



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

NSSV

(Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten)

NSSV- Klassifikation

ICD-10:

- NSSV stellt keine psychische Störung dar
- keine konkretere Definition
- Kodierung auf 4. Achse:
 - „Vorsätzliche Selbstschädigung...“
 - ...mit einem scharfen Gegenstand (X78)
 - ...durch Wasserdampf, heisse Dämpfe oder heisse Gegenstände (X77)
 - ...auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise (X84)

NSSV- Klassifikation

DSM-5: Non-suicidal self-injury, Section 3, condition for further study
(als Diagnose in der Sektion klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf)

- NSSV wurde als Forschungsdiagnose aufgenommen
- einheitliche Definition von NSSV:
 - direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes
 - **ohne** suizidale Absicht
 - sozial nicht akzeptiert
 - direkt und **repetitiv**

repetitiv= innerhalb eines Jahres an fünf oder mehr Tagen absichtliche Selbstverletzung

NSSV- Klassifikation

- ICD-11:

MB23.E Non-suicidal self-injury

Ausschlussdiagnosen nach DSM-5

- Intelligenzminderung
- während psychotischen Zuständen
- bei Intoxikationen
- stereotypes Verhalten bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen
- neurologische Erkrankungen (z-Bsp. Tic-Störung)

- Genetische Syndrome :

Lesch-Nyhan-Syndrom

(x-chromosomal-rezessiv vererbte Stoffwechselkrankheit, Enzymdefekt lässt Harnsäure ansteigen)

Cornelia-de-Lange-Syndrom

(autosomal-dominant)

Rett-Syndrom

(progressive Enzephalopathie bei Mädchen)

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



Wie häufig ist eigentlich
selbstverletzendes Verhalten?

Prävalenz



am häufigsten „Ritzen“, 2/3 sind Mädchen

mittlere Lebenszeitprävalenz: 25-35 %

repetitiv: 10-12 %

(Plener et al., 2009, Brunner et al., 2007, Plener et al., 2012, Brunner et.al., 2014)

Stationär behandelte Kinder- und Jugendliche:

- 60 % geben mindestens einmalig NSSV an
- 50 % geben repetitiv NSSV an

Epidemiologie- Jugendalter

Wichtigste psych. Erkrankungen mit NSSV:

- Depression
- Essstörungen
- Angststörungen
- Störung des Sozialverhaltens
- sich entwickelnde Persönlichkeitsstörung
(nicht nur Borderline PS, wobei 75 % dieser Patientinnen sich verletzt)

Funktionen selbstverletzenden Verhaltens

- **Affektregulation**

... um schlechte Gefühle zu beenden, ev. „Kick“-Erleben

- **Anti-Dissoziation**

... um mich wieder real zu fühlen

- **Anti-suizidal**

... damit ich mich nicht umbringen muss

- **Interpersonal**

...um Hilfe von anderen zu bekommen (*sozial positive Verstärkung*) oder sozial unliebsame Situationen zu vermeiden (*sozial negative Verstärkung*)

- auch: „soziale Ansteckung“, Zusammenhang mit Zugehörigkeit zu alternativen Jugendkulturen (z. Bsp. Gothic, Emos)

NSSV und Stress

- Höhere physiologische Erregbarkeit
- Physiologische Anspannung kann durch Gedanken an NSSV vermindert werden
- Studie von Stanley et al., 2010:
Erniedrigte Liquorspiegel von β -Endorphin und Met-Enkephalin bei erwachsenen Patienten
Hypothese defizitärer Opioidantwort auf externe Stressoren
- Studie von Kaess et al., 2012:
Bei sozialen Stressoren Abweichung des stressregulierenden Systems
(abweichende Hypothalamus-Hypophysen-NNR-Achse)

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 NSSV

Liebermann et al., 2009

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“)
- Immer Frage nach **Suizidalität!**
- Therapie-Setting:
 - meist **ambulant** möglich,
 - bei Chronifizierung oder Suizidalität: **stationäre** Aufnahme

