



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter:

Leitliniensymposium



Prof. Dr. Paul L. Plener, MHBA



DGKJP 2017
Ulm



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Forschungsförderung:

BMBF
Stiftung ambulante KJPP
BaWü Stiftung
VW Stiftung

Klin. Studien:

BfArM
Lundbeck Pharmaceuticals

Reisebeihilfen:

- DFG
- DAAD
- IACAPAP

•Keine advisory boards,
kein speakers' bureau oder
Honorare der
pharmazeutischen Industrie



Interessenskonflikte





Überblick

- Definition
- Epidemiologie
- Ätiologie
- Leitlinie
- Internationale Leitlinien
- Diskussion



Definition

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

Lloyd-Richardson et al. 2007, Nitkowski & Petermann, 2009





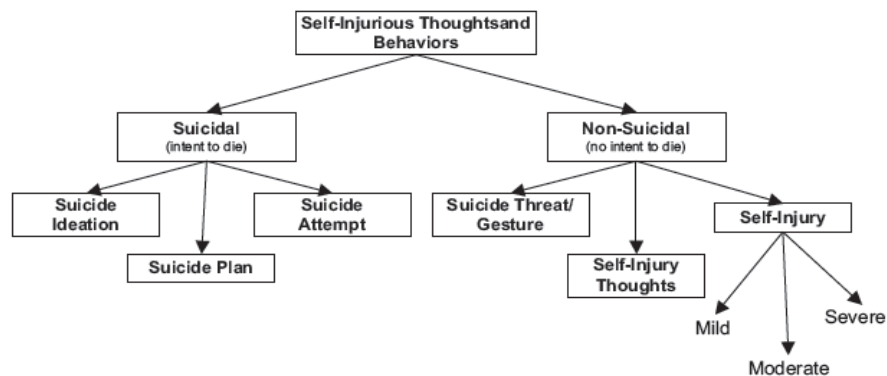
DSM 5: Non-suicidal self-injury

APA,
2013

- 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**).



Definition NSSV



Nock, 2010





Epidemiologie

- Systematischer Review (n=119 Studien):
Daten von 1993-2012: N=231,553
- Lebenszeitprävalenz:
 - Adoleszente: 17.2% (8.0-26.3)
 - Junge Erwachsene: 13.4% (4.5-22.3)
 - Erwachsene: 5.5% (1.7-16.3)

Swannell et al., 2014



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., 2016





Epidemiologie: Vergleich

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

	A 	D 	CH 	p
6-M-Präv.	11%	14%	8%	0,02

N=1339, mittleres Alter: 14.99 (0.79)

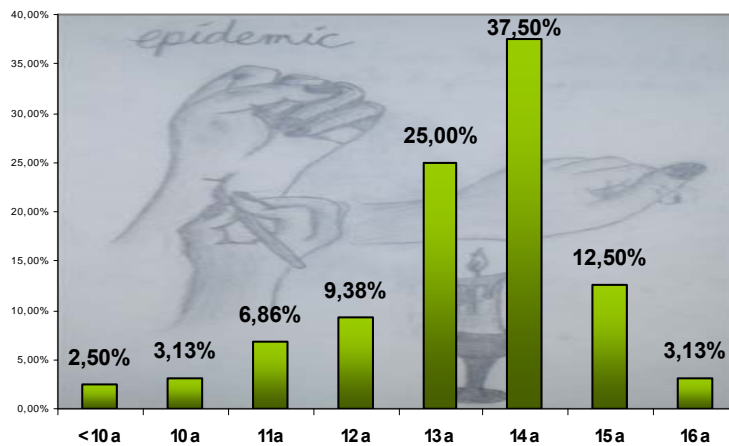
Land	Lebenszeitprävalenz	manchmal	Repetitiv ≥ 5x
1. F	38,5%	25,6%	13%
2. D	35,1%	22,9%	12,3%
3. Est	32,9%	23,7%	9,1%

