



Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität

Diana El Khatib

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum des Saarlandes
Homburg



Überblick

NSSV (Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten)

- Definition
- Epidemiologie
- Intervention

Suizidalität

- Definition
- Epidemiologie
- Intervention

- NSSV vs. Suizidalität

- Kasuistik



NSSV



NSSV

Definition:

- Bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von Körpergewebe
- keine suizidale Absicht
- sozial nicht akzeptiert



NSSV

- **Oberflächliche Schnittverletzungen** an den Handgelenken / Unterarmen, kann am ganzen Körper sein
- Keine oder geringe suizidale Absicht
- Wenige Male, oberflächlich: Ausprobieren, Mutprobe, weil es die Freunde auch machen, Nähe zu Tattoo und Piercing
- Wenn wiederholt: weitere Psychopathologie (Symptome oder Störungsbilder)



Nichtsuizidale Selbstverletzung– DSM-5

A.

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



Nichtsuizidale Selbstverletzung– DSM-5

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.



Nichtsuizidale Selbstverletzung– DSM-5

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.
- APA, 2013, dt. Übersetzung: Plener et al., in press



Nichtsuizidale Selbstverletzung– DSM-5

D.

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

E.

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



Nichtsuizidale Selbstverletzung– DSM-5

F.

- Das Verhalten tritt **nicht ausschließlich während Psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen durch Substanzen oder im Substanzentzug** auf.
- Bei Individuen mit einer **Entwicklungsstörung**, ist das Verhalten **nicht Teil eines Musters repetitiver Stereotypien**.
- Das Verhalten kann nicht durch eine andere psychische oder medizinische Erkrankung erklärt werden (z.B. psychotische Störung, Autismus-Spektrums-Störung, mentale Retardierung, Lesch-Nyhan-Syndrom, stereotype Bewegungsstörung mit Selbstverletzungen, Trichotillomanie [Haarausreißen], Excoriation [Hautzupfen] Störung).



Extremform

- Schwere Selbstverletzungen (z. B. tiefer Schnitt am Handgelenk mit Nerven- oder Sehnenverletzung)
- selten
- praktisch nur bei Erwachsenen (in suizidaler Absicht)
- **Tiefe Schnitte** ohne Nerven- oder Gefäßverletzungen auch bei einigen Jugendlichen zur Spannungsreduktion



Weitere Formen

Automutilation (Selbstverstümmelung) mit Beißen, Kopf anschlagen, sich selber schlagen: bei Intelligenzminderung, Autismus, oft stereotype Spektrumstörungen

Schwerste Verletzungen der Augen oder der Genitalien, Messer in den Bauch: praktisch nur bei Erwachsenen, am ehesten im Rahmen einer Schizophrenie

Auch: Borderline-Störungen !



Wie häufig ist eigentlich
selbstverletzendes Verhalten?

Prävalenz-Studien im Schulsetting



Muehlenkamp *et al.* *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012, **6**:10
<http://www.capmh.com/content/6/1/10>



CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY & MENTAL HEALTH

REVIEW

Open Access

International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm

Jennifer J Muehlenkamp^{1*}, Laurence Claes², Lindsey Havertape¹ and Paul L Plener³

53 Studien, Mittlere Lebenszeitprävalenz: 18%



Prävalenz

- Lebenszeit: 25.6%
- repetitiv: 4%



Plener et al., 2009, Brunner et al., 2007, Plener et al., 2012



Epidemiologie- Vorschulalter

- Intelligenzminderung
- Autismusspektrumstörungen
- Deprivation
- Bindungsstörungen

- Organische Erkrankungen:

Lesch-Nyhan-Syndrom

(x-chromosomal-rezessiv vererbte Stoffwechselkrankheit)

Cornelia-de-Lange-Syndrom

(autosomal-dominant)

