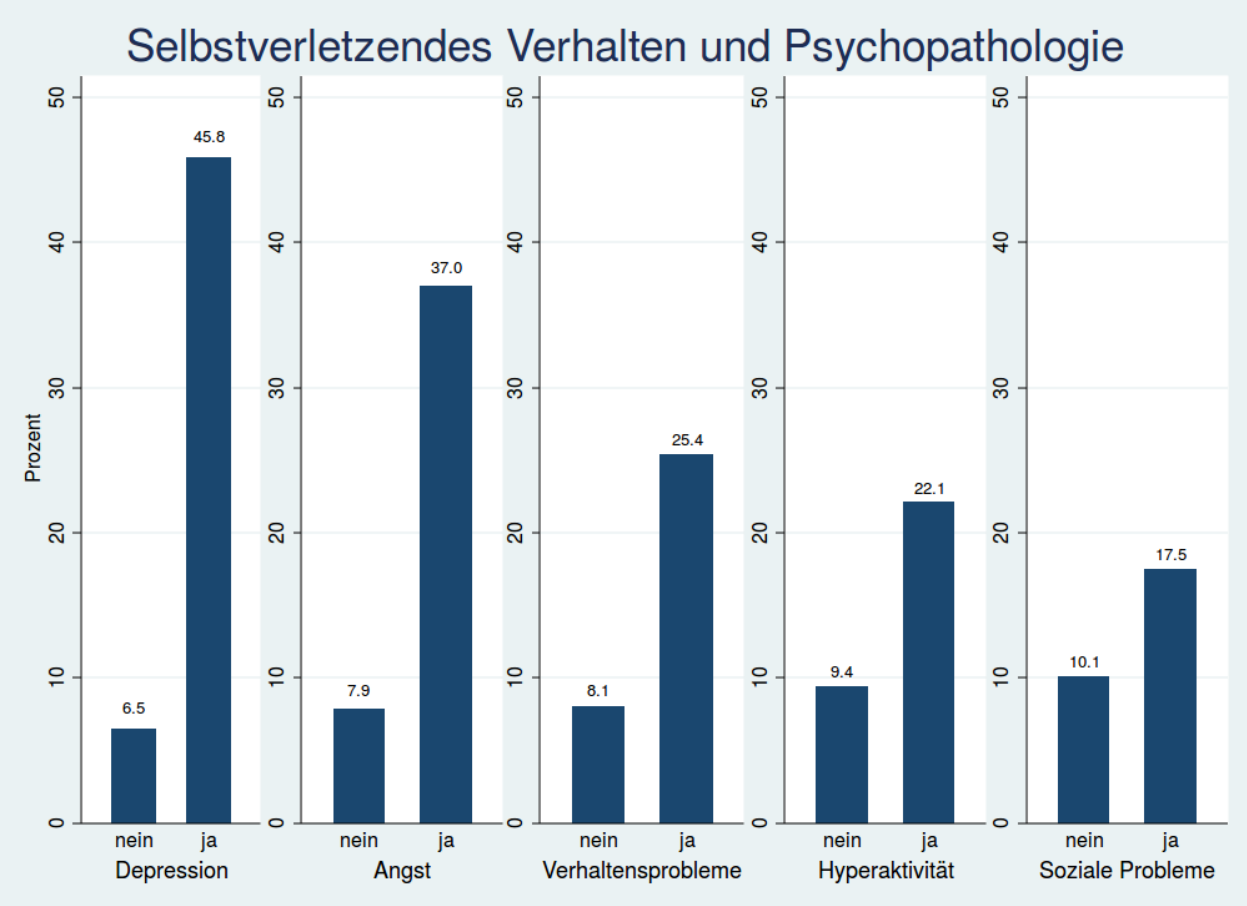
In-Albon et al. 2015, Leitlinie NSSV 2015


?

?

?

?



