



NSSV

Ein Leitfaden für Fachkräfte zum leitliniengerechten Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen





Liebe Leserinnen und Leser,

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ist unter Kindern und Jugendlichen ein weit verbreitetes Phänomen.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Fachpersonen, die eine wesentliche Rolle in der Primärversorgung spielen, wissen, wie betroffene Kinder und Jugendliche adäquat behandelt werden können. Diese Broschüre will einen Beitrag zu einer verbesserten Versorgung Betroffener leisten, indem sie die seit 2015 verfügbare klinische Versorgungsleitlinie für NSSV im Kindes- und Jugendalter anschaulich und praxistauglich darstellt.

Wir verwenden aufgrund der vereinfachten Lesbarkeit nur eine Geschlechterform, sprechen aber alle Geschlechter damit an. Außerdem schließt der Begriff „Jugendliche“ auch „Kinder“ mit ein. Im Text verzichten wir auf Quellenangaben – Sie finden am Ende der Broschüre entsprechende Verweise.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Klassifikation 6-13

NSSV - was ist das?	8-9
NSSV und Suizidalität.....	10-11
NSSV in den Klassifikationssystemen.....	12-13

Kapitel 2: Epidemiologie und Ätiologie..... 14-21

Epidemiologie und Verlauf	16-17
Ätiologie und Risikofaktoren.....	18
Funktionalität.....	19
Komorbiditäten	20-21

Kapitel 3: Diagnostik..... 22-37

Hinweise auf NSSV	24-25
Diagnostisches Vorgehen.....	26-27
Exkurs: Exploration akuter Suizidalität.....	28-31
Körperliche Diagnostik.....	32-33
Klinische Diagnostik.....	34-35
Differenzialdiagnostik	36-37

Kapitel 4: Intervention 38-57

Interventionssetting.....	40-43
Psychotherapeutische Intervention	44-45
Elternarbeit.....	46-47
Therapeutic Assessment.....	48-51
Psychopharmakologische Intervention.....	52
Chirurgische Versorgung	53
Rechtliche Aspekte	54-57

Kapitel 5: Das Wichtigste in Kürze 58-59

Quellen und Literaturempfehlungen	60-61
Nützliche Websites.....	61

Kapitel 1

Klassifikation



NSSV - was ist das?

NSSV und Suizidalität

NSSV in den Klassifikationssystemen



NSSV - was ist das?

Die AWMF-Leitlinie „Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter“ definiert nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten als **freiwillige**, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes **ohne suizidale Absicht**, die **sozial nicht akzeptiert**, **direkt** und **repetitiv** ist, sowie meist zu kleinen oder moderaten **Schädigungen** führt.

Diese Definition von NSSV schließt damit sozial akzeptierte (z.B. Tätowierungen oder Piercings), indirekte (z.B. Essstörungen, Substanzmissbrauch) und unabsichtliche (z.B. durch Unfälle) Selbstschädigungen aus.

Die häufigsten Formen von Selbstverletzungen sind Beschädigungen der Haut durch Schneiden, Ritzen, Kratzen, Schlagen/Anschlagen, Kneifen, Beißen oder Verbrennen (z.B. mit Zigaretten oder auch Deo-Spray). Häufig werden mehrere Selbstverletzungsmethoden eingesetzt, die sich über die Zeit hinweg ändern können.

Die am häufigsten verletzten Körperregionen sind Arme, Handgelenke und Oberschenkel. Seltener werden Bauch, Brust, Gesicht oder Genitalbereich verletzt. NSSV, das nicht im Bereich der Extremitäten stattfindet, ist häufiger mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden assoziiert.



NSSV und Suizidalität

Selbstschädigende Gedanken und Verhaltensweisen können, je nach dem vorhandenen oder nicht vorhandenen Wunsch, dadurch zu versterben, in suizidale und nicht-suizidale Verhaltensweisen eingeteilt werden. Außerdem wird nach dem Grad der Umsetzung (Gedanken, Pläne, Verhaltensweisen) unterschieden. Unter einer Suiziddrohung/suizidalen Geste sind Äußerungen bzw. Verhaltensweisen zu verstehen, die ohne den Wunsch zu sterben durchgeführt werden, sondern mit dem Ziel, eine Veränderung in der Umwelt zu bewirken.



Einteilung selbstverletzender Verhaltensweisen nach Nock, 2010

Nock MK (2010). Self-Injury. Annual Review of Clinical Psychology (6): 15.1 – 15.25.

Auch wenn NSSV nicht mit dem Wunsch zu sterben ausgeführt wird, korreliert es mit einer erhöhten Suizidalität und stellt einen Risikofaktor für spätere Suizidversuche dar. NSSV und Suizidalität weisen viele gemeinsame Risikofaktoren auf. **Das Suizidrisiko muss also in der Diagnostik von NSSV unbedingt miteingefasst werden!**

Differenzialdiagnostisch sind folgende Faktoren von Bedeutung:

- Absicht des Verhaltens: Primäres Ziel beim NSSV ist zumeist die Reduktion von unangenehmen Gefühlen und nicht, zu versterben.
- Medizinische Schwere: Bei NSSV sind die medizinischen Verletzungen häufig geringer als bei Suizidversuchen.
- Häufigkeit des Verhaltens: NSSV wird sehr viel häufiger durchgeführt als suizidales Verhalten.

Faktoren bei NSSV, welche mit erhöhter Suizidalität einhergehen, sind:

- Anwendung mehrerer Methoden von NSSV
- Langandauernde Geschichte von NSSV
- Geringe oder keine Schmerzempfindung während des NSSVs
- Lokalisation des NSSVs außerhalb der Extremitäten
- Weitere komorbide Erkrankungen, Problemverhalten oder negative psychische Faktoren wie Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Impulsivität, negative Selbstabwertung oder Anhedonie

NSSV in den Klassifikationssystemen

In der Klassifikation psychischer Störungen der WHO, der ICD-10, kann NSSV momentan **nicht als eigenständige Störung klassifiziert** werden. NSSV ist eines der neun Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus (F60.31) und es kann im Rahmen des multiaxialen Klassifikationssystems auf der 4. Achse als „vorsätzliche Selbstschädigung“ (ICD-10 X77-X79; X88, X84) kodiert werden. Auch in der ICD-11 findet sich kein eigenständiges Störungsbild.

D.h., momentan kann die psychotherapeutische Behandlung von NSSV nur dann kassenärztlich abgerechnet werden, wenn das Verhalten im Rahmen einer anderen psychischen Störung auftritt. Da NSSV aber auch ohne eine zusätzliche psychische Störung auftreten und behandlungsbedürftig sein kann, gibt es Bestrebungen, NSSV als eigenständige Diagnose in gängige Diagnosesysteme wie das amerikanische DSM-5 aufzunehmen.

Im DSM-5 (APA) ist NSSV als Forschungsdiagnose aufgenommen. Die vorgeschlagenen Kriterien sind:

A) Wiederholtes NSSV (mind. fünfmal im letzten Jahr)

Das Nichtvorhandensein einer Suizidabsicht wurde entweder durch die Person bestätigt oder kann daraus geschlossen werden, dass die Person wiederholt selbstschädigende Verhaltensweisen zeigt, von denen sie weiß oder gelernt hat, dass sie wahrscheinlich nicht zum Tode führen.