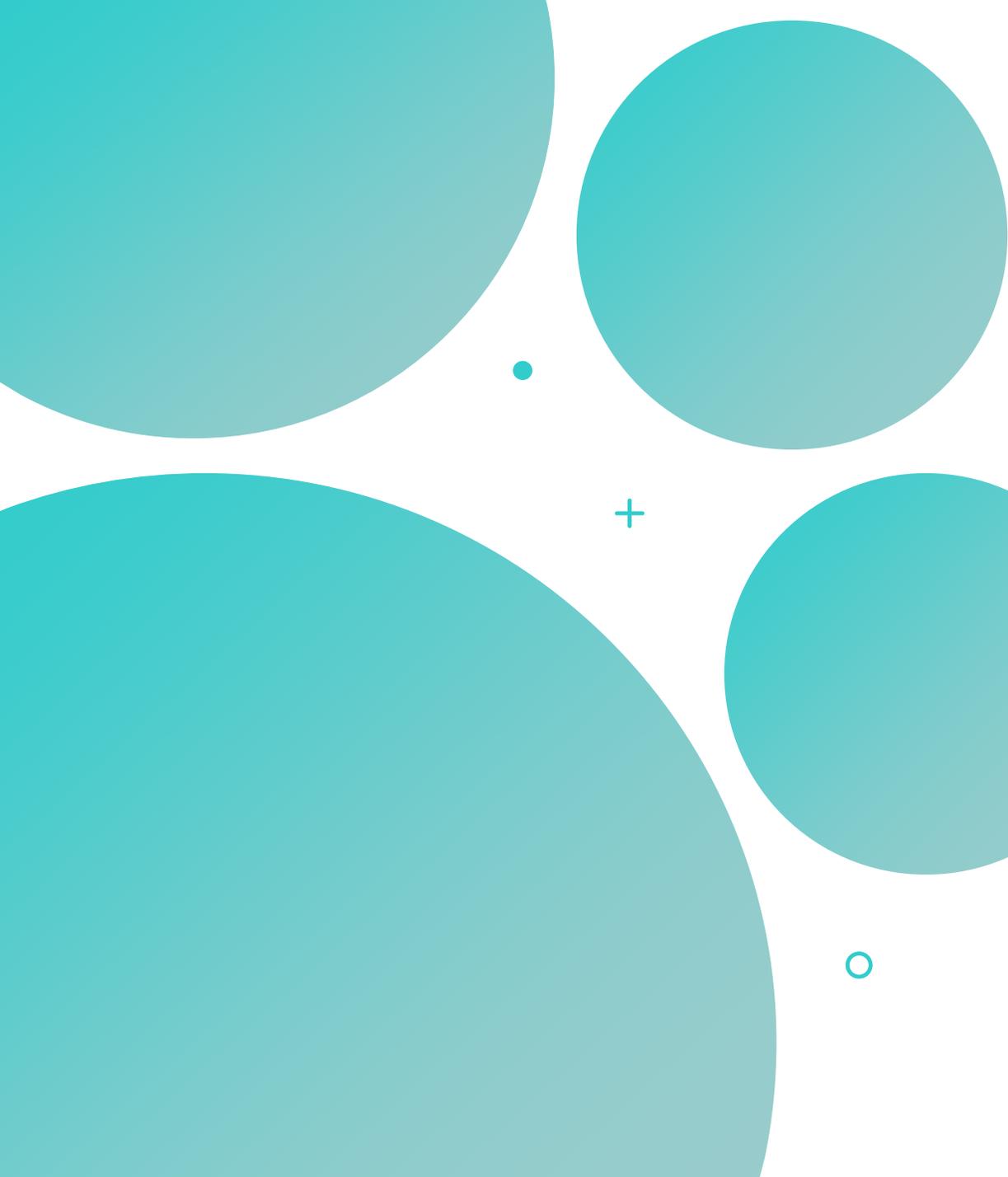
Therapie- langfristig

Ziel:

Reduktion von Intensität, Frequenz und Progredienz selbstverletzender Handlungen

Wichtige Therapieelemente:

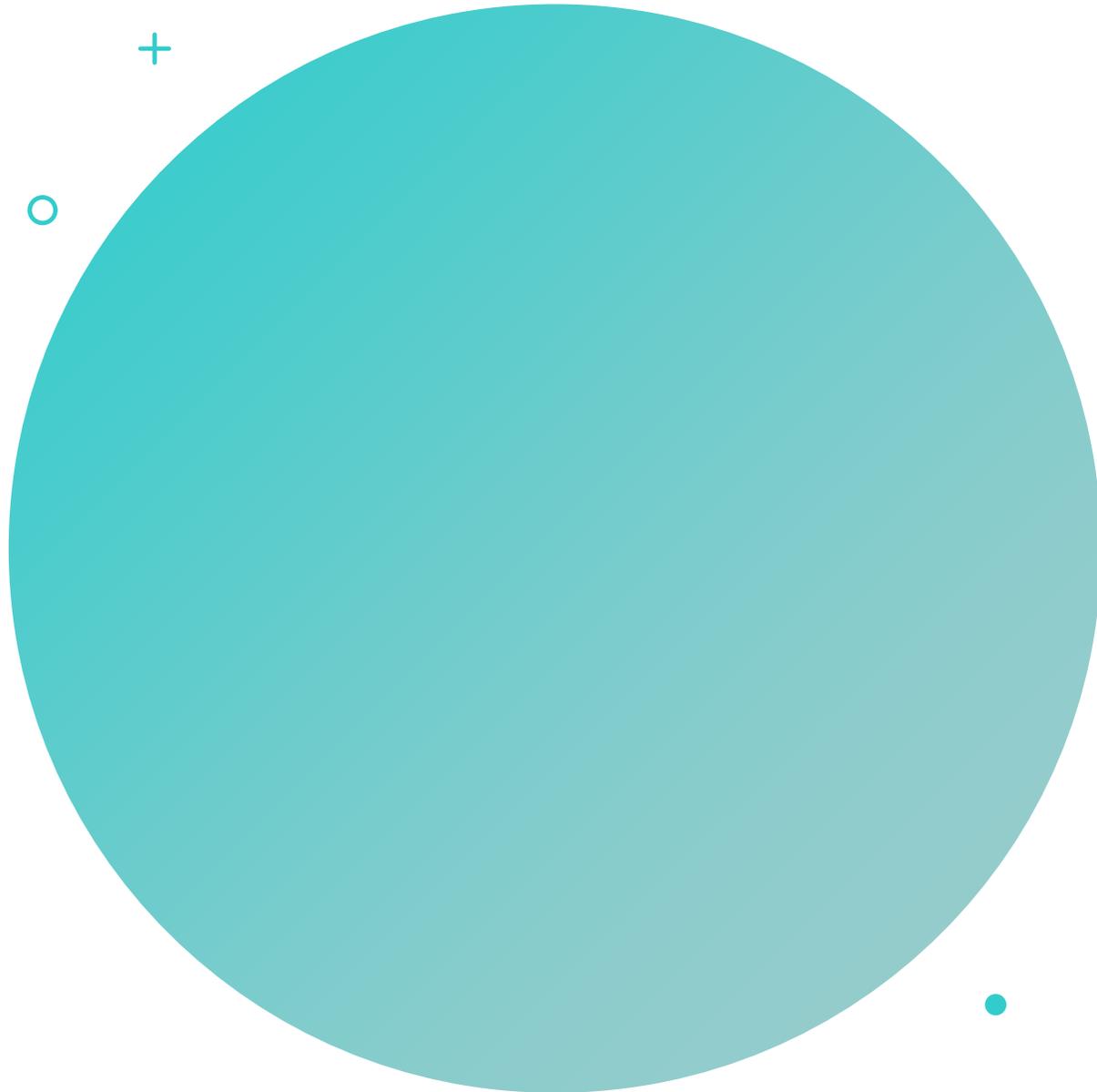
- Klare Absprachen zum Vorgehen bei NSSV und Suizidalität
- Aufbau einer Behandlungsmotivation
- Psychoedukation
- Erkennen von auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren
- Keine übertriebene Aufmerksamkeit, keine Zuwendung bei NSSV (ev. sogar Therapiepause)
- Vermitteln von alternativen Handlungsstrategien
- Mitbehandlung psychischer Störungen

The background features several overlapping teal circles of varying sizes. A small teal dot is positioned between the top-left and top-middle circles. A teal plus sign is located between the top-middle and bottom-middle circles. A teal circle is positioned below the bottom-middle circle. The title 'Therapie - langfristig' is written in a teal, sans-serif font, with 'langfristig' in italics.

