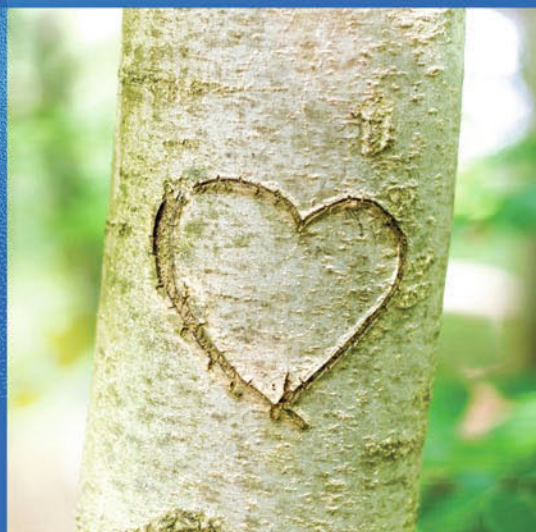


Plener



Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen

Remschmidt
Schmidt (Hrsg.)
Manuale
psychischer Störungen
bei Kindern
und Jugendlichen

 Springer



Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Reihenherausgeber

Martin H. Schmidt

Helmut Remschmidt

Paul L. Plener

Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen

Mit 13 Abbildungen



Springer

Dr. Paul L. Plener
Universitätsklinik Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

ISBN 978-3-662-44337-8
DOI 10.1007/978-3-662-44338-5

ISBN 978-3-662-44338-5 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Stephanie Kaiser-Dauer, Heidelberg
Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © jokos78/iStock/Thinkstock
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Es mag zunächst widersprüchlich erscheinen, dass in diesem Buch die Bereiche der Suizidalität und des selbstverletzenden Verhaltens (oder, um genauer zu sein: des nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens: NSSV) in einem Band abgehandelt werden. Dies erscheint umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass die Forschungsbestrebungen zu NSSV in den letzten Jahren zunehmend auf eine Definition gesetzt haben (► Kap. 2), die eine klare Trennlinie zu suizidalem Verhalten zieht. So sind auch in der neuen, 5. Version des im Mai 2013 erschienenen *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5)* des Klassifikationssystems der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft (American Psychiatric Association, APA) in der sog. Sektion 3, den »conditions for further study«, beide Entitäten getrennt beschrieben, einerseits als »Nonsuicidal Self-Injury« (NSSI), andererseits als »Suicidal Behavior Disorder«.

Dem steht aber die praktische Erfahrung gegenüber, dass sich – obgleich die jeweiligen Verhaltensweisen häufig unterscheidbar sind (nicht zuletzt anhand der vom Betroffenen geschilderten Intention, durch selbstschädigendes Verhalten sterben zu wollen oder nicht) – häufig Überschneidungen zwischen beiden Bereichen finden, bzw. auch, dass NSSV als Risikofaktor für suizidales Verhalten angesehen werden kann. Diese klinische Beobachtung wird nicht zuletzt von der aktuellen Forschung sekundiert, sodass eine gemeinsame Behandlung dieser beiden klinischen Problemstellungen durchaus gerechtfertigt und sinnvoll scheint.

Auch aus einem anderen Grund macht eine gemeinsame Behandlung von Suizidalität und NSSV Sinn: Die in der Literatur beschriebenen Therapieverfahren überschneiden sich, und es besteht zumindest eine gewisse Evidenz dafür, dass Jugendliche mit diesen Problemlagen von Therapieformen profitieren können, die auf Ansätzen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, auf familienzentrierten Ansätzen und auf der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) fußen.

So will diese Buch einerseits auf die Unterschiede, andererseits aber auch auf die Gemeinsamkeiten zwischen Suizidalität und NSSV bei Jugendlichen hinweisen. Entsprechend werden die Kapitel neben einer getrennten Behandlung verschiedener Bereiche immer auch Überschneidungen aufweisen oder konkrete Berührungspunkte zwischen den Verhaltensweisen aufzeigen.