47-XYY-Syndrom

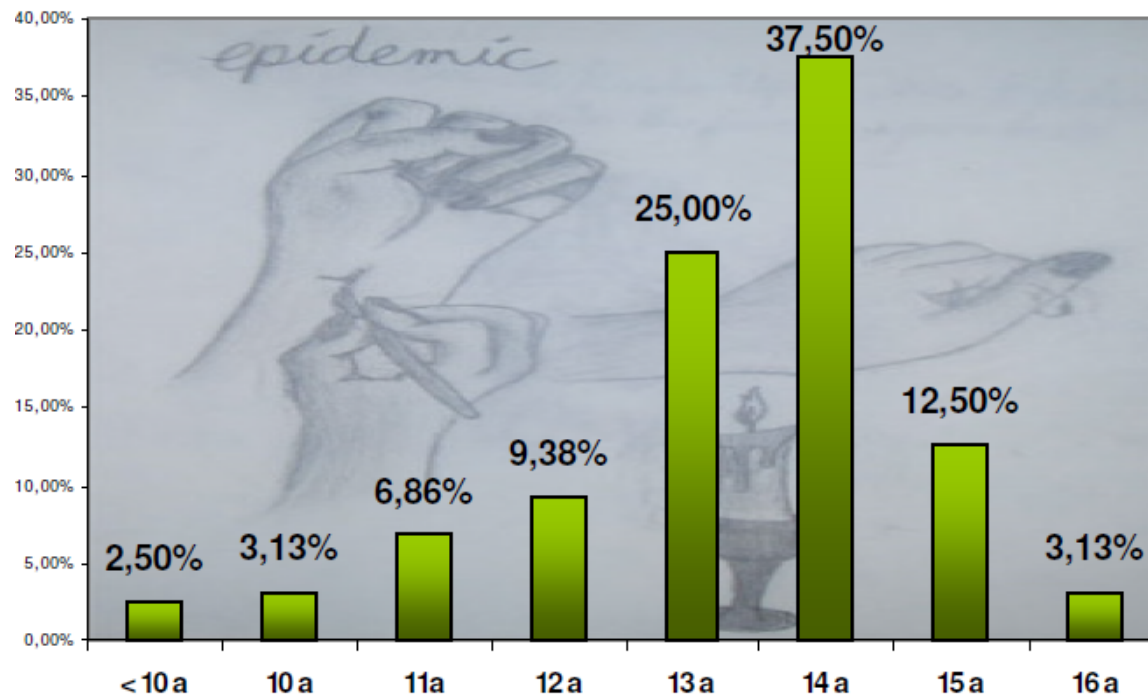
Rett-Syndrom

(progressive Enzephalopathie)

Smith-Magenis-Syndrom *(Deletion Chromosom 17)*

Epidemiologie- Jugendalter

- **Wie alt warst Du als Du begonnen hast Dich selbst zu verletzen ?**



Allrogen et al., 2014, Plener , 2014



Epidemiologie- Jugendalter

- Am häufigsten „Ritzen“: 65%
- 2/3 sind Mädchen

(Hafner et al., Brunner et.al. 2007, Resch et al., 2008)



„Warum machen die Patienten das eigentlich?!“



Ursachen

- Ausdruck einer fehlenden Stimulation durch externe Reize, z.Bsp. bei Intelligenzminderung

= stereotype Selbstschädigung



Ursachen

- Ausdruck einer inadäquaten Kontaktaufnahme (Aufmerksamkeit!)
- „nosokomiales Ritzen“



Ursachen

Ausdruck einer gestörten
Affektregulation

- Suche nach Entspannungs- und Entlastungsgefühlen
- Herstellen einer emotionalen Homöostase



NSSV und Emotionsregulation

aufgeregt, ängstlich



ruhig, hoffnungslos

fröhlich



traurig

Verstärker von NSSV

aufgeregt, ängstlich



fröhlich



ruhig, hoffnungslos

traurig

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑	<i>überfordert, frustriert</i>	<i>aufgeregt, euphorisch</i>
Arousal ↓	<i>traurig, innerlich leer</i>	<i>erleichtert, entspannt</i>

Verstärker von NSSV

aufgeregt, ängstlich





ruhig, hoffnungslos

fröhlich



traurig

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑		
Arousal ↓		

= Prädiktor für Frequenz von NSSV

Klonsky, 2009, Claes et al., 2010 , Plener , 2014



Verstärker von NSSV - Studie

- N= 30, m Alter: 17,3; SD: 1.9. PDA: 1x/Tag und **Eintrag bei Gedanken und NSSV über 2 Wochen**
- Vor Gedanken an NSSV: Sorgen, belastende Erinnerungen, Druck
- Vor NSSV: zurückgewiesen fühlen, Wut gegen sich selbst und andere, Selbsthass, taub fühlen
weniger: bei Gefühl der Traurigkeit und Wertlosigkeit