Selbstverletzung und Psychopathologie



Brunner*, Kaess* et al., 2014

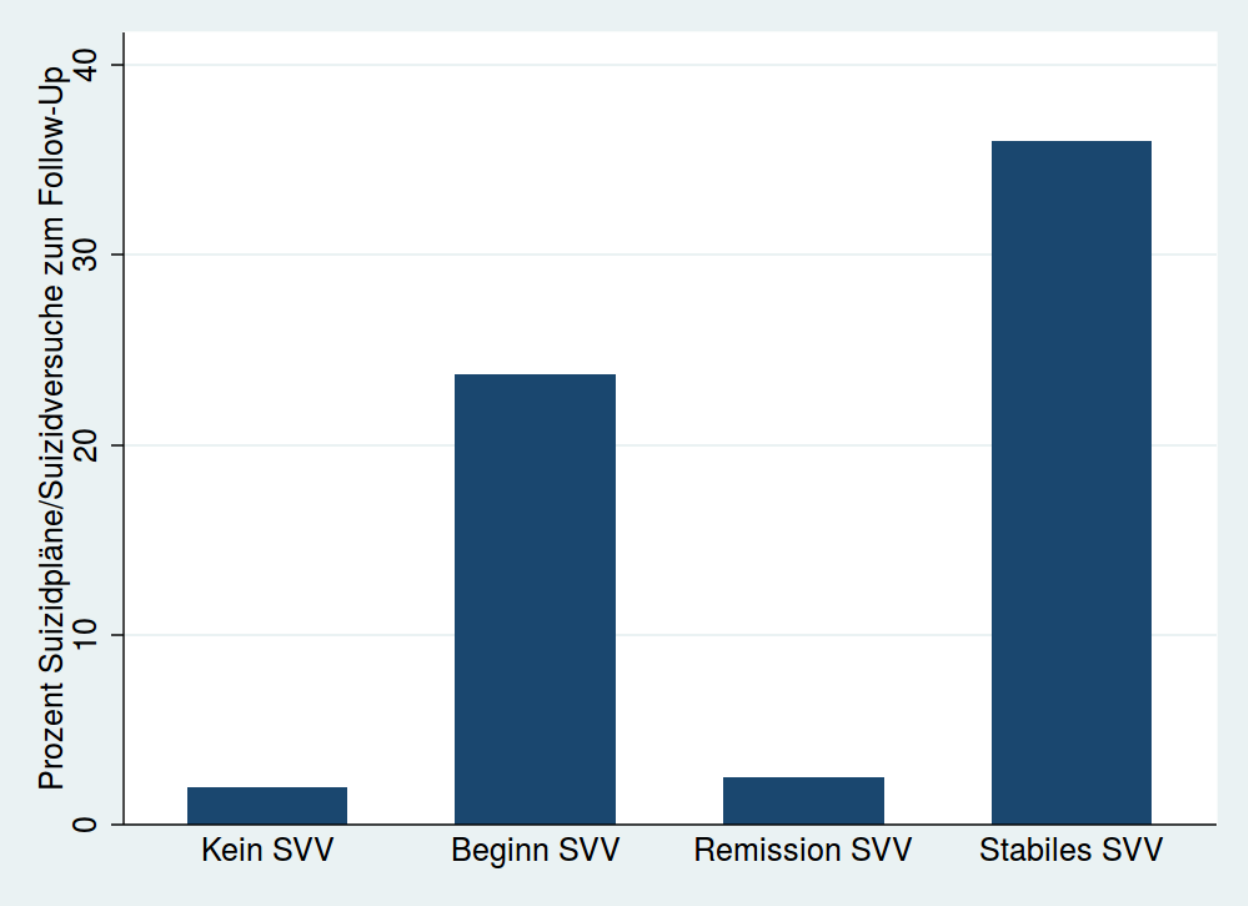
NSSV und Borderline-PS

- **Selbstverletzendes Verhalten** in den Diagnosemanualen **ICD-10** und **DSM-5** eines der **Kriterien der BPS**
- Bei **Jugendlichen** mit **BPS** das am **häufigsten erfüllte Diagnosekriterium**
- **ABER: kein Automatismus!**
- **NSSV ≠ BPS!**
- Nur ca. **50% der Jugendlichen mit NSSV leiden an einer BPS**, gelegentlich Jugendliche mit BPS ohne NSSV
- **Gemeinsamkeit: dysfunktionale Emotionsregulation**