Therapie - *langfristig*

Alternativtechniken zur Affektregulation

- Sport
- Entspannungstraining
- **SKILLS**
- (Notfallkoffer: z. Bsp.: Beissen auf Chilischote)
= jedes Verhalten, das in einer schwierigen Situation kurzfristig wirksam ist und dabei langfristig nicht schädlich ist
- **DBT-A**
(Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente)
 - Achtsamkeit
 - Stresstoleranz
 - Emotionsregulation
 - Zwischenmenschliche Fertigkeiten
 - "Walking the Middle Path"



Therapie- medikamentös

- Keine zugelassene Medikation vorhanden (*off-label-use*)
- Nur wenn Skills-Kette keine Anspannungsreduktion bewirkt, dann ev. sedierende Bedarfsmedikation



Prognose:

- Abhängig vom zugrunde liegenden Störungsbild und Therapiemotivation
- Rezidivierende Selbstverletzungen lassen meist bis zum 30. Lebensjahr nach
- **Suizid ist meist kein Ereignis, sondern ein Prozess**

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

Klassifikation- Suizidalität

ICD-10

- Suizidversuche können nur als vorsätzliche Selbstschädigung auf der vierten Achse (X60-X84) klassifiziert werden.
 - 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

Klassifikation- Suizidalität

DSM-5

- *Suizidale Verhaltensstörung (Suicidal Behavior Disorder)*

als Diagnose in der Sektion klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf



Klassifikation- Suizidalität

ICD-11

MB 23.S

MB 23.R

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.



Definitionen

- **Suizid:** von einer Person willentlich und im Bewusstsein der Irreversibilität des Todes herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens.
- **Suizidversuch:** alle Handlungen, die mit dem Ziel unternommen werden, das Leben zu beenden.
- **Suizidplan:** zusätzlich zu Suizidgedanken wurde bereits eine konkrete Methode formuliert, mittels derer das Individuum plant, aus dem Leben zu treten



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:vollendeter Suizid 38:1

Prävalenz





Suizidraten 2014 in Deutschland

(statistisches Bundesamt)

- Altersgruppe 1-15 Jahre: 28 Suizide
- Altersgruppe 15-20 Jahre: 194 (57 Mädchen und 137 Jungs)
- Vermutlich Dunkelziffer (Drogen- und Verkehrstote)

Prävalenz - Deutschland

- Lebenszeitprävalenz:

14-39 % Suizidgedanken

6,5-9% Suizidversuch

(Plener,Libal,Keller, Fegert u. Muehlenkamp, 2009; Donath, Graessel, Baier, Bleich u. Hillemacher, 2014)



Statistisches Bundesamt:

Die drei häufigsten Suizidmethoden bei Jugendlichen

- 1.) Erhängen (5 x häufiger bei männlich Jugendlichen)
- 2.) Sturz in die Tiefe
- 3.) Werfen vor Zug oder Auto

Ätiologie- Biologie

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

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

Ätiologie- Psychische Erkrankungen

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

Suizidalität kann aber ohne psychische Grunderkrankung auftreten

Ätiologie- Soziale Risikofaktoren

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



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 (elterliche psychische Erkrankungen mit/ohne 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“)

Suizidalität und Medien

Werther-Effekt vs. *Papageno*-Effekt

Krisenintervention bei Notfall

- Rascher Beginn
- Fokus: aktuelle Situation (Ereignis)
Verstehen was los ist!
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung
- Zusammenarbeit
- **Stationäre Aufnahme**
 - sogar mittels Freiheitsentziehung
(Unterbringungsgesetz § 1631b BGB, wenn nötig PsychKG)

Therapeutische Schritte

- **Arbeitsbeziehung:** frühestmöglich (Konsil sofort), ungestört, 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:** ev. 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?



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



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

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



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



Protektive Faktoren

- Gründe zu leben können benannt werden
- Intern
 - Selbstwert, Selbstwirksamkeit
 - effektive Problemlösestrategien
 - gute Frustrationstoleranz
 - Lebenszufriedenheit
 - Religiosität
 - gute körperliche u. seelische Gesundheit
- Extern
 - unterstützendes Umfeld

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

Zusammenfassung

- ¼ 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

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

(Finanzierung durch das Bundesjugendministerium)

feel-ok.at
Klick rein, finds raus.

**Wir sind in jeder
Krise für dich da.
Die Caritas Online-Beratung.**