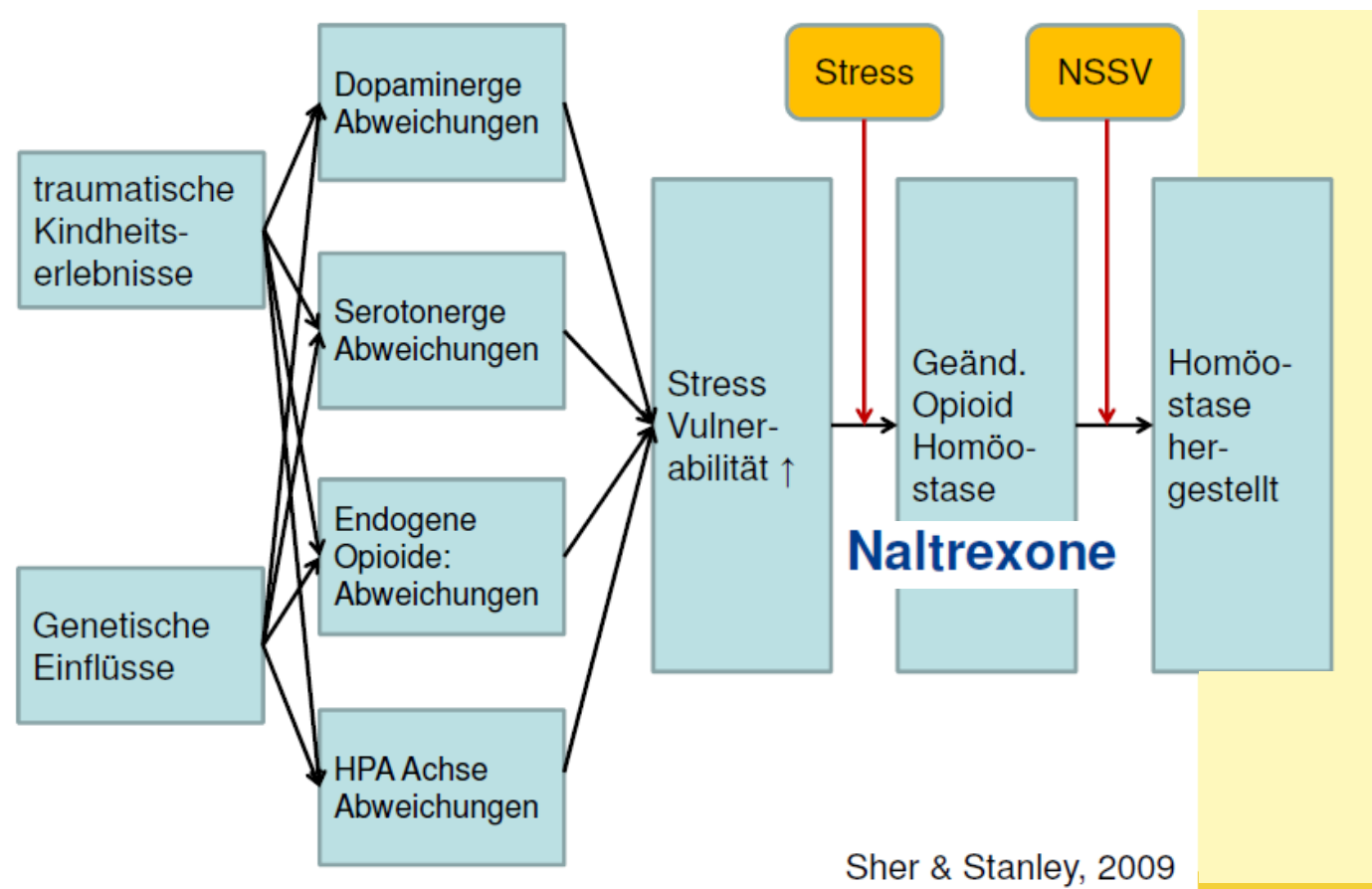
Nock et al, 2009



Stress

- Höhere physiologische Erregbarkeit
- Physiologische Anspannung kann durch Gedanken an NSSV vermindert werden
- In mehreren Studien repliziert

Neurobiologisches Model von NSSV





Warnzeichen

- Häufige nicht erklärbare Schrammen, Narben, Schnitte, Verbrennungen
- Unpassende Kleidung
- Risikoverhalten
- Essstörungen, Substanzabusus
- Soziale Isolation bis hin zur Depression
- Besitz scharfer Gegenstände
- Zeichnungen/Texte bezogen auf SVV



Diagnostik

Umfassende Diagnostik nach

- zugrunde liegenden psychischen Ursachen
- Zugrunde liegenden körperlichen Erkrankungen
- Wichtig: auch auf Hämoglobinwert und Infektionszeichen achten

Merke:

Aus Symptom kann nicht auf bestimmte Diagnose geschlossen werden!

DD: Suizidalität, fremdbeigebrachte Verletzungen



Therapie- akut

- Wundversorgung
(wortarm, freundlich, aber „emotional-nüchtern“)
- Frage nach Suizidalität



Therapie- langfristig

Verhaltenstherapie

- keine übertriebene Aufmerksamkeit
- Keine Zuwendung bei Selbstverletzung
- Unterbrechung der aktuellen Therapie



Therapie- langfristig

Alternativtechniken zur Affektregulation

- Sport
- Entspannungstraining
- Ersatzverfahren (Beissen auf Chilischote)
- DBT-A (Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente)
 - Achtsamkeit
 - Stresstoleranz
 - Emotionsregulation
 - Zwischenmenschliche Fertigkeiten
 - "Walking the Middle Path"

Nachbesprechung der Situation mit zeitlichem Abstand (Aufmerksamkeit!)