In-Albon, 2015; Kaess, 2013, Leitlinie NSSV 2015



Selbstverletzung als prospektiver Prädiktor von Suizidversuchen



Koenig et al., under review

n=305 (59.6%) **n=38 (7.4%)** **n=119 (23.2%)** **n=50 (9.8%)**

Gliederung

I. Definition und Häufigkeit

II. Entstehung

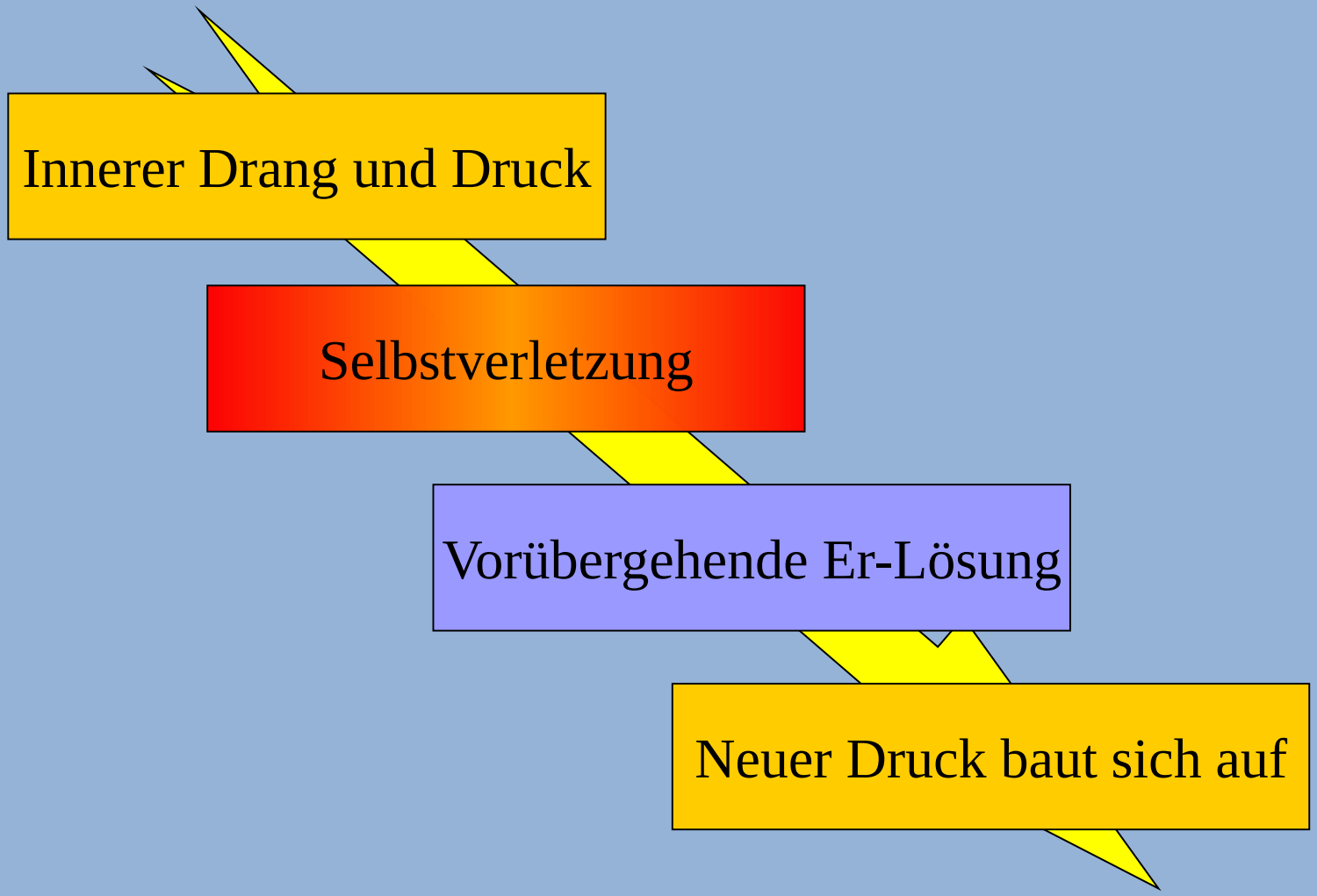
III. Diagnostik

IV. Intervention

V. Schulsituation

VI. Suizidalität

Ablauf der Selbstverletzung



Wieso?