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



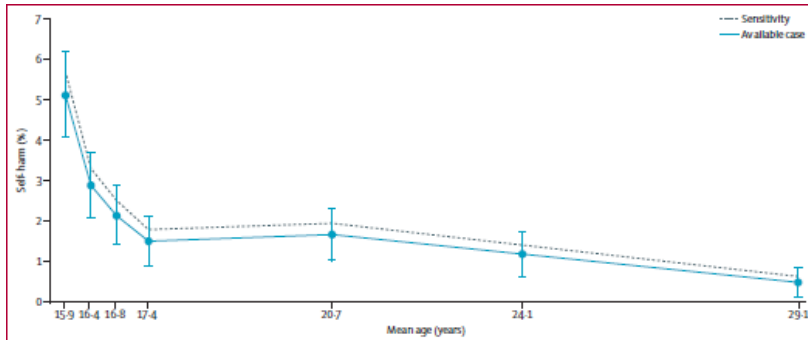
Beginnalter NSSV

Plener et al., 2009





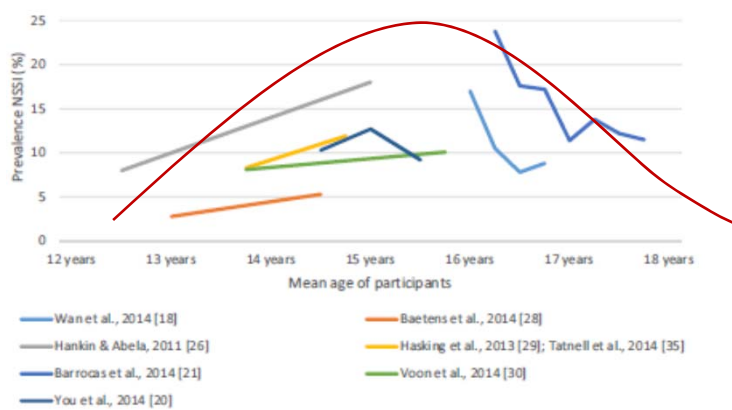
Verlauf NSSV



Moran et al., 2012



Verlauf NSSV: longitudinale Studien



Plener et al., 2015



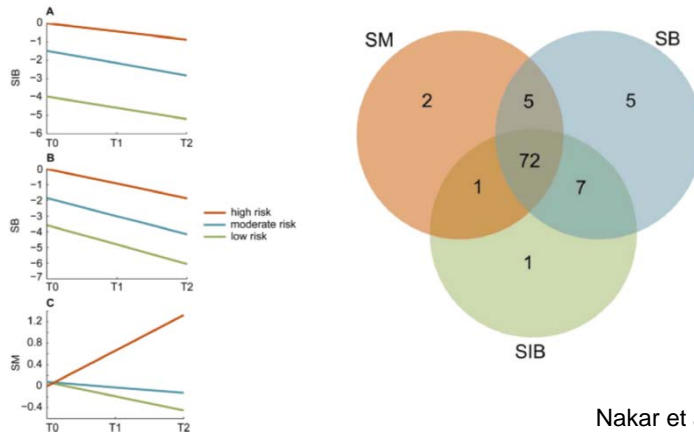


Verlauf III

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




Verlauf IV



- Follow-up von 40.346 Patienten mit „self harm“ aus Studie 2000-2010 im Jahr 2012
- 2704 Tode: 12,9% Suizid, 6,1% vermuteter Suizid (19%)
- Tod durch Suizid: 1,6% der TN: 49 mal höher als Risiko in Allgemeinbevölkerung
- Erhängen häufigste Methode
- Vermutlich Unterschätzung, da viele „Unfälle“ („unabsichtliche“ Intoxikationen mit Psychopharmaka)