Situationsanalyse (erkennen auslösender Situationen)



Therapie- langfristig

Bei Intelligenzminderung

- Adäquate Stimulation von außen reduziert selbstverletzendes Verhalten



Therapie- medikamentös

- Keine zugelassene Medikation vorhanden (*off-label-use*)
- Bei Intelligenzminderung Anteil innerer psychischer Faktoren hoch:
 - niederpotente Antipsychotika
 - Stimmungsstabilisatoren
 - SSRI (Antidepressiva)
- Bei Jugendlichen „gewichtsneutrale“ atypische Antipsychotika (Aripiprazol)
- Natrexone?! (Opioidantagonist)



Prognose

- Abhängig vom zugrunde liegenden Störungsbild und Therapiemotivation
- Rezidivierende Selbstverletzungen lassen meist bis zum 30. Lebensjahr nach



Umgang in der Schule

- Beste Form des Umgangs:
 - „respektvolle Neugier“
 - unaufgeregt
 - nicht als „zu gering“ abtun
- Behandlung dauert, keine schnelle Änderung zu erwarten
- Auch Schüler, die sich selbstverletzen, können in die Schule gehen



Suizidalität



Definition

- Suizidalität:

Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Verhalten oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben, bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.



Definition

- **Suizid**: willentliche Beendigung des eigenen Lebens
- **Suizidgedanken**: Gedanken darüber sich das Leben zu nehmen
- **Suizidplan**: Die Formulierung einer spezifischen Methode mittels derer eine Person aus dem Leben scheiden will



Klassifikation: ICD-10

- Suizidversuch und Suizid
vorsätzliche Selbstbeschädigung
- X60 bis X69: Selbstvergiftung
- X70: Erhängen
- X71: Ertrinken
- X72 bis X74: Schusswaffen
- X76 bis X77: Feuer, Hitze
- X78, X79: scharfer/stumpfer Gegenstand
- X80: Sturz aus der Höhe
- X81, X82: Unfall mit Zug, Auto



DSM-5: Suicidal behavior disorder

A. Das Individuum hat während der **letzten 24 Monate einen Suizidversuch** unternommen.

- Beachte: Ein Suizidversuch ist eine selbst-induzierte Verhaltenssequenz eines Individuums, welches zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns erwartet, dass diese verschiedenen Maßnahmen zum Tod führen werden (Der Zeitpunkt des Beginns ist jener Zeitpunkt, zu dem ein Verhalten initiiert wurde, das die Anwendung der Suizidmethode beinhaltet.)



DSM-5: Suicidal behavior disorder

B. Das Verhalten erfüllt **nicht die Kriterien für nicht-suizidale Selbstverletzung**

– das bedeutet, dass es keine Selbstverletzung der Körperoberfläche einschließt, die unternommen wurde um Entlastung von einem negativen Gefühl oder kognitiven Zustand zu erreichen oder um einen positiven Gefühlszustand herbeizuführen.

- C. Die Diagnose wird **nicht bei Suizidgedanken oder vorbereitenden Handlungen** angewendet.



DSM-5: Suicidal behavior disorder

Die Handlung wurde **nicht in delirantem Zustand** oder während eines **Verwirrtheitszustandes** initiiert.

- Die Handlung wurde **nicht ausschließlich aus politischen oder religiösen Gründen** durchgeführt.
- Bestimme, ob:
 - *Gegenwärtig*: Nicht länger als 12 Monate seit dem letzten Suizidversuch.
 - *In früher Remission*: 12-24 Monate seit dem letzten Suizidversuch.



Prävalenz

- Suizid weltweit 14. häufigste Todesursache (16,7/ 100.000 Menschen/ Jahr)
- Geschlechtsunterschiede
- Nationale Unterschiede