B) Erwartung bei der Selbstverletzung (mind. 1)

- Entlastung von negativen Gefühlen oder einem negativen kognitiven Zustand
- Lösung zwischenmenschlicher Probleme
- Herbeiführung eines positiven Gefühlzustands

C) Zusammenhang mit (mind. 1)

- zwischenmenschlichen Problemen oder negativen Gefühlen oder Gedanken unmittelbar vor dem NSSV
- gedanklicher Beschäftigung mit dem NSSV vorab
- häufigem Nachdenken über Selbstverletzung

Ausgeschlossen werden sozial akzeptierte Formen der Selbstschädigung (D) sowie Selbstverletzungen, die ausschließlich im Rahmen psychotischer Episoden, autistischer Störungen, geistiger Behinderung, Trichotillomanie oder Intoxikationen auftreten (F). Zudem muss das NSSV oder dessen Konsequenzen einen klinisch bedeutsamen Leidensdruck oder interpersonelle/akademische Beeinträchtigungen mit sich bringen (E).

Kapitel 2

Epidemiologie und Ätiologie

Epidemiologie und Verlauf

Ätiologie und Risikofaktoren

Funktionalität

Komorbiditäten





Epidemiologie und Verlauf

Ca. 25% bis 30% der Jugendlichen in Deutschland haben sich zumindest einmalig selbst verletzt. In internationalen Schulstudien geben ca. 17% aller Jugendlichen an, sich schon einmal in ihrem Leben selbst verletzt zu haben. Deutschland gehört zumindest im europäischen Vergleich zu den Nationen mit den höchsten Prävalenzraten von Selbstverletzungen unter Jugendlichen. Einmaliges, nicht repetitives selbstverletzendes Verhalten sollte im Sinne eines Problemverhaltens im Rahmen der Adoleszenz aufgegriffen werden. Meist sind Selbstverletzungen in diesem Zusammenhang gelegentlich, zeitlich begrenzt und stehen in Beziehung zu schulischen und familiären Problemen.

Nach den in Kapitel 1 vorgestellten DSM-5-Kriterien (insbesondere mindestens fünfmalige Selbstverletzung im letzten Jahr), liegt die Häufigkeit dieses **repetitiven NSSVs** international und in Deutschland bei ca. **4%** der Jugendlichen in Schulstichproben. Repetitives NSSV ist häufiger mit Suizidalität und einem höheren Grad an Psychopathologie assoziiert.

Etwa 50% der (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zeigt repetitives selbstverletzendes Verhalten (sowohl in Deutschland als auch in internationalen Stichproben).

Weibliche Jugendliche verletzen sich etwas häufiger als männliche Jugendliche. Bei der Wahl der Methode ist zu erkennen, dass sich weibliche Jugendliche häufiger Schnittwunden zufügen, während sich männliche Jugendliche häufiger selbst oder gegen feste Gegenstände schlagen.

Der Beginn selbstverletzenden Verhaltens liegt meist zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr, der Großteil verletzt sich in der mittleren Adoleszenz selbst (mit ca. 15-17 Jahren) und das Verhalten nimmt in der späten Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter stark in seiner Häufigkeit ab.

Obwohl NSSV vor allem im Jugendalter auftritt, heißt das nicht, dass Jugendliche diese Symptomatik immer im Erwachsenenalter beenden. Es ist zu beachten, dass:

- NSSV bis ins Erwachsenenalter andauern kann.
- es zu einer Symptomverschiebung kommen kann und Erwachsene, die im Jugendalter NSSV angewandt haben, ein größeres Risiko haben, schädliche Verhaltensweisen wie vermehrten Alkohol- und Drogenkonsum zu zeigen.
- NSSV einen Marker für die spätere Entwicklung psychischer Erkrankungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) sowie für Suizidversuche und Suizide darstellt.

Ätiologie und Risikofaktoren

Bei NSSV ist wie bei anderen psychischen Störungen von einer **multifaktoriellen Genese** auszugehen, die u.a. folgende Faktoren umfasst:

- Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, häufiges Erleben intensiver Emotionen
- Familiäre Belastungsfaktoren wie psychische Erkrankung eines Elternteils, invalidierendes Umfeld (elterliche Kritik und Feindseligkeit)
- Missbrauch- und Misshandlungserfahrungen
- Aktuelle Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit, Probleme in Partnerschaft oder Schule, soziale Isolation, Verlust einer Bezugsperson, Mobbing
- Lernen am Modell und Imitation, alternative Jugendkultur („Gothic“, „Emos“ etc.)
- Einfluss von Inhalten mit NSSV im Internet und den sozialen Medien
- Zugehörigkeit zu einer Gruppe, die verstärkt von sozialem Druck betroffen ist („Randgruppen“), z.B. homo-, bi- oder transsexuelle Jugendliche
- Geringer Selbstwert, Selbstabwertung
- Somatische Beschwerden und psychische Belastungsfaktoren wie Depression, Hoffnungslosigkeit, Aggressivität, Ängste, Alexithymie, dissoziative Erlebnisse

Funktionalität

Betrachtet man die Funktionen von NSSV, so können interpsychische (Einflussnahme auf den sozialen Kontakt) von intrapsychischen (Einflussnahme auf den eigenen Stimmungszustand) unterschieden werden. In mehreren Studien wurde übereinstimmend beschrieben, dass NSSV vorrangig zur **Affektregulation** eingesetzt wird, genauer gesagt zum Beenden intensiver unangenehmer Gefühle (wie Trauer, Scham, Wut, Schuld) und unangenehmer Gedanken (wie Selbstabwertung) oder eines gefühllosen Zustandes (wie „emotionale Leere“ oder Dissoziation). Typische Situationen umfassen Verlassen- werden, Versagensgefühle, Verlusterleben sowie Zurückweisung. In diesem Kontext ist die Bedeutung von Mobbing Erfahrungen als Risiko für NSSV zu betonen.

Zusammenfassend scheint es sich bei NSSV um eine Methode zu handeln, die hilft, sich auf die eine oder andere Weise, zumindest kurzfristig, besser zu fühlen. Je öfter allerdings NSSV für diesen Zweck eingesetzt wurde, desto wahrscheinlicher ist es, dass es auch in Zukunft beibehalten bzw. sich verstärken wird. NSSV wird von Betroffenen häufig als sehr effektive Copingstrategie wahrgenommen.

Komorbiditäten

NSSV kann in einem breiten Kontext verschiedener psychischer Störungen auftreten, aber auch in Abwesenheit einer Diagnose.

Die häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei Jugendlichen mit NSSV sind:

- Affektive Störungen (v.a. Depression)
- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus
- Angststörungen (insbesondere soziale Phobie und generalisierte Angststörung)

Weiterhin finden sich häufig komorbid:

- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsstörungen
- Externalisierende Störungen (v.a. Störung des Sozialverhaltens und ADHS)
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

Im diagnostischen Prozess ist also unbedingt abzuklären, ob komorbide Störungen vorhanden sind, und dies ist in der Planung des weiteren Vorgehens bzw. der Therapieplanung entsprechend zu berücksichtigen.