Allgemeineres Erklärungsmodell:

Dysfunktionale Emotionsregulation

Regulation im Rahmen einer Stressantwort

Wiedererlangung von Kontrolle / Unterdrückung von ungewollten Gefühlen, Gedanken, flash backs

Nicht-suizidales Selbstverletzendes Verhalten

Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis

Dennis Ougrin, MBBS, MRCPsych, PGDip(Oxon), PhD, Troy Tranah, BSc, MSc, PhD, Daniel Stahl, PhD, Paul Moran, MBBS, BSc, MSc, DLSHTM, MD, MRCPsych, Joan Rosenbaum Asarnow, PhD

„The results of the present study support the value of therapeutic interventions in the reduction of self-harm as a global category…“

„…we did not find sufficient evidence to recommend any specific intervention to reduce self-harm.“

Ougrin et al., 2015, pp.105-106

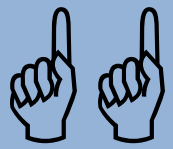
Setting



- Ambulante Behandlung bei NSSV:
  - Eine ambulante Behandlung **soll** eingeleitet werden, wenn das psychische, soziale und schulische (berufliche) Funktionsniveau ausreichend ist und wenn eine ausreichende Kooperationsfähigkeit besteht und wenn die Kriterien für eine stationäre Behandlung nicht erfüllt sind

- Sehr starker Konsens

- Bei akuter Suizidalität **muss** umgehend eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet werden



Psychotherapie



- Als Elemente der psychotherapeutischen Behandlung von NSSV **sollten** folgende Bereiche beachtet werden:
  - Klare Absprachen zum Vorgehen bei Suizidalität und NSSV
  - Aufbau einer Behandlungsmotivation
  - Psychoedukation
  - Identifikation von Faktoren, die NSSV auslösen oder aufrechterhalten
  - Vermitteln von alternativen Handlungs- oder Konfliktlösestrategien zu NSSV
  - Beachtung und leitliniengerechte Mitbehandlung psychischer Störungen
- Sehr starker Konsens

Psychopharmakologie



- Beim Auftreten von akuten Anspannungszuständen **kann** eine psychopharmakologische Behandlung in Form von niedrigpotenten konventionellen Antipsychotika erfolgen. Bei einer Anwendung außerhalb des Zulassungsbereichs, sind die Bestimmungen zum „off-label“ use zu beachten.