Prävalenz

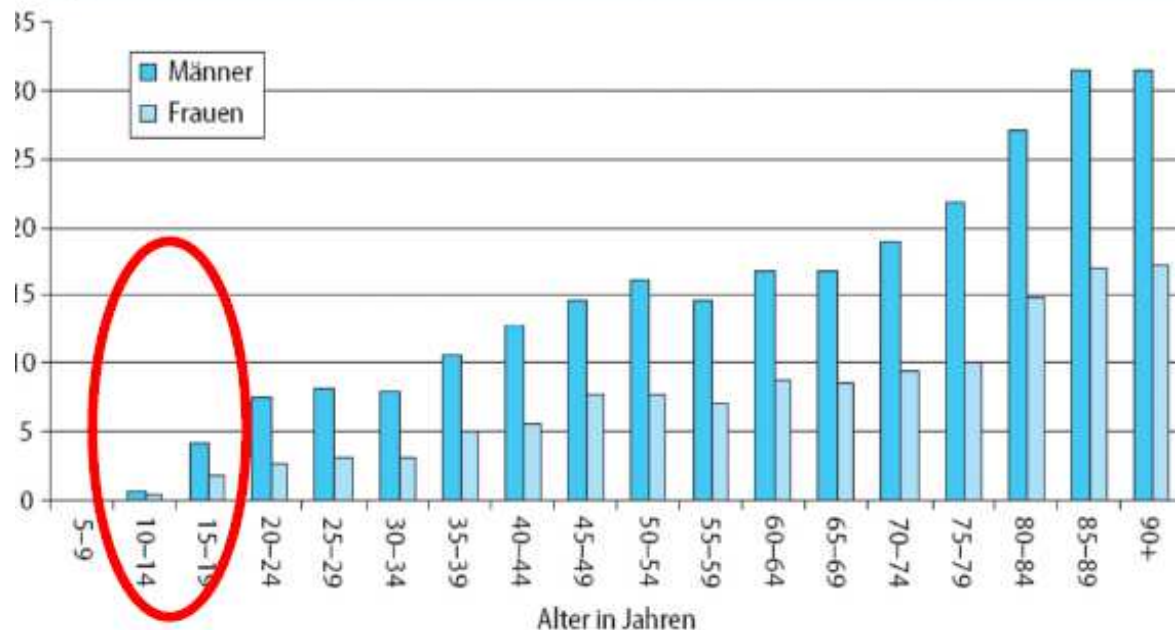
- Suizidales Verhalten nimmt mit Beginn der Adoleszenz zu
- In Deutschland zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen (15-20 Jahre) nach Unfällen!
- 1. Gipfel: 16 Jahre

- Männliche Jugendliche verüben ca. 4 mal so häufig Suizide wie weibliche Jugendliche
- Suizidversuche w:m 3-9:1
- Verhältnis Suizidversuch:vollendetem Suizid 38:1

Prävalenz



Geschlecht	5-15	15-25	25-45
m	12	444	1715
w	9	122	447
gesamt	21	566	2162



Schmidke et al., 2008, Statistisches Bundesamt, 2010



Suizid 2012 in Deutschland

(statistisches Bundesamt)

- Altersgruppe 1-15 Jahre: 20 Suizide
- Altersgruppe 15-20 Jahre: 184
(45 Mädchen und 139 Jungs)
- Vermutlich Dunkelziffer (Drogen- und Verkehrstote)
- türkische Mädchen < 18: doppeltes Risiko wie deutsche Mädchen

Altersverlauf

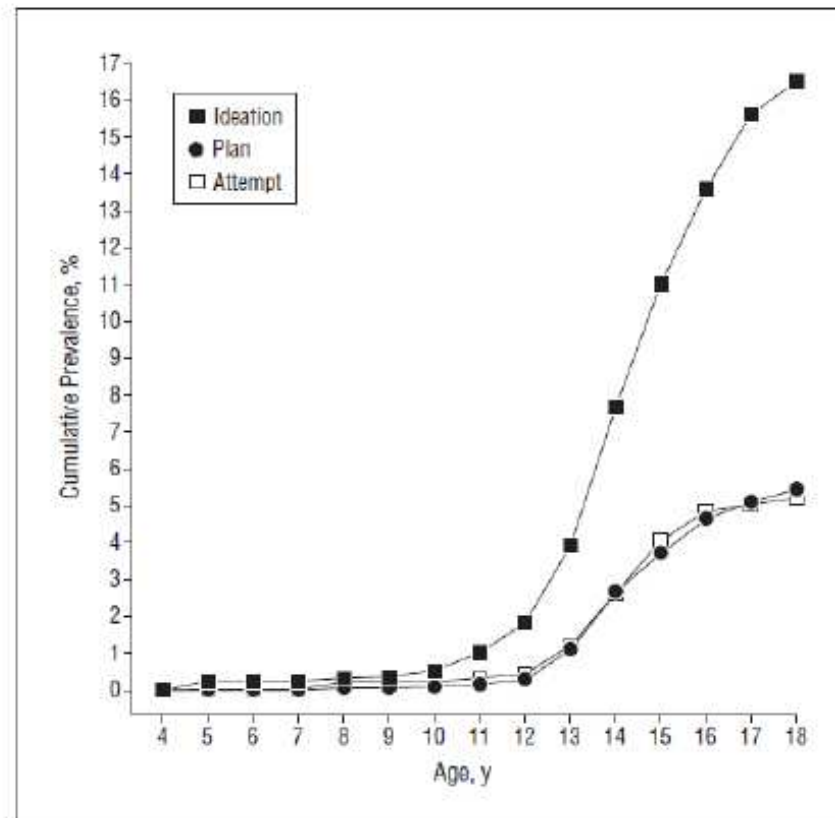


Figure 1. Age-at-onset curves of suicidal behaviors. Values are all 0.0 for children 1 to 4 years of age.