Kapitel 3

Diagnostik

Hinweise auf NSSV

Diagnostisches Vorgehen

Körperliche Diagnostik

Klinische Diagnostik

Differenzialdiagnostik



Hinweise auf NSSV

- Typische Wunden:
 - Beim ‚Ritzen‘: häufig mehrere, parallel verlaufende gerade Schnitte oder Kratzer oder mehrere Narben unterschiedlichen Entstehungsalters
 - Bei Verbrennungen: unerklärliche, oft kleinflächige, Verbrennungen
 - Beim Anschlagen: unerklärlich geprellte Fingerknöchel und blaue Flecken oder Abschürfungen an den Händen, dem Kopf oder anderen exponierten Körperteilen
- Ungewöhnliche oder unpassende Kleidung oder Weigerung, am Sport- oder Schwimmunterricht teilzunehmen, um Wunden zu verdecken
- Besitz von scharfen Gegenständen wie Rasierklingen oder Messer
- Zeichnen von Bildern von NSSV/Blut oder das Schreiben einschlägiger Texte oder Gedichte
- Das Verbringen von viel Zeit an isolierten Orten
- Anderes Risikoverhalten wie Promiskuität, sensation-seeking etc.
- Substanzmissbrauch oder Essstörungen
- Zeichen für Depression, soziale Isolation

Diagnostisches Vorgehen

- Unmittelbar notwendige somatische Abklärung bzw. körperliche Diagnostik
- Vollständige psychopathologische Befunderhebung unter besonderer Berücksichtigung von Suizidalität, psychischen Störungen sowie anderen Formen selbstverletzenden Verhaltens
- Differenzialdiagnostische Abklärung und vertiefte Exploration des NSSVs

Für den Umgang mit Betroffenen ist es hilfreich, eine emotional neutrale Grundhaltung einzunehmen und „respektvolle Neugier“ zu zeigen. Das heißt:

- Ruhig und unaufgeregt reagieren, also kein übertriebener Aktionismus, keine Panik- oder Schockreaktionen
- Mitgefühl und Verständnis zeigen – NSSV ist keine „bizarre Angewohnheit“, sondern ein Weg mit seelischem Schmerz umzugehen. NSSV ist Suizid vorzuziehen („Ich ritze mich, damit ich mich nicht umbringen muss“).
- Keine Bewertungen/Abwertungen, Ablehnung („Wie kannst du denn nur ...“)
- Versichern, dass man sich für NSSV nicht schämen muss
- Betroffene akzeptieren, auch wenn das Verhalten nicht akzeptiert wird, d.h. die richtige Balance zwischen Akzeptanz für die schwierige Lebenssituation und dem Schaffen von Veränderungsmotivation
- Betroffenen mitteilen, dass es Personen gibt, die sich Gedanken um sie machen
- Betroffene ernst nehmen und Interesse für ihre Gründe für das NSSV zeigen
- Vermitteln, dass man bereit ist, zuzuhören
- Respektieren, wenn Betroffene nicht über NSSV oder ihre Gründe sprechen wollen

- Kein exzessives Interesse an Details von NSSV und kein Gespräch über das Verhalten an sich direkt nach dem NSSV, da dies von Betroffenen als verbindendes kommunikatives Element wahrgenommen werden kann
- Keine Ultimaten stellen oder Drohungen aussprechen („Wenn du nicht aufhörst, dann ...“)
- Erstgespräch und Anamnese von NSSV ohne Beisein erwachsener Bezugspersonen
- Verwendung der Begriffe der Jugendlichen für NSSV (z.B. „Ritzen“)
- NSSV als ernstzunehmendes Zeichen innerer Spannung verstehen
- Keine Versprechungen, dass man in jedem Fall über das NSSV Still-schweigen wahren wird – das wäre vor allem vor dem Hintergrund des Zusammenhangs von NSSV mit suizidalen Verhaltensweisen prekär
- Hoffnung auf Verbesserung des psychischen Zustandes aufbauen

Exkurs: Exploration akuter Suizidalität

Aufgrund des engen Zusammenhangs von NSSV und Suizidalität sollte bei Betroffenen regelmäßig akute Suizidalität exploriert werden. Speziell bieten folgende Hinweise Anlass zur Exploration:

- Suizidäußerungen oder -andeutungen
- Verstärkte Hoffnungslosigkeit oder Überforderungserleben
- Unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod, Verschenken persönlicher Gegenstände, Verfassen eines Testamentes
- Höhere Frequenz und Schwere des NSSVs
- Massive akute Stressfaktoren (traumatisches Erlebnis, Tod einer Bezugsperson, Mobbing etc.)
- Entwicklung einer psychischen Störung

Methode der Wahl ist das klinische Gespräch, in dem der Grad der Suizidalität basierend auf vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren und ggf. unter Einbezug einer Fremdanamnese exploriert wird.

- Todeswunsch: Hast du jemals daran gedacht, dass es besser wäre, wenn du tot wärst?
- Suizidgedanken: Hast du auch einmal daran gedacht, dir selbst das Leben zu nehmen?
- Suizidplanung: Wenn du es tun würdest, wie würdest du es tun? Hast du schon Vorbereitungen getroffen?
- Gründe für Weiterleben erfragen und Absprachefähigkeit prüfen

Nach der aktuellen Leitlinie für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter wird unter akuter Suizidalität das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängenden Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung und zur Verfügung stehender Mittel verstanden. Nach der Leitlinie spricht für eine akute Suizidgefahr, wenn

- eine konkrete Suizidabsicht geäußert wird
- eine Suizidhandlung geplant und bereits vorbereitet ist, eventuell auch abgebrochen wurde
- ein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) besteht und nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist)
- Autoaggressivität (selbstaggressives Verhalten) vorliegt und die Jugendliche nicht mehr steuerungsfähig und damit nicht absprachefähig ist
- Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch nicht benannt werden können.

Bei Verdacht auf Suizidalität sollte eine fachlich qualifizierte kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung stattfinden, d.h. durch eine Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einer Ärztin bzw. psychologischen Psychotherapeutin, die über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Jugendlichen verfügt. Die genannten Expertinnen haben dann eine Einschätzung der akuten Suizidalität zu treffen. Diese soll sich einerseits auf die getätigten Äußerungen der Betroffenen, Äußerungen oder Wahrnehmungen aus deren Umfeld beziehen, sowie eine Exploration zu suizidalen Handlungen in der Vergangenheit sowie zu Risiko- und Schutzfaktoren enthalten. In Deutschland gibt es flächendeckend zuständige Kinder- und Jugendpsychiatrien, an die die Betroffenen zur Suizidabklärung überwiesen werden können.

Dies sollte notfalls auch gegen den Willen der Jugendlichen erfolgen. Sollte die Jugendliche mit einer solchen Vorstellung nicht einverstanden sein, ist die Polizei zu verständigen, da letzten Endes nur diese eine Vorstellung gegen den Willen durchführen kann.

Es ist sicherzustellen, dass die Patientin nicht mehr unbeaufsichtigt ist (z.B. alleine im Warte- oder Behandlungszimmer).

Unsicherheiten und Ängste bzgl. des Themas „Suizidalität“ seitens der Behandelnden dürfen nicht dazu führen, dass Suizidalität im klinischen Alltag nicht angesprochen wird!

Weitere Hinweise finden sich in der AWMF-Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ (2016)

Beispielformulierung für die Notwendigkeit einer fachärztlichen Abklärung:

„Ich habe den Eindruck, dass es dir momentan so schlecht geht, dass du nicht garantieren kannst, dass du dir nichts antust. In solchen Situationen ist deine Sicherheit und dein Schutz das Wichtigste, deswegen möchte ich auch noch einmal eine Fachkollegin hinzuziehen. Ich denke, es ist das Beste, wenn du diese Gedanken auch noch mal mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin/Psychotherapeutin besprichst. Ich würde mich jetzt darum kümmern, dass du dort einen Termin bekommst, ist das für dich in Ordnung?“



Körperliche Diagnostik

- Überprüfung des Impfstatus (v.a. Tetanus)
- Einschätzung über Ausmaß und Schweregrad der Verletzungen
- Gegebenenfalls medizinische Erstversorgung oder fachärztliche Versorgung in Notfallaufnahme, Chirurgie oder Pädiatrie einleiten
- Begutachtung der Wunden hinsichtlich einer Infektionsgefahr oder funktioneller Beeinträchtigungen (etwa durch Durchtrennung von Muskeln- oder Nervenbahnen)
- Exploration nach verwendeten Utensilien und deren Sterilität
- Nach Möglichkeit gleichgeschlechtliche Untersuchungsperson
- Transparentes Vorgehen:
 - Notwendigkeit der körperlichen Untersuchung darlegen (Infektionsrisiko, körperliche Folgeschäden etc.)
 - Über Infektionsgefahr (Hepatitis, HIV etc.) bei gemeinsamer Verwendung von Gegenständen zur Selbstverletzung mit anderen Personen aufklären
 - Absprache über weitere symptombezogene körperliche Untersuchungen im Behandlungsverlauf zur Evaluation von fortgesetzten oder neu aufgetretenen Selbstverletzungen



Klinische Diagnostik

NSSV ist häufig mit Scham behaftet und wird deswegen üblicherweise nicht von selbst berichtet. **Deswegen sollten Fragen zum Vorkommen von NSSV standardmäßig in der klinischen Praxis gestellt werden** (Hast du dich schon einmal selbst verletzt?). Die Befürchtung, dass Jugendliche mit der Frage nach NSSV erst auf die Idee gebracht werden, dieses Verhalten zu zeigen, ist unbegründet.

Folgende Merkmale des NSSVs sollten erfasst werden:

- Häufigkeit, Methoden und Lokalisation
- Alter bei Beginn, Verlauf, Zeiten ohne NSSV, Veränderungen bzgl. Häufigkeit und Methode
- Suizidale Impulse/Intention
- Motive, Funktionalität (Wobei hilft dir das selbstverletzende Verhalten?)
- Verhaltensanalyse: NSSV-auslösende Situationen (inkl. Gefühle und Gedanken); Empfinden/Verhalten unmittelbar nach dem NSSV und einige Zeit später; Reaktionen des Umfelds
- Familiäre, außerfamiliäre und soziale Einflussfaktoren (z.B. Beziehungsqualität mit Bezugspersonen und Peers; NSSV im Bekanntenkreis; Nutzen sozialer Medien oder Internetforen bzgl. NSSV)
- Auswirkungen von NSSV auf das soziale und familiäre Umfeld

Weitere wichtige Aspekte zur Einschätzung des NSSVs umfassen:

- Notwendigkeit medizinischer Interventionen nach NSSV in der Vergangenheit
- Ort der Durchführung, sozialer Kontext (z.B. allein oder in Gruppen)
- Zuvor bestehender Drang, sich selbst zu verletzen („Ritzdruck“)
- Alkohol-/Drogenkonsum vor der Selbstverletzung
- Kontrolle über Verhalten (z.B. in der Vergangenheit bereits alternative Verhaltensweisen erprobt trotz Wunsch nach NSSV)
- Schmerzen während und nach der Selbstverletzung
- Familienanamnese in Bezug auf NSSV
- Behandlungserfahrung
- Wunsch aufzuhören

Ergänzend können in der psychologischen Diagnostik von NSSV spezifische Fragebögen eingesetzt werden:

- DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory
- SHI: Self-Harm Inventory
- SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire
- FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation
- MOUSI: Modifiziertes Ottawa Self-Injury Inventory

Das SITBI-G (Self-Injurious-Thoughts-and-Behaviors-Interview-German) ist ein semistrukturiertes Interview zur Erfassung von NSSV und Suizidalität.

Differenzialdiagnostik

Neben der bereits ausgeführten Abgrenzung zu Suizidalität sind folgende differenzialdiagnostische Aspekte beim NSSV zu beachten:

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS):

NSSV ist ein häufiges Symptom der BPS, aber nicht gleichbedeutend. Daten aus klinischen Stichproben weisen darauf hin, dass nur ca. 50% der am schwersten von NSSV betroffenen Jugendlichen unter einer BPS leiden und es auch einige Jugendliche mit BPS gibt, die sich nicht selbst verletzen.

Körperliche Selbstbeschädigungen anderer Art:

Selbstverletzendes Verhalten kann auch auftreten im Rahmen tiefgreifender Entwicklungsstörungen (Autismusspektrumstörungen, Intelligenzminderung), neurologischer Störungen (Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, Neuroakanthose, Frontallappen-Epilepsie), genetisch bedingter Erkrankungen (Lesch-Nyhan-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Rett-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom) und chronisch-motorischer Ticstörungen. Zumeist handelt es sich hierbei um stereotype Selbstverletzungen mit stark zwanghaft anmutender Komponente. Verhaltensweisen in diesem Kontext werden nicht als NSSV klassifiziert.

Trichotillomanie

Falls das selbstverletzende Verhalten ausschließlich aus wiederholtem Ausreißen des eigenen Haars besteht, sollte die Diagnose Trichotillomanie abgeklärt und dabei v.a. die Funktion des Verhaltens exploriert werden. Trichotillomanie kann im Gegensatz zu NSSV z.B. auch in Phasen der Entspannung und Ablenkung auftreten.

Körperdysmorphie Störung

Abzupfen von Haut im Rahmen einer körperdysmorphen Störung dient dazu, einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung der äußeren Erscheinung entgegen zu wirken. Falls nur dieses Verhalten auftritt, wäre dies eher als Konsequenz der körperdysmorphen Störung zu sehen als als NSSV.

Münchhausen-Syndrom

Personen mit einem Münchhausen-Syndrom fügen sich selbst Verletzungen mit dem Zweck des Erhalts einer medizinischen Behandlung zu, während Personen mit NSSV ihr Verhalten bzw. ihre Wunden häufig verheimlichen.

Auch Selbstbeschädigungen, die ausschließlich im Rahmen von psychotischen Zuständen, von Trotzverhalten im Kleinkindalter, von Intoxikation oder von Onychophagie auftreten, sind nicht als NSSV zu klassifizieren.

Kapitel 4

Intervention

Interventionssetting

Psychotherapeutische Intervention

Elternarbeit

Therapeutic Assessment

Psychopharmakologische Intervention

Chirurgische Versorgung

Rechtliche Aspekte

Interventionssetting

Die Auswahl des Interventionssettings wird durch den Schweregrad der Ausprägung des NSSVs, Komorbiditäten und der Suizidalität bestimmt.

Eine Beratung bei einer Beratungsstelle ist ausreichend bei Vorliegen von

- erstmaligem NSSV
und
- unauffälligem psychopathologischem Status
und
- keinem bzw. niedrigem Wiederholungsrisiko

Trifft mind. einer der genannten Faktoren nicht zu, ist eine psychologische bzw. psychiatrische Weiterbehandlung indiziert. Das Vorgehen ist schematisch auf dem Ablaufdiagramm im hinteren Teil der Broschüre zu finden. Für die Auswahl des Interventionssettings gelten folgende Kriterien:

Ambulante Behandlung bei NSSV:

- Das psychische, soziale und schulische (berufliche) Funktionsniveau ist ausreichend
und
- Es besteht ausreichende Kooperationsfähigkeit
und
- Es besteht keine suizidale Gefährdung

Teilstationäre Aufnahme bei NSSV:

- Deutliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus durch psychiatrische Komorbidität
und/oder
- Der Einfluss des Umfeldes steht einem Behandlungserfolg entgegen
und/oder
- Ambulant keine ausreichende diagnostische Klärung oder Verbesserung möglich bzw. keine ambulante Behandlung verfügbar

Stationäre Aufnahme bei NSSV:

- Akute Suizidalität
und/oder
- Erhebliche körperliche Schäden oder Zustände, die eine engmaschige Überwachung notwendig machen
und/oder
- Keine ausreichende Verbesserung durch ambulante oder teilstationäre Behandlung