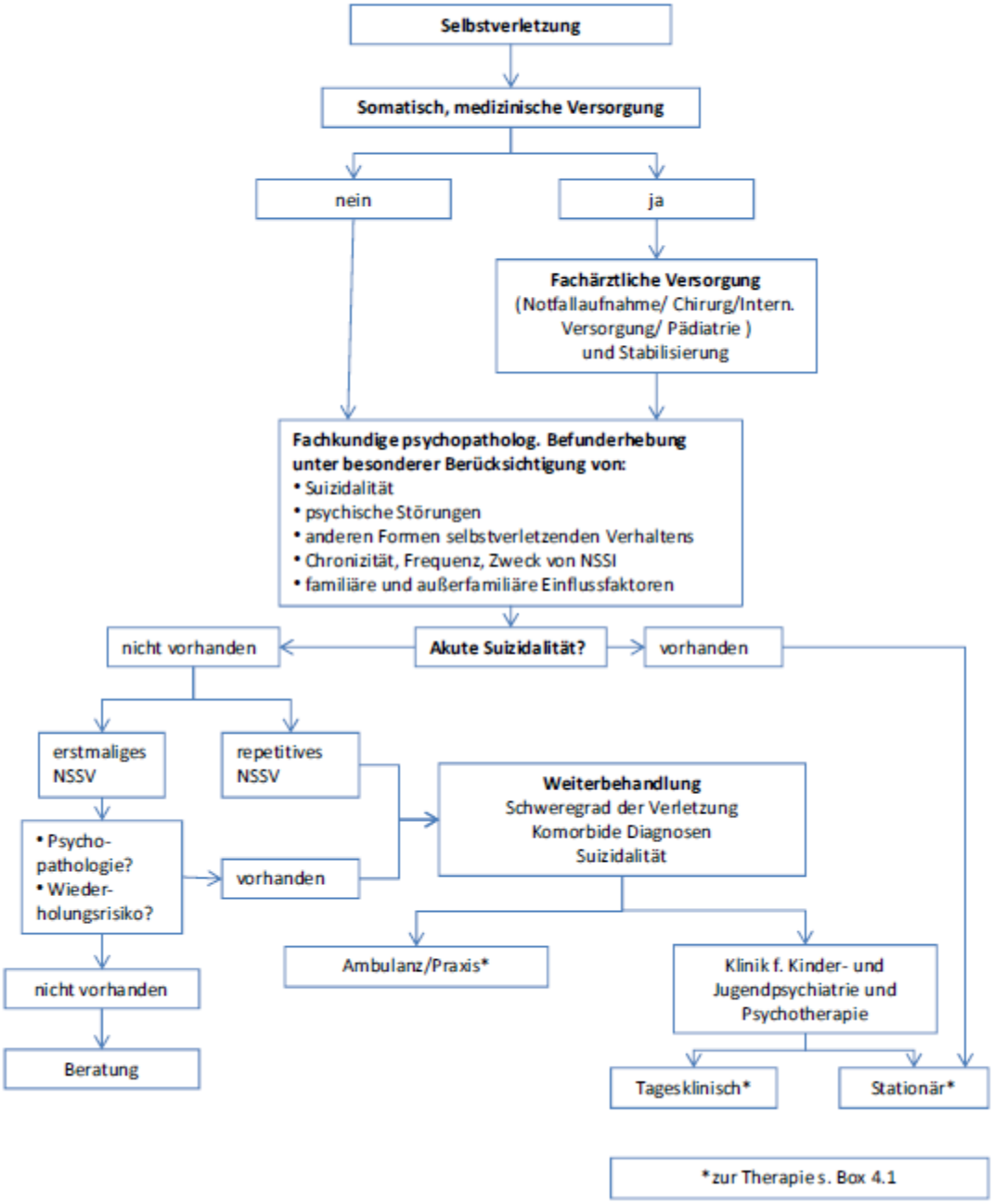


- Eine psychopharmakologische Behandlung bei Vorliegen einer psychischen Störung **soll** entsprechend der störungsspezifischen Leitlinien erfolgen.

- Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung des NSSV kann nicht empfohlen werden.

- sehr starker Konsens

Algorithmus zur Leitlinie NSSI im Kindes- und Jugendalter



Barrieren für das Aufsuchen professioneller Hilfe

- Am meisten Hilfe durch Freunde (40%) und Familie (11%)

- Barrieren:

- NSSV als zu unwichtig für „richtige“ Therapie angesehen
- Gefühl, dass man es selbst bewältigen können sollte
- Offen machen von NSSV würde Menschen verletzen
- Gefühl als aufmerksamkeitssuchend zu gelten
- Unwissen, wohin man sich wenden kann

Fortune et al., 2008

Therapeutic Assessment

Therapeutic Assessment

- Mix aus lösungsorientierten, narrativen und systemischen Ansätzen
- Jugendlicher und Bezugsperson

Therapie der Selbstverletzung

Selbstverletzung ist vor allem ein Symptom oder Risikomarker

Therapiert werden muss immer zusätzlich zur Selbstverletzung die zugrundliegende Störung

Bei Ansteckungsgefahr

Regeln:

- kein öffentliches Ritzen
- nicht blutend ins Klassenzimmer / Station
- sofortige Versorgung von Wunden
- lange Ärmel
- Kommunikation über NSSV eindämmen
  (cave: Fotos whats app)

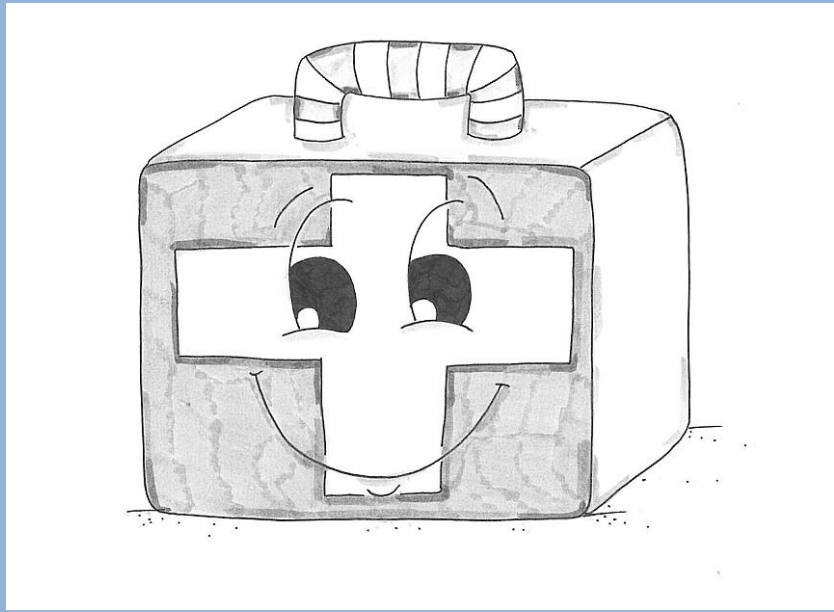
Notfall-Set


Carmol
Kältespray
Spray réfrigérant
Bei stumpfen Verletzungen
En cas de contusions et distorsions
SUZI WAN
FISHERMAN'S FRIEND

Notfall-Koffer

Skills Notfall-Koffer

- Nur die effektivsten Wege zur Ablenkung und Selbstberuhigung unter Hochstress
- Nur 3-4 Skills in Notfallkoffer legen
- In den Notfallkoffer gehören nur Skills die sehr zuverlässig und wirksam sind
- Wichtig ist auch, dass die Skills immer verfügbar sind



Therapie von selbstverletzendem Verhalten

- Psychodynamische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Dialektisch-Behaviorale Therapie
- Traumazentrierte Therapie
- Familientherapie
- Gruppentherapie, stationäre Therapie und Interventionen im sozialen Feld
- Selbsthilfegruppen

Therapeutisches Vorgehen

Verhaltenstherapie:

- Konstruktive Ersatzhandlungen für SV
- Erarbeiten der Handlungsmuster, die zu SV führen
- Erarbeiten von Alternativen

Psychodynamische Therapien (TFP-A; MBT-A):

- SV als Affektregulation
- Verstehen der darunterliegenden unbewussten Konflikte und Zusammenhänge mittels Klärung und Deutung

Skills

Was sind Skills?

- Definition: Jedes Verhalten, das in einer schwierigen Situation kurzfristig wirksam ist und dabei langfristig nicht schädlich ist
- Bei jedem Menschen wirken Skills unterschiedlicher Zugangskanäle

Art des Skills	Methode
Sinnesbezogene Skills Sehen Hören Schmecken Riechen Spüren	Manche Menschen können Anspannung durch sinnesbezogene Skills wie in Meerrettich beißen, Chilischoten kauen oder den Kopf in kaltes Wasser tauchen
Gedankenbezogene Skills	Manche Personen können sich ablenken in dem sie z.B. ein Kreuzworträtsel lösen
Handlungsbezogene Skills	Sport kann z.B. erfolgreich eingesetzt werden, um Spannung zu reduzieren
Körperbezogene Skills	Viele Menschen können ihren Zustand verändern, indem sie etwa ihre Atmung verändern

Stresstoleranz

Stresstoleranz Skills



- Sich ablenken
  - Achtsamkeitsübungen (3,2,1 Methode)
  - Hirn-Flick-Flack
  - Aktivitäten
  - Gefühle ersetzen
  - Körperempfindungen
  - → Skills Notfall-Koffer

- Sich beruhigen mit Hilfe der 5 Sinne
  - Achtsam und bewusst hören, riechen, schmecken, spüren

- Den Augenblick verändern
  - Fantasie, Kurzurlaub
  - Sinngebung, Gebet, Meditation
  - Entspannung

Psychiatria Danubina, 2017; Vol. 29, No. 4, pp 522-528
© Medicinska naklada - Zagreb, Croatia

Conference paper

NONSUICIDAL SELF-INJURY IN A NATURALISTIC SAMPLE OF ADOLESCENTS UNDERGOING INPATIENT PSYCHIATRIC TREATMENT: PREVALENCE, GENDER DISTRIBUTION AND COMORBIDITIES

NICHT-SUIZIDALE SELBSTVERLETZUNGEN BEI STATIONÄREN PATIENTEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE: PRÄVALENZ, GESCHLECHTERVERTEILUNG UND KOMORBIDE PSYCHOPATHOLOGIE IN EINER NATURALISTISCHEN KLINISCHEN STICHPROBE

Kathrin Sevecke, Astrid Bock, Lucas Fenzel, Manuela Gander & Martin Fuchs

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics in Childhood and Adolescence, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria

Sevecke, K., Bock, A., Fenzel, L., Gander, M. & Fuchs, M. (2017). Nonsuicidal self-injury in a naturalistic sample of adolescents undergoing inpatient psychiatric treatment: prevalence, gender distribution and comorbidities, Psychiatria Danubina, *29* (4), 522 – 528.

DOI: https://doi.org/10.24869/psyd.2017.522

Table 1. Comparison between NSSI and Non-NSSI samples: sociodemographic features, psychiatric diagnosis, suicidality, SCID-II

	NSSI (n=50)	Non-NSSI (n=80)	Statistics	p	Effect size*
Sociodemographic features					
Age (mean/SD)	15.1 (1.46)	15.08 (1.48)	U	0.932	r=0.01
Gender (% female)	88%	61%	χ^2	0.001	Φ=0.29
Clinical psychiatric diagnosis (ICD-10)**					
SUD (F1)	22.0%	7.50%	χ^2	0.017	Φ=0.21
Affective disorder (F3)	40.0%	21.25%	χ^2	0.021	Φ=0.20
Adjustment disorders (F43)	26.0%	18.75%	χ^2	0.328	Φ=0.09
Any eating disorder (F5)	16.0%	27.50%	χ^2	0.130	Φ=0.13
AN (F50.0)	2.0%	21.25%	χ^2	0.005	Φ=0.29
BPD (F60.3)	10.0%	1.25%	Fisher's test	0.021	Φ=0.20
Mixed disorder of conduct and emotions (F92)	20.0%	11.25%	χ^2	0.169	Φ=0.12
Emotional disorders with onset specific to childhood (F93)	24.0%	17.50%	χ^2	0.367	Φ=0.09
Externalizing disorders (F90, F91)	12.0%	10.00%	χ^2	0.960	Φ=0.01
Suicidality					
Ideation	96.0%	40%	χ^2	<0.001	Φ=0.56
Attempt	40.0%	15%	χ^2	0.001	Φ=0.28
SCID-II***					
	NSSI (n=43)	Non-NSSI (n=66)			
Any PD	48.8%	19.7%	χ^2	0.001	Φ=0.31
BPD	14%	1.5%	Fisher's test	0.015	Φ=0.25

Legend: SUD: substance use disorder, AN: anorexia nervosa, BPD: borderline personality disorder
*: A phi value between 0.1 and 0.29 was considered small, between 0.30 and 0.49 moderate and ≥0.5 large
: Comorbidities possible; *: SCID-II was incomplete for 21 patients; this analysis was thus based on 109 patients

Zusammenfassend

(Sevecke et al, 2017)

- 130 stationäre Pat. (Alter M: 15,09; SD: 1,47)
  - NSSV nach DSM-5 Kriterien (mind. 5-mal im letzten Monat, zur Emotionsregulierung): Prävalenz von 38,5%
  - NSSV mindestens einmal aber nicht das Vollbild des DSM-5: Prävalenz von 50,8%
  - NSSV bei breiten Spektrum an Hauptdiagnosen, nicht nur bei PatientInnen mit BPS
  - NSSV Gruppe signifikant häufiger Suizidgedanken und Suizidversuche

Zusammenfassung

- NSSV geschieht ohne suizidale Intention, ist aber ein Risikofaktor für Suizidalität
- Effektive Therapieansätze vorhanden
- Starker Einfluss von Familie und peer group auf NSSV
- Neue Leitlinie veröffentlicht
- Präventive Ansätze: keine eindeutige Evidenz

Literatur

- **Bücher:**
  - In-Albon, Plener, Brunner , Kaess: **Ratgeber Selbstverletzendes Verhalten: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher** (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie), Hogrefe 2015; (nach Leitlinien aufgebaut!)
  - Petermann, Nitkowski: **Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten,** Hogrefe 2015

- **Artikel:**
  - Übersichtsarbeit: **Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie**; Plener et al., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2016), *44*, 1–10

- **Leitlinie:**
  - Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter, S2k, 2015



Literatur

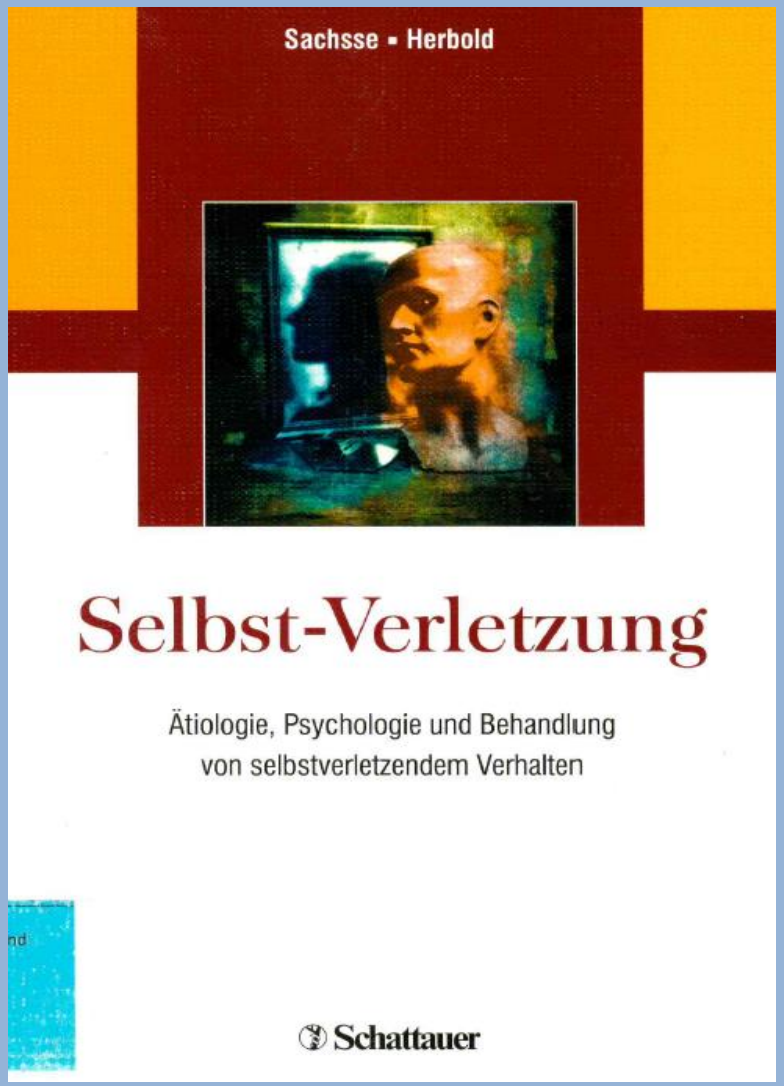
- Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten

- www.projekt-4s.de

- In-Albon, Plener, Brunner, Kaess; Hogrefe 2014



Literatur


Sachsse • Herbold
Selbst-Verletzung
Ätiologie, Psychologie und Behandlung
von selbstverletzendem Verhalten
Schattauer

DANKE



Kathrin Sevecke