Prävalenz - Deutschland

Heidelberger Schulstudie (n= 5759, mittleres Alter 14,9, SD: 0,73)

- Suizidgedanken: 14,4 %
- Suizidversuche 7,9 %
- Suizidpläne 6,5 %

BELLA Studie (n= 2863 Familien, Alter: 11-17 Jahre)

- 6- Monatsprävalenz: Suizidgedanken 3,8 %

Ulmer Schulstudie (n=665, Alter 14-17 Jahre)

- Suizidversuche 6,5 %
- Suizidgedanken 35,9 %

Brunner et al., 2007, Resch et al., 2008, Plener et al., 2009



Statistisches Bundesamt: 2006

Die drei häufigsten Suizidmethoden bei Jugendlichen

	< 15 J.	> 15 J.
1.) Erhängen	16	89
2.) Sturz in die Tiefe	3	37
3.) Werfen vor Zug oder Auto	3	25



Suizidmethode bei Jugendlichen

- EAAD (15 Länder, n=14 738 Suizide, Alter: 15-24 Jahre, 2000-2005)
- Erhängen: häufigste Methode (5 x häufiger bei männlichen Jugendlichen)
 - Mädchen:
 1. Erhängen
 2. Vergiftungen
 3. Sprung aus großer Höhe (1. Platz Finnland)
 - Jungen:
 1. Erhängen
 2. Sprung aus großer Höhe (1. Platz Luxemburg)
 3. Waffen (Schweiz, Finnland 1. Platz)
- Länderunterschiede!
- Ertrinken: z. Bsp. häufigste Ursache in Irland



Ätiologie- Biologie

- Dysregulation:
Serotonin:
weniger präsynaptische 5-HT Transporter
Upregulation postsynaptischer Rezeptoren
- Hyperaktivität der *HPA-Achse*
- Suizide und Suizidversuche: familiäre Häufung
- Höhere Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen

Brent und Mann, 2005; Brent und Melhem, 2008; Mann und Curier, 2007; Mann, 2003



Ätiologie- Psychische Krankheit

- Erhöhtes Risiko bei:
 - Affektiven Erkrankungen (Depression)
 - Drogenabusus
 - Impulskontrollstörungen
 - Psychotische Störungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Essstörungen
 - Störung des Sozialverhaltens



Ätiologie- Soziale Risikofaktoren

- Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung
- Familiäre Geschichte suizidalen Verhaltens
- Mobbing (Täter und Opfer)
- Vorangegangener Suizidversuch:
 $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der Jugendlichen wiederholen Suizidversuch
 (größtes Risiko 6-12 Monate später)

Burzstein und Apter, 2009; Schaffer und Craft, 1999; Mc Keown et al., 1999; Dube et al., 2001; Melhem et al., 2007, Bодsky et al., 2008



Suizidalität: Hintergrundfaktoren

- **Familiäre Bedingungen:** Trennung der Eltern/Partner, Alleinerziehend, Heimunterbringung, früher Verlust der Eltern
- **Psychische Störungen in der Familie,** v. a. Alkohol- und Drogenmissbrauch
- **Vernachlässigung oder Misshandlung** durch die Eltern (z. T. i. R. elterlicher psychischer Erkrankungen (mit Suizidalität))



Verschiedene mögliche (Teil-) Motive

- **Appellativ** bei Streit in der Freundschaft/Partnerschaft (=> beachte mich, bleib bei mir!)
- Rache bei **Trennung**, fremd gehen
- Strafwunsch („Die sollen nur sehen, was sie davon haben ,dass sie mich so schlecht behandelt haben“)
- **Manipulativ** („ich geh nicht mehr nach Hause, eher bring ich mich um“)
- Das Schicksal entscheiden lassen wollen („wenn ich dabei drauf geh, wenn ich an den Gleisen balanciere, dann sollt es wohl so sein“)
- „Einfach einmal nur Ruhe haben“ (von Kummer, Streit, Anforderungen, Schmerzen, Schlafstörungen)
- Schwere **Depression** („zur Last fallen“)