Hawton et al., 2015






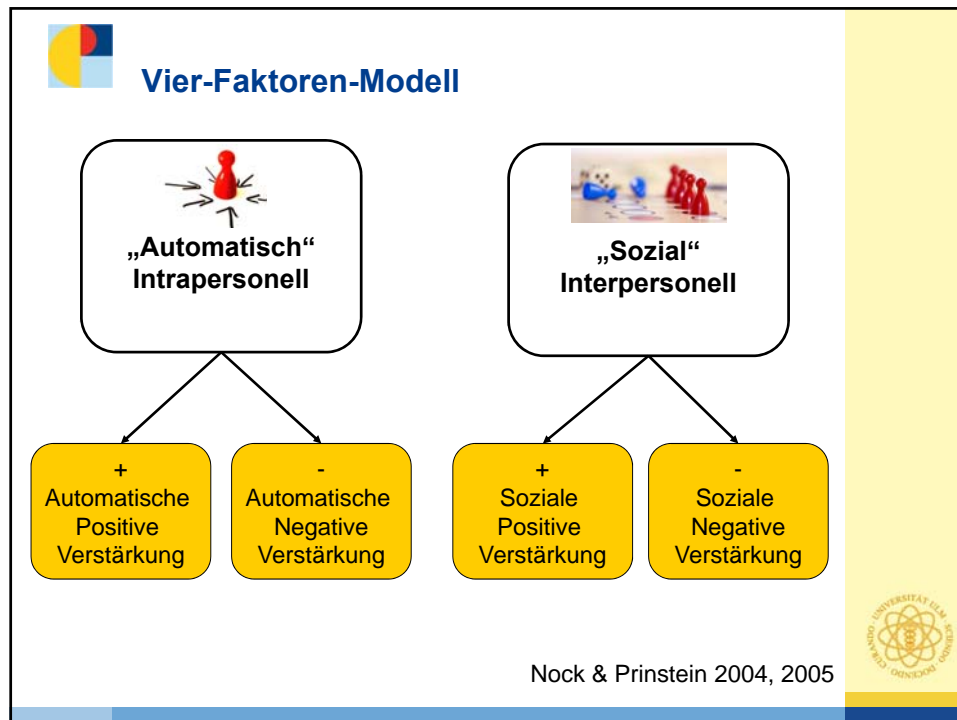
Ätiologie




Biopsychosoziales Modell

```
graph TD; Umwelt[Umwelt] --> NSSV((NSSV)); Biologie[Biologie] --> NSSV; Affekte[Affekte] --> NSSV; Kognitionen[Kognitionen] --> NSSV; Verhalten[Verhalten] --> NSSV; Umwelt <--> Biologie; Umwelt <--> Affekte; Umwelt <--> Kognitionen; Umwelt <--> Verhalten; Biologie <--> Affekte; Biologie <--> Kognitionen; Biologie <--> Verhalten; Affekte <--> Kognitionen; Affekte <--> Verhalten; Kognitionen <--> Verhalten;
```






 **NSSV: Neurobiologie**

- Höhere physiologische Erregbarkeit
- Auch das Vorstellen von NSSV kann zu Entspannung führen, genauso wie Kunstblut oder Schmerzreize
- Stärkere Aktivierung des limbischen Systems bei emotionalen Reizen (verschiedener Valenz)
- Schmerzschwellenänderung (Erwachsene): habituell
- Verminderte Spiegel an endogenen Opioiden im Liquor

Review: Groschwitz & Plener, 2015; Brown & Plener, in press





NSSV: soziale Faktoren

- NSSV: häufiger in alternativen Jugendkulturen
- Phänomen der sozialen Ansteckung (soziale Medien!)
- Jugendliche mit NSSV zeigen bei sozialem Stress abweichende Aktivierung der HPA Achse
- Empfindlicher für soziale Ausgrenzung
- Mobbing als deutlicher Risikofaktor

Young et al., 2014; Bowes et al., 2015; Jarvi et al., 2013; M Kaess et al., 2017; Plener et al., 2017; Groschwitz et al., 2016; Lereyea et al., 2013, 2015; Brunstein-Klomek et al., 2017



Intervention





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 aufmerksamkeitsuchend zu gelten
 - Unwissen, wohin man sich wenden kann

Fortune et al., 2008






Neue Leitlinie: www.awmf.org

The screenshot displays the AWMF online portal. The main content area is titled 'Leitlinien' and 'Leitlinien-Detaillansicht'. The specific guideline is 'Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter'. It includes the guideline number (S2S), the date (Stand 20.02.2015, gültig bis 19.02.2020), and a list of available documents for download, such as the guideline text, algorithm, and interest conflict declarations. The footer identifies the 'Federführende Fachgesellschaft' as the 'Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) - Vizepräsident'.



Grade der Empfehlung

- **soll:** starke Empfehlung 
- **sollte:** Empfehlung 
- **kann:** kann gemacht werden 
- (muss: in 100% aller Fälle)



Diagnostik

Plener et al., 2016



- 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





Diagnostik

Plener et al., 2016



- In der psychologischen Diagnostik von NSSV
- **können** spezifische Fragebögen zur Unterstützung eingesetzt werden
- Konsens: sehr stark




Körperliche Untersuchungen

Plener et al., 2016




- 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






Plener et al., 2016




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



Plener et al., 2016



Setting

- Eine stationäre Aufnahme bei NSSV:
 - **Soll** bei erheblichen körperlichen Schäden oder Situationen durchgeführt werden, die eine enge Überwachung notwendig machen
 - **sollte** erfolgen, wenn der Einfluss des Umfeldes einem Behandlungserfolg entgegensteht
 - **Kann** eingeleitet werden, wenn ambulant keine ausreichende diagnostische Klärung herbeigeführt werden kann
 - **Kann** eingeleitet werden, wenn keine ambulante Behandlung verfügbar ist
 - **Kann** eingeleitet werden, wenn sich durch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung keine ausreichende Verbesserung erzielen lässt
- Sehr starker Konsens



Systematisches Review und Metaanalyse: Psychotherapie

- Primäre Zielgröße: self-harm
- 19 RCTs mit 2,176 Jugendlichen
- Follow-Up:
 - Interventionsgruppen: 28% self harm
 - Kontrollgruppen: 33% self-harm
 - Effekt: $z=2.31$, $p=.02$
 - NNP eine Episode von NSSI (innerhalb v. 10 Monaten) =10
 - Größte Effektstärken: DBT-A, MBT-A, CBT

Ougrin et al., 2015



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





Psychotherapie

Plener et al., 2016

- 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

Plener et al., 2016

- 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





Chirurgische Versorgung

Plener et al., 2016



- Bei der chirurgischen Versorgung von NSSV
 - **Soll** das funktionell und kosmetisch bestmögliche Ergebnis angestrebt werden
 - **Soll** die Intervention so schmerzfrei wie möglich erfolgen
 - **sollen** emotionale Reaktionen und wertende Äußerungen unterlassen werden - Der Patient sollte bei fachfremden Interventionen solange beaufsichtigt sein, bis das Gefährdungspotential sicher eingeschätzt worden ist.
 - Ein kinder- und Jugendpsychiatrisches Konsil **soll** schnellstmöglich angefordert werden.



- Bei Patienten, die sich bereits in laufender Therapie befinden, **sollte** auch eine Kontaktaufnahme zum behandelnden Therapeuten angestrebt werden.
- sehr starker Konsens

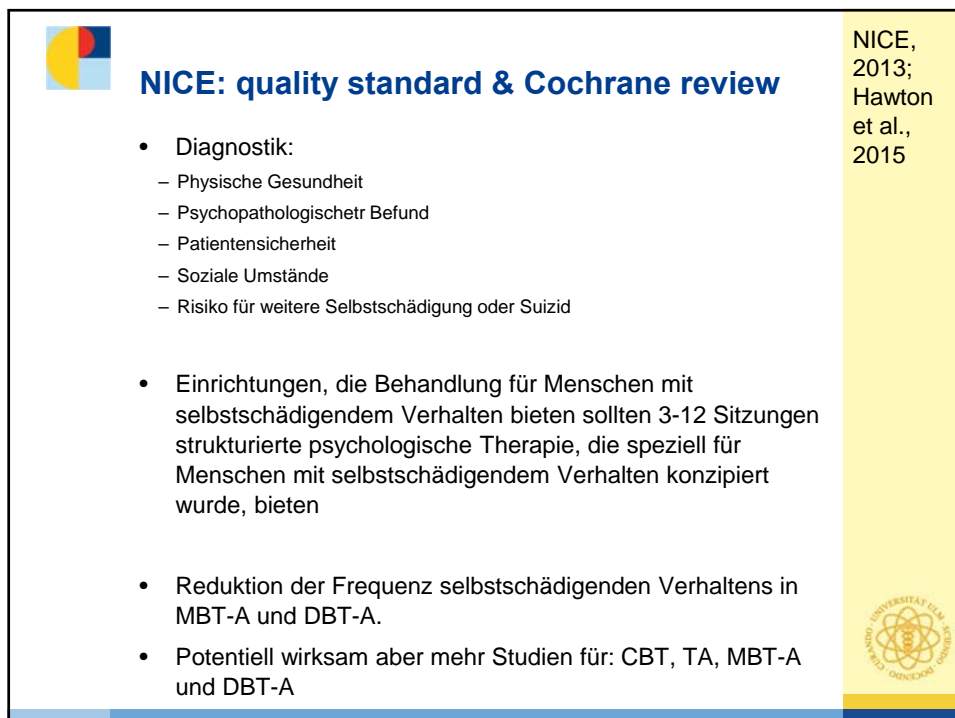
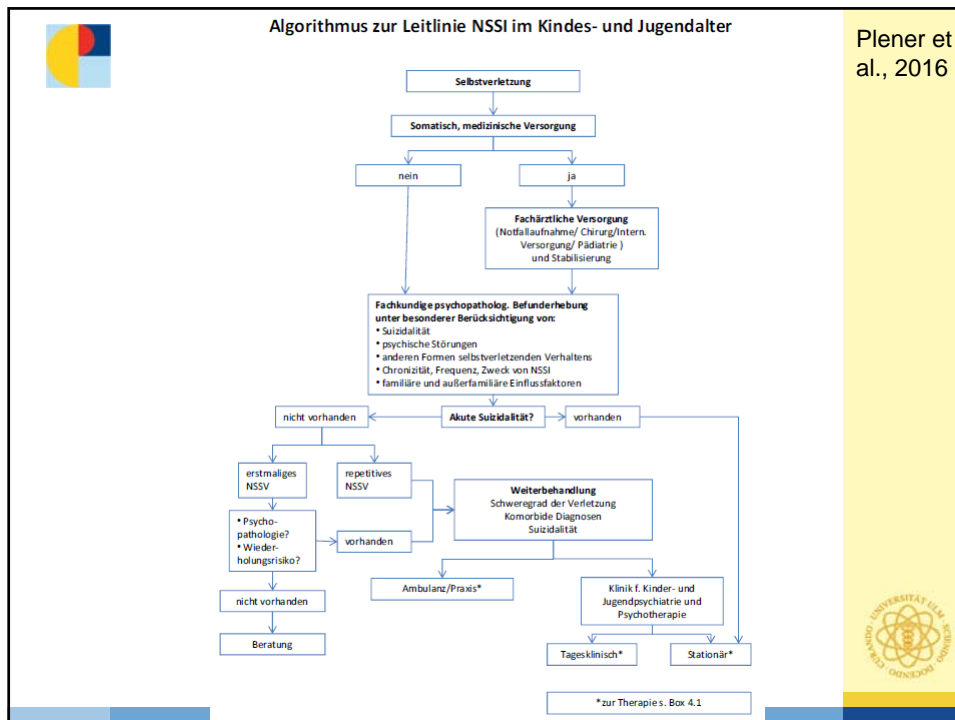


Prävention

Plener et al., 2016

- Die Wirksamkeit präventiver Strategien bei NSSV kann aufgrund der mangelnden Datenlage noch nicht beurteilt werden
- sehr starker Konsens







Leitlinie DSH

Carter et al., 2016

- Keine Evidenz dafür, dass pharmakologische Behandlung die Rate an DSH Wiederholungen reduziert: psychotrope Substanzen sollten nicht zur Behandlung von DSH eingesetzt werden (außer bei anderer Indikation)
- In der Gesamtheit zeigt sich eine Wirksamkeit psychologischer oder psychosozialer Therapien in unselektierten Populationen.
- Gemeinsamkeiten effektiver Programme:
 - Veränderungsmotivation aufbauen
 - Abstinenz unterstützen
 - Familiäre oder nicht-familiäre Unterstützung
 - Stärkung von positivem Affekt
 - Fokus auf gesunden Schlaf

**Royal Australian and New Zealand
College of Psychiatrists clinical
practice guideline for the management
of deliberate self-harm**



Leitlinie DSH

Carter et al., 2016

- Settings, in denen Menschen mit DSH betreut werden, sollten eine Auswahl an psychologischen oder psychosozialen Therapieansätzen bereit stellen: wie CBT, IPT, aufsuchende Hilfen
- Auch Kurzinterventionen scheinen hilfreich zu sein
- Pat. mit BPD: CBT, DBT oder MBT, Psychopharmakologie nicht hilfreich
- Stat. Setting: kein Hinweis, dass CBT, MBT oder DBT TAU überlegen ist





Leitlinie DSH

Carter et al., 2016

- Alle Allgemeinmediziner in der Erkennung psychischer Erkrankung, v.a. Depression schulen
- Gatekeeper Programme installieren für: Allgemeinmediziner, Jugendsozialarbeiter, Lehrer, Polizei, Rettungskräfte, Security Personal, Mitarbeiter von Personalabteilungen, NGO Mitarbeiter
- Öffentliche Anti-Stigma Programme, Barrieren für Hilfesuchverhalten senken



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 öffentlich zugänglich
- Große Übereinstimmung mit LL zu (deliberate) self-harm





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

paul.plener@uniklinik-ulm.de