Dieses Buch ist nicht in einem Vakuum entstanden, sondern im Umfeld des klinischen wie auch des wissenschaftlichen Austausches. So sei an dieser Stelle Prof. Fegert, Prof. Kölch, Prof. Kapusta, Prof. Abler, Dr. Kaess, Dr. Schmid und Prof. In-Albon für Kollegialität und wissenschaftlichen Austausch gedankt. Prof. Remschmidt und Prof. Schmidt sei an dieser Stelle für die Möglichkeit gedankt, in der von ihnen editierten Serie zu schreiben. Fr. Hanife Kling hat in der »heißen Phase« der Fertigstellung viel Zeit investiert, um die redaktionelle Gestaltung umzusetzen; ihr sei ebenfalls wie Fr. Scheddin und der Lektorin Fr. Kaiser-Dauer dafür gedankt, dass sie meinen »Last-minute«-Stil mitgetragen haben. Da das Verfassen eines solchen Buches Zeit und Geduld nicht nur des Verfassers, sondern auch seiner Umwelt verlangt, gilt mein besonderer Dank Julia und Lara Pohl für ihre große Toleranz.

Paul L. Plener

Ulm, im Herbst 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Ein Blick zurück: Zur Geschichte der Störungsbilder	1
1.1	Historie des NSSV	2
1.2	Historie suizidalen Verhaltens	3
	Literatur	4
2	Worum es geht: Definition und Epidemiologie	5
2.1	Definitionen	6
2.1.1	Definition von NSSV	6
2.1.2	Definition von Suizidalität	9
2.2	Epidemiologie	13
2.2.1	Epidemiologie von NSSV	13
2.2.2	Epidemiologie von Suizidalität	17
	Literatur	21
3	Was erklärbar ist: Ätiologie	25
3.1	Ätiologie von NSSV	26
3.1.1	Komorbide psychische Erkrankungen	26
3.1.2	Psychosoziale Einflussfaktoren und Funktionen von NSSV	27
3.1.3	Neurobiologie	35
3.2	Ätiologie von Suizidalität	38
3.2.1	Komorbide psychische Erkrankungen	38
3.2.2	Psychosoziale Einflussfaktoren	39
3.2.3	Neurobiologie	43
3.2.4	Modelle zur Suizidalität	45
	Literatur	46
4	Der Blick auf das Besondere: Störungsspezifische Diagnostik	51
4.1	Diagnostik von NSSV	52
4.1.1	Klinische Diagnostik	52
4.1.2	Körperliche Diagnostik	56
4.1.3	Standardisierte Erfassung von NSSV	57
4.2	Diagnostik von Suizidalität	60
4.2.1	Klinische Diagnostik	60
4.2.2	Risikofaktoren	62
4.2.3	Risikoabschätzung	67
4.2.4	Strukturierte Erfassung der Suizidalität	69
4.2.5	Dokumentation	70
	Literatur	70
5	Spezifische Facetten von NSSV und Suizidalität:	
	Zusammenhänge und spezielle Settings	73
5.1	Zusammenhang zwischen NSSV und Suizidalität	74
5.2	NSSV und Gruppen	78
5.2.1	NSSV in der Schule	78
5.2.2	NSSV im stationären Kontext	80

5.3	Behandlung gegen den Willen des Patienten	81
5.4	Exkurs: Darf man offen nach Suizidalität fragen?	82
	Literatur	84
6	Was zu tun ist: Interventionen	87
6.1	Interventionen bei NSSV	88
6.1.1	Psychotherapeutische Interventionen bei NSSV	88
6.1.2	Psychopharmakologische Behandlung von NSSV	99
6.2	Interventionen bei Suizidalität	103
6.2.1	Psychotherapeutische Interventionen bei Suizidalität	103
6.2.2	Psychopharmakologische Interventionen	115
6.2.3	Postvention	117
	Literatur	119
7	Der Blick voraus: Prävention	125
7.1	Prävention von NSSV	126
7.2	Prävention suizidalen Verhaltens	128
7.3	Empfehlungen	129
	Literatur	129
8	Was wir nicht wissen: Offene Fragen	131
8.1	Forschungsbedarf im Bereich NSSV	132
8.2	Forschungsbedarf im Bereich Suizidalität	134
	Literatur	136
9	Materialien und Informationen	137
9.1	Nützliche Websites	138
9.1.1	Websites zum Thema NSSV	138
9.1.2	Websites zum Thema Suizidalität	138
9.2	Tagebuchkarte	139
9.3	Modifiziertes Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar (MOUSI)	139
9.4	Diagramm aus dem TA mit Beispiel einer Patientin mit NSSV	139
	Literatur	147
	Stichwortverzeichnis	149