Werther-Effekt

- Bezeichnet Auslösung von Suiziden durch die Identifikation mit einem Idol oder einer emotional nahe stehenden Bezugsperson, die Suizid begangen hat.
- Der Film „Tod eines Schülers“ verursachte eine dramatische Zunahme von Eisenbahnsuiziden.
- Es gibt Vorschriften bezüglich des medialen Umganges mit Suizid von Jugendlichen.
- Die Weltgesundheitsorganisation hat eine Liste zur **Veränderung von Presseberichten** über suizidales Verhalten in Hinblick auf Suizidprävention entwickelt: Vermeiden von Sensationsberichten; keine Titelstorys; keine Photographien; kein Erwähnen von suizidalem Verhalten als ein nachvollziehbarer Problemlöseweg; Publizieren von Adressen und Telefonnummern von Anlaufstellen für Hilfesuchende



Krisenintervention

- Rascher Beginn
- Fokus: aktuelle Situation (Ereignis)
Verstehen was los ist!
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung
- Zusammenarbeit
- Stationäre Aufnahme

Sonneck et al., 2012



Therapeutische Schritte

- **Arbeitsbeziehung:** frühestmöglich (Konsil sofort), ungestört (Kinderklinik: freies Zimmer), wertschätzend, nicht moralisierend oder bagatellisierend
- **Auslöser:** Freund trennt sich; Motiv: Freund soll bleiben; Hintergrund: Beziehungen zu den Eltern tragen nicht
- **Diagnostik komorbider psychischer Störungen:** Depression
- **Klärung der individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten und Unterstützung:**
negativ.: Lernbehinderung und Schulleistungsprobleme
positiv: beliebt, viele Freunde
- **Erforderliche Hilfen:** Erziehungsbeistand



Suizidverlauf: Analyse des Ablaufs

- Wie lange schon Suizidgedanken? Phase der Ambivalenz?
- Einengung der Lebensbezüge in der vorangegangenen Zeit?
- Vorbereitungen: Abschiedsbrief, Sachen weggeschenkt?
- Zeitpunkt geplant (=> Retter abwesend?)?
- Methode
- Rettung eingeplant oder wahrscheinlich gemacht?
- Wer informierte Rettungsdienst, Polizei usw.
- Genauer zeitlicher Ablauf des Tages des Suizidversuches
- Impulsiver Suizidversuch? Alkoholeinfluss?



Umgang mit suizidalen Krisen

- **Suizidalität:** Hast Du schon daran gedacht, Dir das Leben zu nehmen?
- **Vorbereitung:** Denkst Du bewußt daran und drängen sich derartige Gedanken, auch wenn Du es nicht willst, auf ?
- **Ankündigungen:** Hast Du schon über Deine Absichten mit jemandem gesprochen?
- **Einengung:** Hast Du Deine Interessen, Kontakte zu anderen etc. gegenüber früher reduziert

Sonneck, 2000



Ernsthaftigkeit der Suizidabsichten

- Suizidversuch in Isolation
- Zeitpunkt macht Entdeckung unwahrscheinlich
- Vorsorgemaßnahmen gegen Entdeckung
- Vorbereitungen in Vorausschau des Todes
- Abschiedsbrief
- Verschweigen von Suizidgedanken
- Andere wurden nach dem Suizidversuch nicht alarmiert



Risikoabschätzung für erneuten Suizidversuch

- Harte Methoden (vs. weiche Methoden) , hohe Intentionalität
- Waffe im Haus, Verfügbarkeit von Suizidmitteln
- Geringe Distanzierungsfähigkeit
- Chronische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten
- Männliche ältere Jugendliche
- Frühere Suizidversuche
- Komorbide Depression (Risiko um 20 erhöht), Substanzmissbrauch
- Alkoholismus in der Familie
- Gestörte Beziehungen zu Familienmitgliedern
- Frühe Trennung von den Eltern
- Soziale Isolation
- Schlechte Schulleistungen



Suizid ist kein Ereignis, es ist ein
Prozess



Risiko- und protektive Faktoren analysieren

- Demographie
- Psychiatrische Vorgeschichte
- Psychiatrische Symptomik
- Medizinische Vorgeschichte
- Familiäre Vorgeschichte (psychiatrisch, suizidal)
- Persönliche Geschichte (soziale Anbindung, Beziehungen, Erfolge, häusliches Umfeld, Beruf)
- Persönlichkeit
- Protektive Faktoren (IQ, Freunde)



Protektive Faktoren

- Gründe zu leben
- Intern
 - Selbstwert, Selbstwirksamkeit
 - effektive Problemlösestrategien
 - gute Frustrationstoleranz
 - Lebenszufriedenheit
 - Religiosität
 - gute körperliche u. seelische Gesundheit