Da bei NSSV die Gefahr besteht, dass andere Jugendliche das Verhalten für sich adaptieren („Ansteckungsgefahr von NSSV“, „Epidemien von NSSV“), sollte darauf geachtet werden, dass der Austausch über NSSV innerhalb der Peergroup (z.B. auf Station, in der Schule etc.) reduziert wird. Dazu können folgende Maßnahmen mit Betroffenen und anderen Akteurinnen im Hilfesystem besprochen und eingeleitet werden:

- Mit Betroffenen offen ansprechen, dass andere Jugendliche durch Kommunikation über NSSV das Verhalten übernehmen können. Das heißt, sie sich nicht mit anderen über das NSSV an sich (z.B. Methode, Wunden) austauschen sollten – das bedeutet aber nicht, dass sie nicht mit anderen im Sinne einer alternativen Copingstrategie über Probleme, Sorgen etc. sprechen dürfen!
- Kein “zur Schau stellen“ von Narben
- Bei blutenden Wunden entsprechende Versorgung
- Interventionen zu NSSV im Einzelkontakt, außer bei therapeutischen Skills-Gruppen nach der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)

Psychotherapeutische Intervention

Psychotherapie ist bei der Behandlung von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten die Methode der Wahl.

Psychotherapeutische Interventionen umfassen:

- Klärung des Behandlungsfokus:
Symptome des NSSVs und/oder Behandlung einer komorbid vorhandenen psychischen Störung?
- Hierarchisierung der Therapieziele:
Suizidalität – weitere schädigende und gefährdende Verhaltensweisen (z.B. schwereres NSSV) – therapiegefährdendes Verhalten – aktuell besonders belastende Ereignisse oder Konflikte – Behandlung zugrundeliegender Konflikte
- Klare Absprachen zum Vorgehen bei Suizidalität:
Welche Schritte werden wann unternommen, um einen Suizidversuch zu verhindern? (Krisenplan)
- Aufbau einer Behandlungsmotivation:
Vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung, sehr strukturierter und konsistenter Rahmen für Therapie empfohlen, therapiegefährdendes Verhalten (Schweigen, Unpünktlichkeit, Feindseligkeit) ansprechen und bearbeiten
- Intensiviertes Unterstützungsangebot zu Beginn der Therapie, um Verzicht auf das NSSV (= effektive Copingstrategie für Betroffene) zu erleichtern
- Psychoedukation (auch des familiären Systems)
- Identifikation der individuellen Faktoren, die NSSV auslösen oder aufrechterhalten:
Hilfreich ist dafür die Verwendung einer Tagebuchkarte zur Erfassung von Vorläufer- und Begleitbedingungen sowie kurz- und langfristigen Konsequenzen von NSSV und gewählten Alternativen zu NSSV
- Vermittlung von alternativen Handlungs-/Konfliktlöse- oder Emotionsregulationsstrategien zu NSSV, z.B. Aufbau emotionaler Kompetenzen und Stresstoleranz.

Beispiele für Alternativen zu NSSV:

- Atemtechniken
- Entspannungsübungen
- Kommunikation mit anderen
- Sportliche Aktivitäten
- Kreative Ausdrucksformen wie Schreiben, Musik hören/machen oder Zeichnen
- Weitere individuelle Ablenkungsstrategien
- „Ersatz“-Tätigkeiten im Sinne eines Notfallkoffers („Skills“)

- Beachtung und leitliniengerechte Mitbehandlung psychischer Störungen
- Beachtung sozialer Verstärker im peer-Umfeld für das NSSV
- Beachtung des Nutzer-/Konsumverhaltens von NSSV-spezifischen Inhalten im Internet und in den sozialen Medien

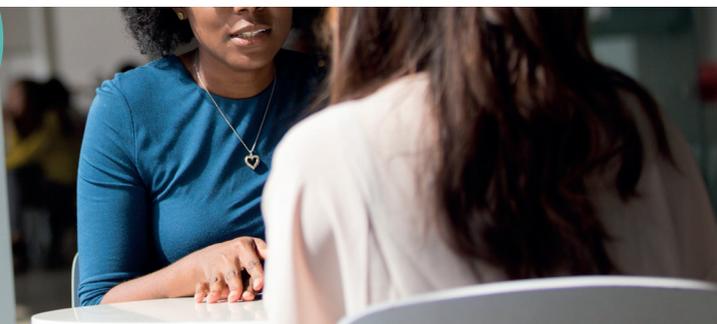
Manualisierte psychotherapeutische Verfahren, mittels derer eine Reduktion von NSSV gezeigt werden konnte, umfassen:

- Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)
- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
- Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)

Elternarbeit

NSSV ist häufig mit familiären Konflikten assoziiert und das Umfeld ist im Umgang mit NSSV oft überfordert und verunsichert, was zu einer Verschärfung der Problematik beitragen kann. **Deshalb ist eine intensive Elternarbeit indiziert.** Das heißt, zum einen sollten diese **innerfamiliären Konflikte bearbeitet** werden und zum anderen sollten **Bezugspersonen stabilisiert und gestärkt** werden, um diese in der Behandlung als Ressource nutzen zu können. Dafür sind folgende Aspekte wichtig:

- Eventuell auftretender Verleugnung und Bagatellisierung der Symptomatik entgegenwirken, indem vermittelt wird, dass damit die tatsächliche emotionale Belastung des Kindes entwertet wird
- Validierung der Gefühle, Sorgen und Unsicherheiten der Eltern
- Ursachen und Konsequenzen der Gefühle und Reaktionen der Eltern erarbeiten
- Psychoedukation über NSSV: Funktionen, Unterschied zu Suizidalität, Hinweise auf Suizidalität, Notwendigkeit medizinischer Betreuung, häufige Auslösesituationen etc.
- Umgang der Eltern mit Emotionen der Jugendlichen, die NSSV verursachen, besprechen und verbessern



Kommunikationsregeln für den elterlichen Umgang mit Jugendlichen mit NSSV:

- Das Thema Selbstverletzung offen und so früh wie möglich ansprechen – repetitives NSSV hört meistens nicht von selbst einfach wieder auf und je früher die Betroffenen professionelle Unterstützung bekommen, umso besser
- Versuchen, die Sorgen konstruktiv zu verwenden, indem Eltern ihrem Kind helfen, den Einfluss seiner Handlungen auf sich und sein Umfeld zu verstehen
- Die Gefühle der Jugendlichen ernst nehmen und wertschätzen
- Kein Druck auf das eigene Kind ausüben, wenn es nicht über das NSSV reden will – selbstverletzendes Verhalten ist häufig ein Hinweis darauf, dass jemand Schwierigkeiten hat, über seine Emotionen zu sprechen
- Bei der Erprobung alternativer Verhaltensweisen zu „Verbündeten“ werden
- Es ist nicht zielführend, das Verhalten der Jugendlichen zu kontrollieren
- Machtkämpfe unbedingt vermeiden
- Keine „Deadline“ für Beendigung des Verhaltens setzen
- Eltern können ihr Kind dabei unterstützen, das Problem zu erkennen und sich helfen zu lassen
- Eltern sollten sich selbst professionelle Hilfe suchen



Therapeutic Assessment

Jugendliche mit NSSV zeigen häufig eine geringe Inanspruchnahme von psychologischen oder psychiatrischen Hilfen sowie von primärärztlicher Versorgung. **D.h. der Aufbau von Behandlungsmotivation bei Jugendlichen, die NSSV zeigen, ist zentral.** Die manualisierte Kurzintervention „Therapeutisches Assessment“ (TA) hat das Ziel, Betroffenen im Erstkontakt ein erstes Verständnis ihrer möglichen Schwierigkeiten zu vermitteln und die Inanspruchnahme weiterer Hilfen und die Compliance zu steigern. Der Ablauf ist wie folgt:

- Klärung der akuten Suizidalität
- Gemeinsame Erstellung eines Diagramms mit Teufelskreis von Verhaltensweisen, ggf. mit Bezugspersonen, und Identifikation von Auswegen („Exit“) aus dem Teufelskreis (ca. 30 Minuten)
- Wenige Tage bis zu einer Woche nach dem TA schickt die Behandlerin einen Brief, in dem das Diagramm zusammengefasst wird, positive und protektive Faktoren beschrieben werden sowie die erarbeiteten Lösungswege aufgezeigt werden, zur Weiterarbeit motiviert wird und Ort und Zeit für einen Anschlusstermin zur weiteren therapeutischen Betreuung genannt werden.

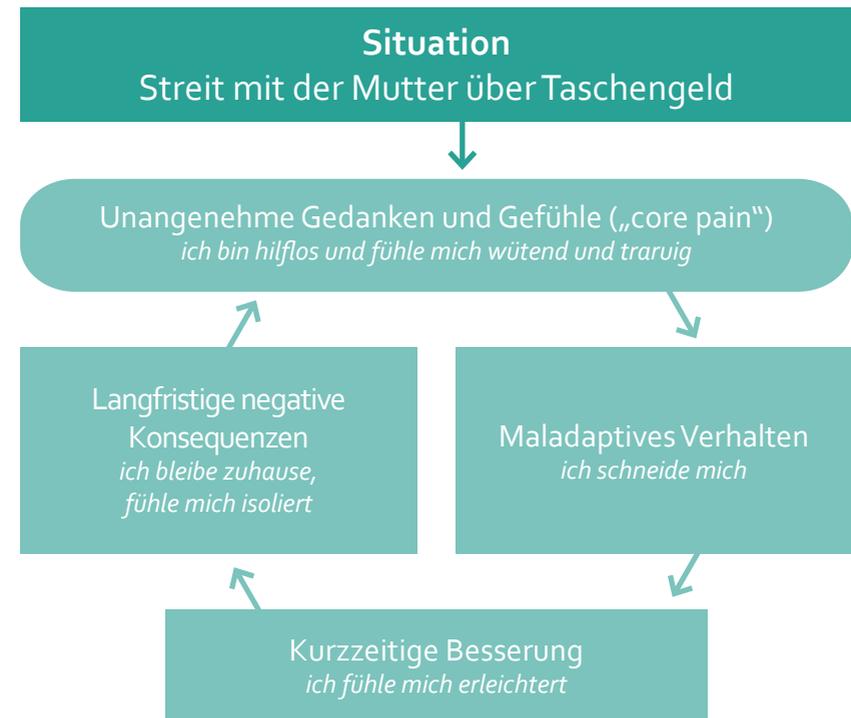


Diagramm im Therapeutic Assessment inkl. Beispiel

Die Erstellung des Diagramms setzt sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

1) Exploration der Situation:

- Welche Situation ging dem selbstverletzenden Verhalten voraus? Wie hast du dich in dieser Situation gefühlt? Was waren deine Gedanken?
- Identifikation interpersoneller Probleme, die Problemverhalten aufrechterhalten: Waren andere Personen an der Situation beteiligt? Was sind die Gefühle in Bezug auf deine Beziehung zu dieser Person?

2) Ableitung unangenehmer Gedanken und Gefühle:

- Welche Auswirkungen hatte diese Situation darauf, wie du über dich selbst denkst, was du von dir selbst hältst oder wie du dich fühlst?
- Was hat die Situation für dich bedeutet?
- Was ging dir durch den Kopf, bevor du dich selbst verletzt hast? Was ging dir am schlimmsten Punkt noch durch den Kopf?
- Welche Bilder hattest du im Kopf, hast du dich an ein bestimmtes Ereignis erinnert?

3) Erarbeitung des Verhaltens und dessen Konsequenzen („und dann?“):

- Was machst du dann meistens, wenn du dich so fühlst bzw. solche Gedanken hast? Was willst du damit erreichen? Funktioniert es? Wie reagieren andere darauf?
- Was sind die kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen? Wie fühlst du dich dann? Was denkst du, wie andere sich dann fühlen?

4) Anschließend geht es darum, einen „Exit“ aus dem Teufelskreis zu identifizieren. Dafür eignet sich besonders das Problemlöse-training:

Problem identifizieren

- An welchem Punkt in deinem Teufelskreis würdest du gerne ansetzen? Was würdest du in deinem Leben gerne ändern? Was wäre dein Wunsch, wenn du einen Zauberstab hättest und alles möglich wäre?

Brainstorming: Lösungen sammeln

- Stell dir vor, dass heute alles möglich ist. Wie könnten mögliche Lösungen für dein Problem aussehen? Was hat dir in der Vergangenheit geholfen? Was würde ein Vorbild von dir vorschlagen?

Lösungen abwägen

- Was sind Vor- und Nachteile? Was sind die kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen? Wie würde es dich und andere Personen beeinflussen?

Auswahl der besten Lösung

- Welche klingt am vielversprechendsten? Welche wäre die Einfachste? Welche wäre die Schnellste?
- Welche würdest du deiner besten Freundin vorschlagen?
- Wenn du dir dich selbst in einem Jahr vorstellst, welche Lösung würde dich besonders stolz machen?

Planung zur Umsetzung der Lösung

- Was musst du als Erstes tun? Was kommt dann?
- Was wird das Schwierigste sein? Wer oder was könnte helfen? Hast du so etwas schon einmal versucht? Was hat dir damals geholfen? Was war damals schwierig oder einfach?

Psychopharmakologische Intervention

Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung von NSSV kann nicht empfohlen werden.

Es existiert bislang keine Medikation, die zur Behandlung von NSSV zugelassen wurde.

Eine psychopharmakologische Behandlung soll nie als alleinige Therapie bei NSSV eingesetzt werden.

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

Beim Auftreten von akuten Anspannungszuständen kann eine Behandlung mit niedrigpotenten konventionellen Antipsychotika erwogen werden.

Bei einer Anwendung außerhalb des Zulassungsbereichs sind die Bestimmungen zum „off-label“-use im Rahmen eines individuellen Heilversuches zu beachten: nachgewiesene Wirksamkeit, günstiges Nutzen-Risiko-Profil und fehlende Alternativen. Eine Aufklärung muss entsprechend erfolgen.

Chirurgische Versorgung

- Chirurgische Mitbehandlung bei klaffenden Wunden und Fremdkörperingestion (= Einnahme/Einführung von Fremdkörpern) wie z.B. das Schlucken von Rasierklingen, Nadeln oder Heftklammern; bei Fremdkörperingestion auch radiologische Abklärung erwägen
- Bei Ingestion von potentiell giftigen Substanzen (Batterien, Laugen) gelten die Empfehlungen der zuständigen Giftinformationszentrale
- Ziel ist, das funktionell und kosmetisch bestmögliche Ergebnis zu erreichen
- Intervention so schmerzfrei wie möglich
- Keine emotionalen Reaktionen (z.B. Schock, Ekel, überbordendes Mitgefühl) und wertende Äußerungen (Schuldvorwürfe etc.)
→ Haltung der „respektvollen Neugier“
- Beaufsichtigung der Patientin in der Praxis/der Ambulanz bis das Gefährdungspotential sicher eingeschätzt worden ist
- Stellt sich die Betroffene zuerst in einer chirurgischen Abteilung vor, ist ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil anzufordern
- Der Aufenthalt in einer nicht auf das eigentliche Krankheitsbild spezialisierten Klinik ist so kurz wie möglich zu halten
- Bei Patientinnen, die sich bereits in laufender Therapie befinden, sollte eine Kontaktaufnahme zum behandelnden Therapeuten angestrebt werden

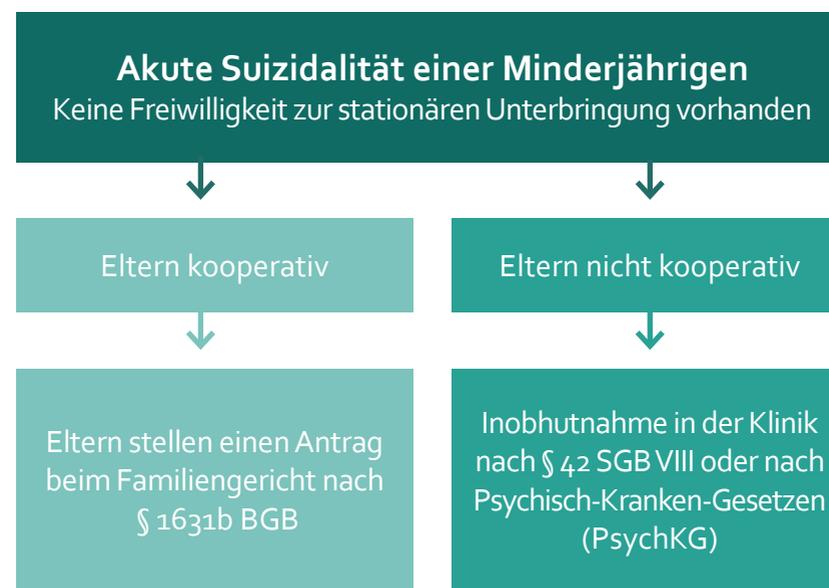
Rechtliche Aspekte

Bei psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungen gilt die Schweigepflicht. Die Behandlung von Minderjährigen bis 14 Jahren hat in der Regel unter Einwilligung der Sorgeberechtigten zu erfolgen. Bei entsprechender geistiger Reife der Minderjährigen kann auch eine Behandlung ohne das Wissen der Sorgeberechtigten durchgeführt werden, wenn die Minderjährige dies wünscht. Nach § 203 StGB darf die Weitergabe von Informationen und Geheimnissen an Dritte nur dann erfolgen, wenn:

- die Betroffene in die Weitergabe einwilligt.
- ein rechtfertigender Notstand gemäß §34 StGB (akute Gefahr für ein wichtiges Rechtsgut wie z.B. Leib oder Leben) vorliegt, der nur mit Weitergabe von Informationen abgewendet werden kann.

Daraus ableitend ist festzuhalten, dass bei Minderjährigen die Information der Eltern am besten mit deren Einverständnis erfolgt. Vor allem bei Jugendlichen, die die geistige Reife besitzen, die Konsequenzen einer Nicht-Information der Sorgeberechtigten abzuschätzen und eine solche Information nicht wünschen, ist die Schweigepflicht zu achten. Davon unbenommen sind Situationen, in denen ein rechtfertigender Notstand vorliegt und die Information der Sorgeberechtigten auch gegen den Willen der Jugendlichen ein adäquates Mittel darstellt, um eine akute Gefährdung abzuwenden. Auch diese sollte der Jugendlichen vorab transparent kommuniziert werden.

Bei **akuter Selbstgefährdung** (oder gleichzeitiger Fremdgefährdung) besteht eine Indikation zur stationären Behandlung, die zum Schutz der Patientin notfalls auch gegen deren Willen umgesetzt werden muss. Grundsätzlich sind bei Nichtfreiwilligkeit mehrere rechtliche Unterbringungswege möglich:



Rechtliches Vorgehen bei akuter Suizidalität von Minderjährigen

Eine Rechtsgrundlage für die Unterbringung Minderjähriger stellt § 1631b BGB „Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen“ dar. Die Sorgeberechtigten werden danach rechtlich zu Antragstellern für die Unterbringung. Indikation und Verhältnismäßigkeit müssen vom Familiengericht richterlich geprüft werden.

Beispiel für eine Formulierung für einen Antrag der Sorgeberechtigten auf Unterbringung nach § 1631b BGB

Bei unserer Tochter/ unserem Sohn (Name der Patientin/des Patienten) wurde von (Name des Behandlenden) die Diagnose (Nennung der Diagnose) gestellt. Akut kann sich unsere Tochter/ unser Sohn nicht mehr von Suizidgedanken distanzieren, so dass wir als Sorgeberechtigte die Notwendigkeit einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung auch gegen den Willen unseres Kindes sehen. Wir bitten daher um Genehmigung der Unterbringung unseres Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, damit die unmittelbare erhebliche Selbstgefährdung abgewendet werden kann.

Bis zum Eintreffen der richterlichen Genehmigung ist die Anwendung von Zwang zulässig, wenn sonst mit ihrem Aufschub Gefahr für die Patientin verbunden wäre. In dem richterlichen Beschluss sind eine Begründung und eine Zeitdauer für die Unterbringung enthalten. Formalrechtlich genehmigt dieser Beschluss den Sorgeberechtigten, dass sie ihr Kind gegen dessen Willen behandeln lassen dürfen. Wenn die Sorgeberechtigten der Behandlung nicht mehr zustimmen, erlischt das Recht, die Jugendliche gegen ihren Willen zu behandeln. Wenn eine stationäre Unterbringung weiter als indiziert angesehen wird, dann könnte in diesem Fall bzw. wenn die Sorgeberechtigten von Anfang an die stationäre Unterbringung trotz Notwendigkeit nicht unterstützen, eine Inobhutnahme durch das Jugendamt gemäß §42 SGB VIII ergriffen werden. Vorteil der Inobhutnahme ist, dass sich das Jugendamt im Rahmen dieses hoheitlichen Aktes, der für einen Zeitraum von maximal 24 Stunden gilt, um die Einbindung des Familiengerichts und die Einholung des Einverständnisses der Kindeseltern kümmern muss. In Ausnahmefällen ist auch das Psychisch-Kranken-Gesetz bei Minderjährigen anwendbar um freiheitsentziehende Maßnahmen einzuleiten, z.B. wenn Personendaten oder Sorgeberechtigte/Vormunde etc. nicht bekannt sind oder diese sich gegen indizierte freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne einer Unterbringung stellen.

Das Wichtigste zu NSSV in Kürze

- NSSV = freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes, ohne suizidale Absicht, sozial nicht akzeptiert.
- NSSV korreliert mit einer erhöhten Suizidalität und stellt einen Risikofaktor für spätere Suizidversuche und Suizide dar.
- NSSV kann nach ICD-10 nicht als eigenständiges Störungsbild klassifiziert werden.
- Für Jugendliche in Deutschland gilt: ca. 25% bis 30% einmalige Selbstverletzung, ca. 4% repetitives NSSV, in (teil-) stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Stichproben ca. 50% repetitives NSSV.
- Weibliche Jugendliche verletzen sich etwas häufiger als männliche Jugendliche.
- Die meisten Personen zeigen NSSV in der mittleren Adoleszenz (mit ca. 15-17 Jahren).
- NSSV liegt eine multifaktorielle Genese zugrunde, zu den wesentlichen Risikofaktoren für NSSV zählen u.a. Mobbing-situationen, begleitende psychiatrische Erkrankungen sowie Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit.
- NSSV wird vorrangig zur Affektregulation eingesetzt.
- NSSV kann in einem breiten Kontext verschiedener psychischer Störungen auftreten (v.a. Depression, BPS, soziale Phobie und generalisierte Angststörung), aber auch in Abwesenheit einer psychischen Störung.
- Am Beginn des diagnostischen Prozesses steht die unmittelbar notwendige somatische Abklärung sowie die vollständige psychopathologische Befunderhebung unter besonderer Berücksichtigung von Suizidalität.
- Chirurgische Mitbehandlung bei klaffenden Wunden und Fremdkörperingestion.
- In der klinischen Praxis standardmäßig nach NSSV fragen und im klinischen Umgang eine emotional neutrale Grundhaltung mit „respektvoller Neugier“ einnehmen (ruhig, verständnisvoll, keine Wertungen).
- Die Auswahl des Interventionssettings wird durch das Ausmaß des Schweregrads des NSSVs, Komorbiditäten und Suizidalität bestimmt.
- Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung des NSSVs kann nicht empfohlen werden.
- Bei NSSV sind psychotherapeutische Interventionen die Methode der Wahl. Zentral dabei sind klare Absprachen, Aufbau von Behandlungsmotivation, Erarbeitung alternativer Emotionsregulationsstrategien sowie eine intensive Elternarbeit, welche die Klärung innerfamiliärer Konflikte und die Stabilisierung und Stärkung der Bezugspersonen im Umgang mit ihren Kindern umfasst.
- Rechtlich sind die Regelungen zur Schweigepflicht sowie zur Behandlung gegen den Willen zu beachten.

Quellen und Literaturempfehlungen

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Leitlinie Nicht Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter (2015) sowie: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (2016). Beide abrufbar unter der Homepage der AWMF.



Plener Paul L, Kaess Michael, Schmahl Christian, Pollak Stefan, Fegert Jörg M, Brown Rebecca C (2018).

Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt, 115 (3): 23-30. Kostenfrei im Internet verfügbar.



In-Albon Tina, Plener Paul L, Brunner R & Kaess M (2015).

Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen: Hogrefe.

Kaess Michael (2012).

Selbstverletzendes Verhalten: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim: Beltz.

Plener Paul L (2015).

Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Berlin: Springer.

Nützliche Websites

<http://www.projekt-4s.de>

Deutschsprachige Website mit aktuellen Informationen zu NSSV und Suizidalität, betrieben von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

<http://www.sioutreach.org/>

Englischsprachige Website mit Informationen für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer. Betrieben von der McGill University und der University of Guelph.

<http://www.itriples.org/>

Website der International Society for the Study of Self-Injury (ISSI). Plattform der weltweiten Forschergruppe zu NSSV.

<http://www.rotelinien.de/>

Deutschsprachige Website zu NSSV mit diversen Links, Foren, Skills.

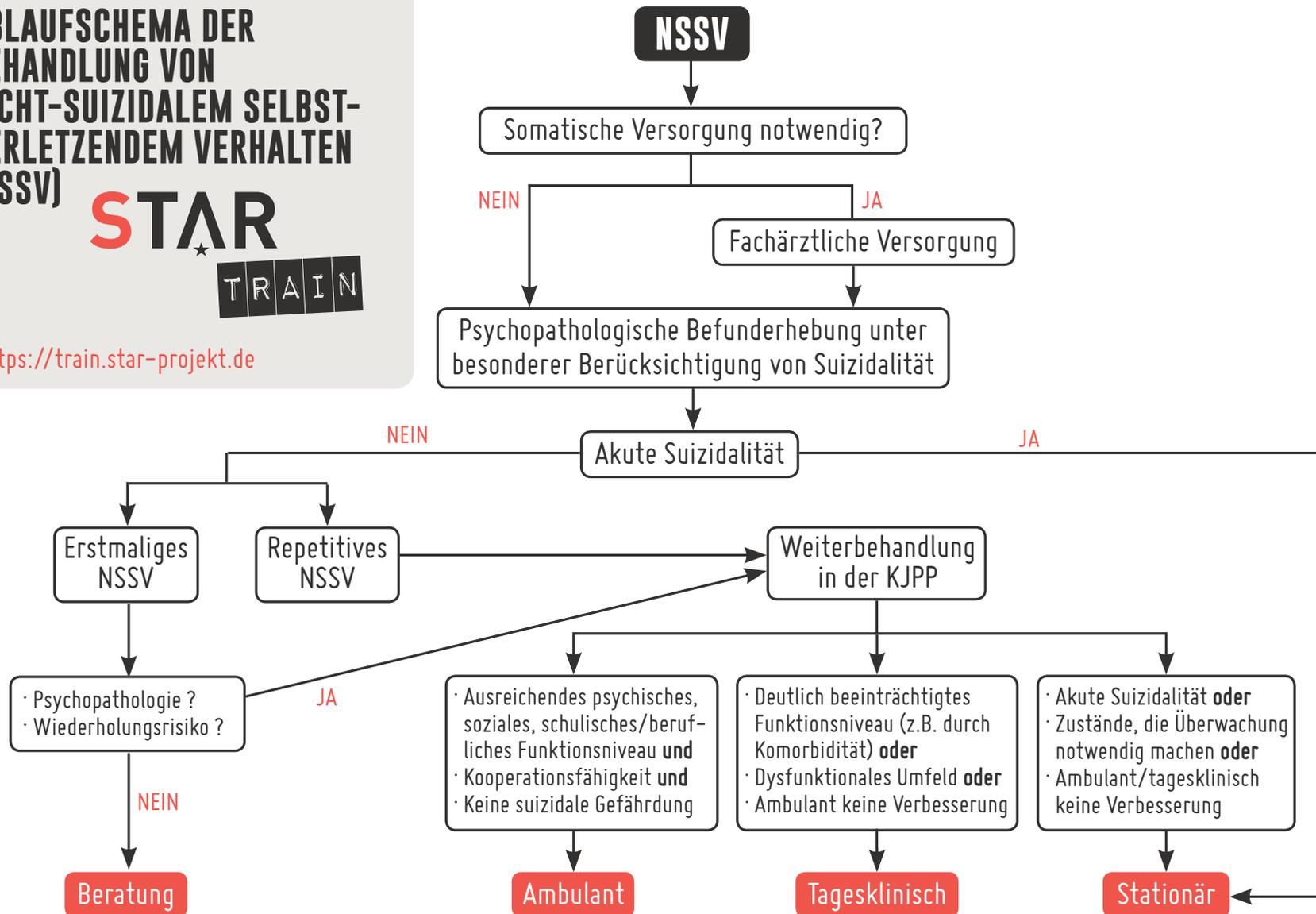
<http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/>

Englischsprachige Website des NSSV-Programms der Cornell University. Einige Seiten sind auch auf Deutsch verfügbar.

ABLAUFSHEMA DER BEHANDLUNG VON NICHT-SUIZIDALEM SELBST-VERLETZENDEM VERHALTEN (NSSV)

STAR
TRAIN

<https://train.star-projekt.de>



Angelehnt an die Leitlinie der AWMF zu NSSV im Kindes- u. Jugendalter (DGKJP, 2015). Erstellt von der Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Impressum

Leitliniengerechter Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Autor*innen:

Elisa König, Ulrike Hoffmann, Jörg M. Fegert & Paul L. Plener

Gestaltung und Layout:

Lea Autenrieth

Bilder:

Bezogen über www.unsplash.com

Herausgegeben von:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstrasse 5
89075 Ulm

Entwickelt im Rahmen des Projektes „Star-Train“ unter Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

5. Auflage, Juli 2022



Herausgegeben von:
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes STAR-Train
<https://train.star-projekt.de>

Hier geht es zur Projekthomepage
www.train.star-projekt.de