Ein Blick zurück: Zur Geschichte der Störungsbilder

Paul L. Plener

- 1.1 Historie des NSSV – 2
- 1.2 Historie suizidalen Verhaltens – 3
- Literatur – 4

Sowohl beim suizidalen Verhalten als auch bei der Selbstverletzung handelt es sich um Verhaltensweisen, die sich bereits lange im Repertoire menschlichen Verhaltens finden lassen. So datieren Beschreibungen dieser Verhaltensweisen zurück bis in die Antike. Während die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Suizidalität eine längere Historie aufzuweisen hat, setzt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen NSSV erst mit Karl Menninger und seinem Buch *Man against himself* (1938) ein; die dezidierte Beschäftigung mit NSSV im Sinne der Bemühungen um eine phänomenologische Beschreibungen begann sogar erst in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Entsprechend »jung« ist auch die Datenlage zu wissenschaftlichen Untersuchungen bei Jugendlichen. Während etwa der Suizid bei Kindern und Jugendlichen bereits um 1910 auf einer Tagung der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung behandelt wurde, stammt die erste epidemiologische Untersuchung zu NSSV bei Jugendlichen aus dem Jahr 2002 (Ross u. Heath 2002). Um diesen unterschiedlichen Entwicklungen entsprechend gerecht zu werden, soll im Folgenden kurz auf die historische Entwicklung der beiden Bereiche eingegangen werden.

1.1 Historie des NSSV

Als ältestes überliefertes Beispiel selbstverletzenden Verhaltens aus der Antike darf der Bericht des Herodot über den Heerführer Cleomones gelten, der sich nach einer verlorenen Schlacht selbst verletzte (Überblick zur Historie selbstverletzenden Verhaltens s. Plener 2010 bzw. Favazza 1998). Weiterhin finden sich in der Antike noch andere Hinweise auf mitunter gravierendes selbstverletzendes Verhalten, denkt man etwa an Sophocles Oedipus Rex oder Berichte zum Attiskult.

Der erste Bericht in der wissenschaftlichen Literatur wird dem deutschen Psychiater Bergmann (1848) zugeschrieben, der von einer religiös motivierten massiven Selbstverletzung (Enucleation und Bitte um Amputation von Gliedmaßen berichtete. Durch die Geschichte ziehen sich bis in die heutige Zeit Selbstverletzungen im Rahmen religiöser Bewegungen wie etwa der Flagellantenbewegungen des Mittelalters oder die auch in der heutigen Zeit durchgeführten Selbstgeißelungen sowohl katholischer wie auch islamischer Gruppierungen zu bestimmten Hochfesten oder auch Rituale von Naturvölkern, häufig im Rahmen von Initiationsriten.

Erste Definition durch Menninger (1938)

Versuche, selbstverletzendes Verhalten zu definieren, begannen mit der Arbeit von Karl Menninger, der 1938 eine Einteilung in neurotische, religiöse, psychotische, im Rahmen von organischen Erkrankungen auftretende und konventionelle Selbstverletzungen vornahm.

Unter dem Begriff der neurotischen Selbstverletzung würden jene Formen fallen, die heute unter NSSV verstanden werden. Religiös

motivierte Selbstverletzungen würden hingegen ebenso wie Selbstverletzungen im Rahmen von psychotischen Erkrankungen oder als Manifestation anderer organischer Störungen nicht im Rahmen der DSM-5 Klassifikation (► Kap. 2.1) als NSSV verstanden werden. Auch die konventionellen oder gewöhnlichen Selbstverletzungen, etwa das von Menninger aufgeführte Nägelschneiden, werden in den modernen Definitionen nicht mehr berücksichtigt.

Ab den 1960er Jahren findet sich eine zunehmende wissenschaftliche Beschäftigung im Sinne des Versuchs einer definitorischen Eingrenzung, beginnend mit Arbeiten zum »Wrist Cutter Syndrome«. Einen großen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Definition und die Unterscheidung hinsichtlich suizidalem und selbstverletzendem Verhalten hatte nicht zuletzt die Arbeit zum »Deliberate Self Harm Syndrome« von Pattison u. Kahan (1983). Erst die steigende Zahl an epidemiologischen Arbeiten und die damit mögliche genauere Beschreibung des Phänomens Selbstverletzung an großen Stichproben, die in den 2000er Jahren einsetzte, führte zu einer Weiterentwicklung hin zu NSSV und den heutigen Definitionen.

1.2 Historie suizidalen Verhaltens

Auch die Beschäftigung mit dem Suizid lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen. Von Hippokrates wurde erstmals auch eine medizinische Erklärung des Suizids abgegeben, wobei dieser von einem – vor allem Frauen betreffenden – Blutstau des Herzens (vgl. Schott 1998) ausgegangen war. Während in der Antike oder auch in anderen Kulturkreisen (wie etwa in Japan) der Suizid mitunter auch als heroischer Akt gesehen wurde, kam es in Europa basierend auf kirchlichen Lehrern zu einer zunehmenden Ächtung des Suizids (vgl. De Leo 2011). Erst später wurde der Suizid »nüchterner«, etwa im soziologischen (wie etwa bei Durkheim 1897), philosophischen (etwa bei Améry 1976) oder religiösen Kontext (vgl. Lungershausen u. Vliegen 1998) reflektiert.

Medizin und Psychologie haben sich dem Suizid erst relativ spät angenommen. Wesentliche Impulse zur Theorienbildung kamen dabei u. a. von Menninger (1938), Ringel (1953), Shneidman u. Farberow (1957), Henseler (1974) und Pöldinger (1968). Diese Hinwendung erfolgte vor allem vor dem Hintergrund, dass über 90% der Erwachsenen, die an einem Suizid versterben, an einer psychischen Erkrankung gelitten haben (Cavanagh et al. 2003). Bei Jugendlichen, die einen Suizidversuch begangen hatten, wurde sogar bei 96% eine psychische Erkrankung beschrieben (Nock et al. 2013). Im neuen DSM-5 wurde nun erstmals eine Diagnose für einen Suizidversuch vorgeschlagen, die »Suicidal Behavior Disorder«, was durchaus auch von prominenten Forschern auf dem Gebiet der Suizidologie als »Medikalisierung« des Suizids kritisch besprochen wurde (De Leo 2011).

Späte Reflexion in Medizin und Psychologie

Literatur

- Améry J (1976) Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bergmann GH (1846) Ein Fall von religiöser Monomanie. *Allgemeine Z Psychiatrie* 3: 365–380
- Cavanagh JTO, Carson AH, Sharpe M, Lawrie SM (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395–405
- De Leo D (2011) DSM-V and the future of suicidology. *Crisis* 32: 233–239
- Durkheim E (1897) *Der Selbstmord*. Suhrkamp, Berlin
- Favazza AR (1998) The Coming of age of Self-Mutilation. *J Nerv Ment Dis* 186: 259–268
- Henseler H (1974) *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Rowohlt, Berlin
- Lungershausen E, Vliegen J (1998) Der Selbstmord als ein Problem der Philosophie und Theologie. In Wahl G, Schmitt W (Hrsg) *Suizid*. Verlag Kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach, S 179–203
- Menninger K (1938) *Man against himself*. Harvest/HBJ Book, New York
- Nock MK, Greif Green J, Hwang I, McLaughlin KA, Samson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2013) Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry* 70: 300–310
- Pattison EM, Kahan J (1983) The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 140: 867–872
- Plener PL, Brunner R, Resch F, Fegert JM, Libal G (2010) Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Z Kinder Jugendpsych Psychother* 38: 77–8
- Pöldinger W (1968) *Die Abschätzung der Suizidalität*. Hans Huber, Bern
- Ringel E (1953) *Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Dietmar Klotz, Eschborn
- Ross S, Heath N (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc* 31: 67–77
- Shneidman ES, Farberow NL (1957) *Clues to suicide*. Blakiston Division, New York
- Schott H (1998) Selbsttötung, Suizid und Freitod im Altertum. In Wahl G, Schmitt W (Hrsg) *Suizid*. Verlag Kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach. S 51–63

Worum es geht: Definition und Epidemiologie

Paul L. Plener

2.1	Definitionen – 6
2.1.1	Definition von NSSV – 6
2.1.2	Definition von Suizidalität – 9
2.2	Epidemiologie – 13
2.2.1	Epidemiologie von NSSV – 13
2.2.2	Epidemiologie von Suizidalität – 17
	Literatur – 21

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, was genau unter NSSV zu verstehen ist und wie sich die Differenzierung nichtsuizidaler Verhaltensweisen von suizidalen Verhaltensweisen überhaupt vornehmen lässt. Dazu ist es zunächst notwendig, die Entwicklung der Definitionen im Bereich von NSSV sowie im Bereich suizidalen Verhaltens zu beleuchten, um aufbauend auf diesem Verständnis die aktuelle Entwicklung hin zu den vorgeschlagenen Kriterien für die Sektion 3 des DSM-5 nachvollziehen zu können. In diesem Kapitel wird also das Thema der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen NSSV und suizidalem Verhalten erstmals aufgegriffen, um dann in ► Abschn. 5.1 genauer dargestellt zu werden. Basierend auf den Definitionen wird außerdem die aktuelle Datenlage zur Epidemiologie von NSSV und Suizidalität im Jugendalter dargestellt.

2.1 Definitionen

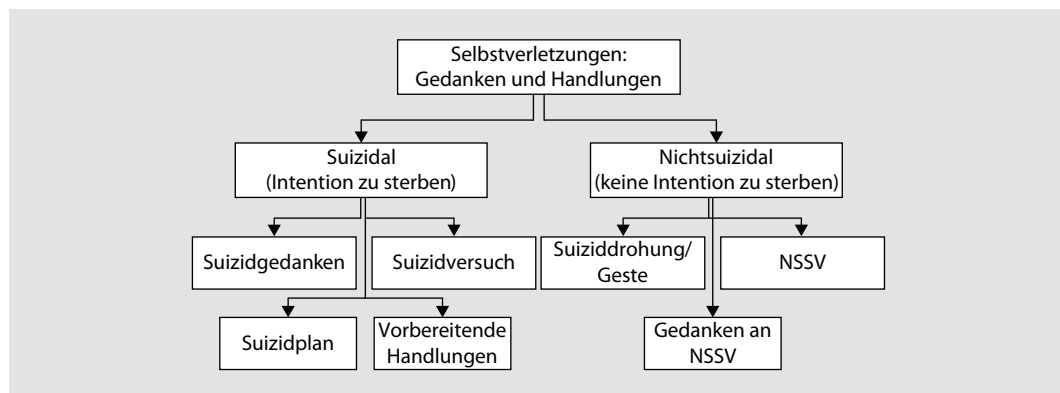
2.1.1 Definition von NSSV

Eine der in der wissenschaftlichen Literatur lange Zeit einflussreichsten Definitionen zu »self-mutilation« wurde von Favazza (1992) erstellt. Er nahm Bezug auf die nichtsuizidale Natur des Verhaltens und unterschied nach Schwere und Häufigkeit der Selbstverletzung schwerwiegende (z. B. Kastrationen, Enucleationen, häufig im Rahmen psychotischer Erkrankungsbilder oder im Rahmen von Intoxikationen) von stereotypen (etwa im Rahmen tiefgreifender Entwicklungsstörungen oder mentaler Retardierung) und moderaten (das heutige NSSV) Selbstverletzungen.

In der von Lloyd-Richardson et al. (2007) dargestellten Definition wurde ebenfalls eine suizidale Intention des Verhaltens ausgeschlossen, außerdem fand sich hier auch der Hinweis darauf, dass das selbstverletzende Verhalten sozial nicht akzeptiert sein sollte, was etwa Schädigungen der Körperoberfläche durch Piercings, Dermal-Anker oder andere Formen der Körpermodifikation aus dem Rahmen der Definition von NSSV ausschloss. Nach Lloyd-Richardson et al. (2007) ist demnach unter NSSV eine »freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht« zu verstehen, und NSSV ist »sozial nicht akzeptiert, direkt, repetitiv und führt zu kleinen oder moderaten Schädigungen.« Auch in der deutschsprachigen Literatur findet sich dieses Konzept bei Nitkowski u. Petermann (2009) wieder, die Selbstverletzungen als »funktionell motivierte, direkte und offene Verletzungen des eigenen Körpers« definieren, »die nicht sozial akzeptiert sind und ohne Suizidabsicht vorgenommen werden.«

Basierend auf der Definition von Lloyd-Richardson wurde von Nock u. Favazza (2009) eine Definition eingeführt, wonach selbstverletzende Verhaltensweisen anhand ihrer Intention in nichtsuizidale und suizidale Handlungen eingeteilt werden (■ Abb. 2.1).

Klassifikation selbstverletzender Verhaltensweisen



■ **Abb. 2.1** Einteilung selbstverletzender Handlungen. (Adaptiert nach Nock u. Favazza 2009 mit freundl. Genehmigung)

Bislang fand sich NSSV im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; International Classification of Diseases, 10. Aufl.) sowie im bisherigen Klassifikationssystem der APA (DSM-IV-TR) nur als Diagnosekriterium einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (BPS). Wenngleich NSSV im Erwachsenenalter häufig ein Symptom der BPS darstellt, so konnte vielfach gezeigt werden, dass gerade im Jugendalter NSSV auch unabhängig von der Diagnose einer BPS auftritt (Stanford et al. 2009; Nock et al. 2006; zur Diskussion vgl. Plener et al. 2012, s. ► Abschn. 3.1.1). Um u. a. ein falsches »Labeling« zu vermeiden, wurde daher auch ein Vorschlag zur Aufnahme von NSSV in das DSM-5 erarbeitet (vgl. Plener et al. 2012).

Im DSM-5 wurde nun im Rahmen der Forschungskriterien (also nicht als formal anerkannte Diagnose) eine Definition für Nonsuicidal self-injury (NSSI) festgehalten, die viele der zuvor genannten Kernelemente vereint: fehlende suizidale Intention, Ausschluss verschiedener Formen der Selbstverletzung sowie Ausschluss sozial oder kulturell akzeptierter Selbstverletzungen (s. folgende Übersicht).

NSSV und BPS

Diagnosekriterien der nichtsuizidalen Selbstverletzung (nach American Psychiatric Association 2013, Übersetzung durch den Autor)

- Selbstverletzung min. an fünf oder mehr Tagen innerhalb eines Jahres,
- Selbstverletzung erfolgt durch Schädigung an Körperoberfläche: Blutungen, Quetschungen oder Schmerzen wahrscheinlich (z. B. durch Schneiden, Verbrennen, Stechen, Schlagen, die Haut aufreiben),

- ─ Erwartung eines lediglich kleinen bis moderaten körperlichen Schadens,
- ─ keine suizidale Intention.

Erwartung bei der Selbstverletzung:

- ─ Verbesserung eines negativen Gefühls oder kognitiven Zustands,
- ─ Lösung einer interpersonellen Schwierigkeit,
- ─ Auslösen eines positiven Gefühlszustandes.

Dabei eventuell repetitives Verhalten, das ähnlich wie eine Abhängigkeit wirken kann

Zusammenhang mit (min. eine Nennung):

- ─ interpersonellen Schwierigkeiten oder negativen Gefühlen oder Gedanken unmittelbar vor der Selbstverletzung,
- ─ gedanklicher Beschäftigung mit der Selbstverletzung vorab (häufig nur schwer kontrollierbar),
- ─ häufigem Nachdenken über Selbstverletzung.

Durch die Selbstverletzung oder die resultierenden Konsequenzen muss klinisch signifikanter Stress oder eine Beeinträchtigung in interpersonellen, akademischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen entstehen.

Nicht als NSSV gewertet werden:

- ─ schwach ausgeprägte Formen selbstverletzenden Verhaltens (z. B. Zupfen an Schorf oder Nägelbeißen),
- ─ sozial akzeptierte Formen des selbstverletzenden Verhaltens (Piercings, oder im Rahmen von religiösen- oder Kulthandlungen),
- ─ Selbstverletzungen, die ausschließlich während psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen oder im Substanzentzug auftreten,
- ─ Selbstverletzungen, die bei Menschen mit einer Entwicklungsstörung im Sinn von repetitiven Stereotypen vorkommen,
- ─ selbstverletzendes Verhalten, das durch andere psychische oder medizinische Erkrankungen erklärbar ist.

Im Rahmen dieses Vorschlages wird die Funktionalität von NSSV betont, indem emotionale Zustände beschrieben werden, die durch NSSV beeinflusst werden sollen. Ebenso wurde hier ein Frequenzkriterium eingeführt (NSSV an mindestens fünf Tagen innerhalb eines Jahres), was dazu führt, dass einmalige oder seltene Selbstverletzungen nicht »pathologisiert« (im Sinne der Zuschreibung einer Diagnose) werden. Diese Einteilung macht auch vor dem Hintergrund Sinn, dass in Studien deutliche Unterschiede zwischen Jugendlichen mit

vorübergehendem und repetitivem NSSV gezeigt werden konnten, wobei letztere eine erheblich höhere psychopathologische Belastung aufwiesen (Brunner et al. 2007).

Ein weiterer wesentlicher Begriff, der im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten häufig in der Fachliteratur zu finden ist, ist der des »Deliberate Self Harm« (DSH). Unter diesem Begriff werden alle selbstschädigenden Verhaltensweisen zusammengefasst, wobei keine Unterscheidung hinsichtlich der suizidalen Intention getroffen wird, sodass etwa auch Intoxikationen durch Tabletten oder eben auch NSSV unter diesen Überbegriff fallen (s. Madge et al. 2008). Hier zeigte sich in der Vergangenheit häufig das Problem, dass Studien aus dem nordamerikanischen Raum den Begriff DSH zumeist nur für selbstschädigende Verhaltensweisen gebrauchten, die nicht suizidal intendiert waren, während Studien aus England oder Ländern des ehemaligen Commonwealth keine Unterscheidung hinsichtlich der suizidalen Intention trafen (Skegg, 2005).

Der Begriff »parasuicide«, der ebenfalls selbstschädigende Handlungen beschreibt und dem DSH Konzept ähnelt, wurde in den letzten Jahren zunehmend seltener verwendet. Im Rahmen der »WHO EURO multicenter study on parasuicide« wurde er von Platt et al. (1992) definiert als »an act with nonfatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences«, während Linehan (1986) drei Kategorien des »parasuicide« unterscheidet: Suizidversuche (»suicide attempts«), ambivalente Suizidversuche (»ambivalent suicide attempts«) und nichtsuizidale Selbstverletzungen (»nonsuicidal self-injury«).

➤ **Im Rahmen des vorliegenden Buches soll NSSV (angelehnt an die aktuelle DSM-5 Klassifikation) definiert werden als freiwillige, selbst zugefügte, repetitive Verletzung der Körperoberfläche, die ohne suizidale Absicht unternommen wird und nicht sozial akzeptiert ist (s. Plener et al. 2010).**

Deliberate Self Harm (DSH)

Aktuell seltener verwendet:
»parasuicide«

2.1.2 Definition von Suizidalität

Wie in ► Abschn. 1.2 dargestellt, existieren im Bereich der Entstehungsmodelle und damit auch der Definitionen von Suizidalität mehrere Modelle, die sich häufig auch in großen Bereichen überlappen. In den letzten Jahren zeigte sich eine zunehmende Systematisierung, ausgehend von dem von O'Carroll (1996) definierten Modell zur Suizidterminologie, das in der Folge weiterentwickelt wurde (Silverman et al. 2007), was nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Notwen-