Protektive Faktoren

- Extern
 - Kinder im Haus
 - soziale Unterstützung
 - Arbeit

Chehil und Kutscher, 2012



Ressourcen

- Familie (+ Verwandte), Freunde
- Quellen der Bestätigung: Sport, Hobbys, Talente, Schulleistungen
- Geld
- Vertrauensperson
- Übernachtungsmöglichkeit außerhalb der Familie bei Vertrauensperson



10 Alarmsignale

- Mitteilung sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Das Gefühl äussern in Situation gefangen zu sein
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Sozialer Rückzug
- Ungewöhnlicher Ausdruck von Ärger und Wut
- Rücksichtsloses Verhalten
- Zeichen von Stimmungsänderung

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007



Risikoabschätzung

	Höheres Risiko	Geringeres Risiko
Suizidgedanken	Persistierend Intensiv Unkontrollierbar Akut Länger andauernd	Flüchtig Geringe Intensität Kontrollierbar
Suizidale Intention	Starker Wunsch zu sterben Starkes Verlangen zu handeln Erwartung des Todes	Hohe Ambivalenz Geringes Verlangen zu handeln
Suizidplan	Vorausschauend Gut geplant Mittel mit hoher Letalität Verfügbarkeit von Mitteln	Kein Plan Methode mit geringer Letalität Kein Zugang zu Mitteln

Cehil und Kutcher, 2012; Plener 2014



Suizidalität vs. NSSV

	Suizid	NSSV
Intention	Existenz beenden	Streßabbau, besser fühlen
Lethalität	Hoch, oft med. Behandl.	Niedrig, wenig med. Behandlung
Chronizität	Infrequent	Repetitiv
Methoden	Oft eine Methode	Häufig mehrere Methoden
Kognitionen	Sterben, Suizidale Gedanken	Erleichterung, keine Todesgedanken
Reaktionen d. Umwelt	Anteilnahme, Besorgnis	Angst, Ekel, Feindseligkeit

Mühlenkamp 2005; Pattison und Kahan, 1984, Plener 2014



Suizidalität vs. NSSV

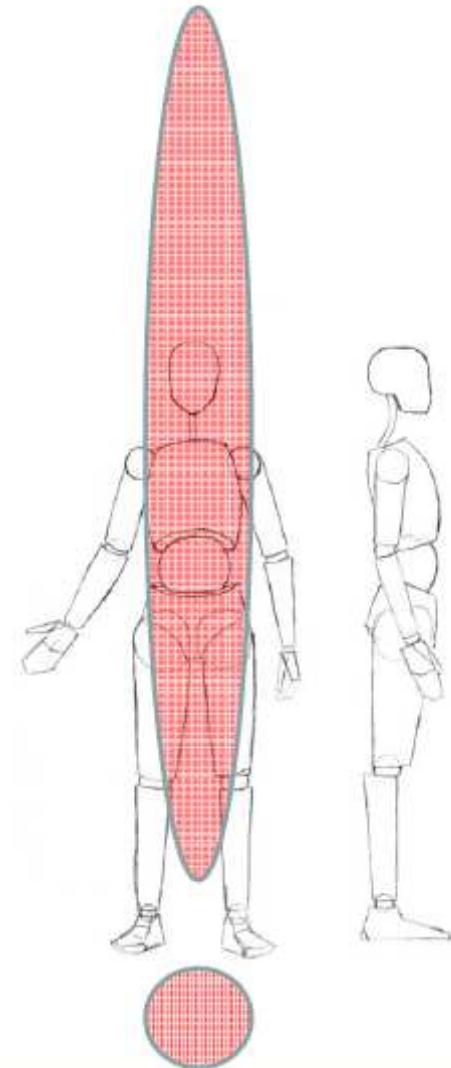
- Mehrheit derer mit NSSV: keine Suizidalität
- NSSV starker Prädiktor für Suizidalität
- Suizidrisiko steigt mit Häufigkeit von NSSV

Whitlock und Knox, 2007; Andover und Gibb, 2010; Brausch und Gutierrez, 2010; Cloutier et al., 2010

Suizidalität vs. NSSV

- Jugendliche, die sich an anderen Stellen als an den Armen verletzen, haben mehr Suizidversuche und Suizidgedanken

Laukannen et al., 2013; Plener, 2014





Kasuistik Lisa, 16 Jahre



Zusammenfassung

- 1/4 der Schüler berichten Erfahrungen mit selbstverletzendem Verhalten, ca. 4 % repetitives NSSV im letzten Jahr
- NSSV wird nicht mit suizidaler Absicht durchgeführt
- NSSV ist aber ernstzunehmender Risikofaktor für Suizidalität
- Fragliche Suizidalität muss immer kinder- und jugendpsychiatrisch abgeklärt werden

Literatur





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit