

## Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/029 Entwicklungsstufe: 1

## Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 379 - 391

# Selbstverletzendes Verhalten und stereotype Bewegungsstörungen (F68.1, F98.4)

## 1. Klassifikation

### 1.1 Definition

Unter dem Begriff selbstverletzendes Verhalten werden verschiedene Handlungsweisen zusammengefasst, deren gemeinsames Ziel die Beschädigung des eigenen Körpers ist. Es gibt eine Vielzahl synonyme Bezeichnungen:

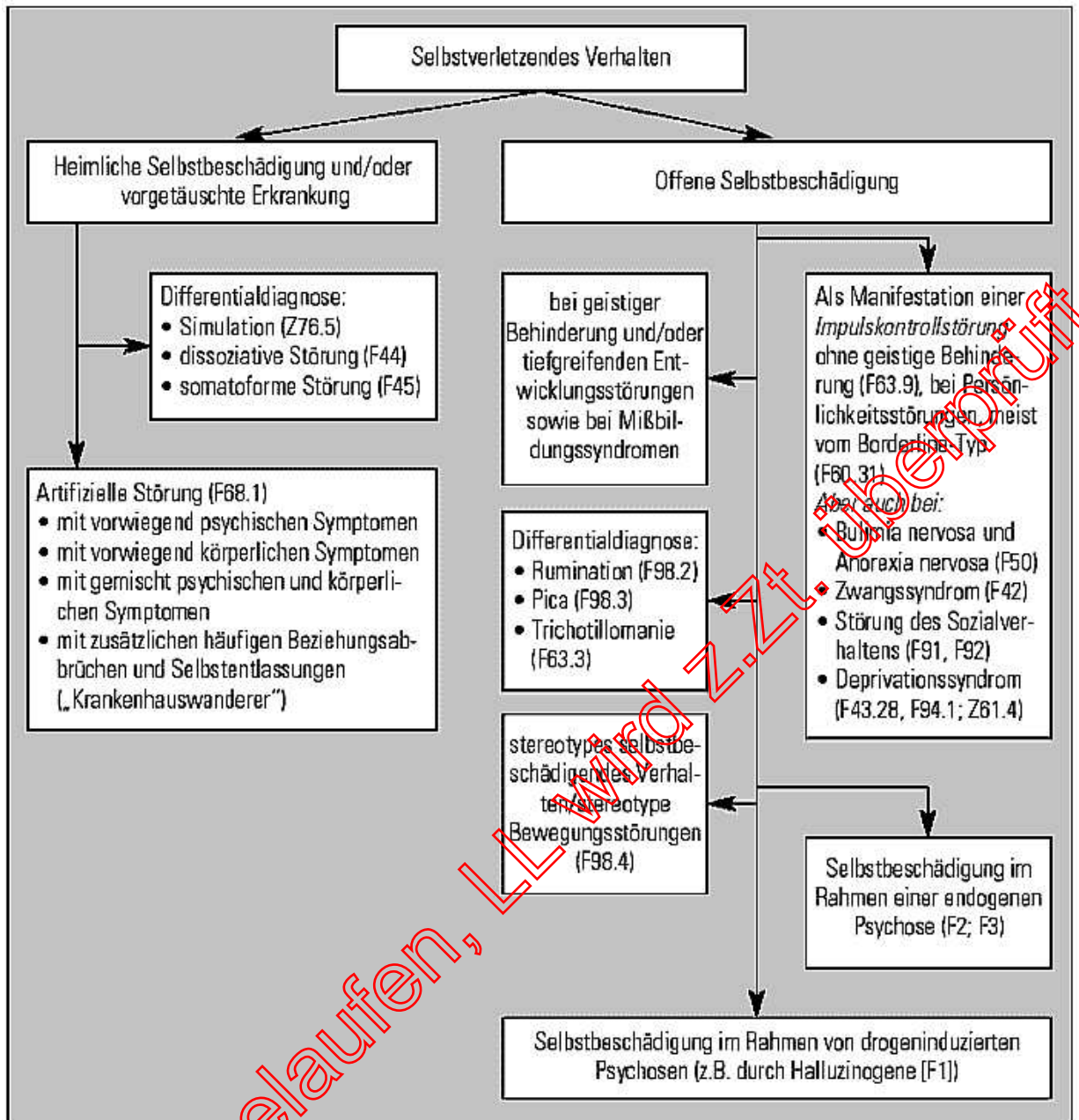
- Selbstdestruktives Verhalten
- Selbstbestrafendes Verhalten
- Autoaggressives Verhalten
- Automutilatio
- Masochistisches Verhalten
- Selbstverstümmelung

Obwohl selbstverletzendes und suizidales Verhalten gemeinsam haben, dass sich ein schädigender Impuls gegen den eigenen Körper richtet, unterscheiden sie sich doch darin, dass selbstverletzendes Verhalten in der Regel nicht auf die Beendigung des eigenen Lebens hinzielt, sondern dass die wiederholte Beschädigung des eigenen Körpers das zentrale Phänomen darstellt. Die Wiederholungstendenz gehört ebenso dazu wie die Verletzung als solche. Insofern ist es auch gerechtfertigt, selbstverletzendes Verhalten in gewissem Sinne als habituelle Verhaltensweise zu bezeichnen. In Bezug auf die Klassifikation muss hervorgehoben werden, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten nicht um eine Diagnose handelt, sondern um Verhaltensweisen, die in der Regel mit einem komplexen Störungsbild im Rahmen verschiedenster Erkrankungen vergesellschaftet sind (s. Abb. 59).

Bei folgenden kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen und Störungsbildern sind selbstverletzende Verhaltensweisen gehäuft anzutreffen:

- Autistische Störungen
- Geistige Behinderungen
- Stoffwechselstörungen und Fehlbildungssyndrome, wie z.B. Lesh-Nyhan-Syndrom und Cornelia-De-Lange-Syndrom
- Psychosen
- Zwangsstörungen
- Gilles-de-la-Tourette-Syndrom
- Deprivationssyndrome
- Störungen des Sozialverhaltens
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere emotional instabile Persönlichkeitsstörungen)
- Essstörungen (besonders bei Bulimia nervosa).

Abb. 59: Untergruppen des selbstverletzenden Verhaltens



Als Stereotypien werden repetitive, relativ gleichförmige Bewegungen von Kopf, Körper und Händen bezeichnet. Stereotypien betreffen dabei meist eine gesamte Körperregion im Sinne einer integrierten zweckfreien und offensichtlich willensgestörten Bewegung. Bei der stereotypen Bewegungsstörung handelt es sich um willkürliche, wiederholte, stereotype, nicht funktionale und oft rhythmische Bewegungen, die nicht Teil einer erkennbaren psychiatrischen oder neurologischen Krankheit sind.

**Typische Stereotypien** umfassen:

- Körperschaukeln
- Kopfschaukeln
- Haarezupfen
- Haaredrehen
- Fingerschnipsen
- Händeklatschen.

Stereotypien können auch die Qualität von Selbstverletzungen haben. Stereotype Selbstbeschädigungen sind z.B.:

- Wiederholtes Kopfanschlagen
- Ins-Gesicht-Schlagen
- In-die-Augen-Bohren
- Beißen in Hände, Lippen oder andere Körperpartien.

Diese Formen der Selbstbeschädigung treten meist in Verbindung mit einer Intelligenzminderung auf. Neben diesen Symptomen des selbstverletzenden Verhaltens treten jedoch auch bei Kindern und Jugendlichen habituelle Verhaltensweisen in Erscheinung, die durchaus zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und teilweise auch zu lebensbedrohlichen Selbstbeschädigungen führen können. Hierzu gehören: Trichotillomanie mit Trichophagie (F63.3) und die Pica-Symptomatik (F98.3).

## 1.2 Leitsymptome

Im Säuglings- und frühen Kindesalter sind motorische Stereotypien relativ häufig. Die Angaben schwanken zwischen 15 und 20%. Nach dem dritten Lebensjahr sind stereotype Bewegungen bei gesunden Kindern relativ selten. Jaktationen - stereotype rhythmische Bewegungen, die hauptsächlich vor dem Einschlafen oder im Zustand des Alleinseins auftreten - können als Sonderform der Stereotypien angesehen werden und finden sich bei ca. 3-4% der 10- bis 11-jährigen Kinder. In klinischen Inanspruchnahmepopulationen findet sich bei Kindern sogar eine Häufung von bis zu 20%. Auch hierbei sind Jungen etwa doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. Unter Heimkindern und Kindern, die stark emotional vernachlässigt sind, treten Jaktationen häufiger auf. Sie sind aber keineswegs immer Hinweise auf Deprivation, Vernachlässigung oder mangelnde Zuwendung. Die Störung kann sich vielmehr als stabile Gewohnheitsbildung in die Adoleszenz und in das Erwachsenenalter fortsetzen.

Es gibt kein typisches Alter für den Erkrankungsbeginn der stereotypen Bewegungsstörungen. Teilweise geht dem Beginn jedoch ein einschneidendes Lebensereignis voraus. Bei Kindern mit tiefgreifender Entwicklungsstörung, die keinen Sprachgebrauch erworben haben, können stereotype Bewegungsstörungen durch schmerzhafte Erkrankungen ausgelöst werden, wie z.B. eine schmerzhafte Mittelohrinfektion, die dann zu einem Schlagen des Kopfes gegen harte Gegenstände führen kann. Stereotype Bewegungsstörungen können über viele Jahre persistieren, wobei die Symptomatik und der Schweregrad der stereotypen Bewegungsstörungen häufig einen fluktuierenden Verlauf nehmen. Die Art von Stereotypien ist in deutlicher Abhängigkeit vom kognitiven Entwicklungsstand zu sehen. So könnte in Langzeitbeobachtungen gezeigt werden, dass bei autistischen Kindern wiederholtes einfaches Hantieren an Gegenständen parallel zur kognitiven Entwicklung in komplexe stereotype Handlungen übergehen kann, wobei die Handlung an sich durchaus angemessen erscheint, aber ausgesprochen repetitiv betrieben wird. Unter der Bezeichnung stereotypes selbstverletzendes Verhalten werden folgende Verhaltensweisen eingeschlossen: wiederholtes Kopfschlagen, Ins-Gesicht-schlagen, In-die-Augen-bohren, Beißen in Hände, Lippen oder andere Körperpartien. Diese Formen der Selbstbeschädigung treten meist in Verbindung mit einer Intelligenzminderung auf. Nach Favazza und Rosenthal [1993] lässt sich selbstverletzendes Verhalten folgendermaßen unterteilen:

- **Major Self-Mutilation:** Eher seltene Handlungen mit jedoch schwerer Selbstbeschädigung und Verstümmelung in Form von Enukleation, Amputation und Kastration: eine seltene Form des selbstverletzenden Verhaltens, die jedoch häufiger bei Patienten mit Psychosen oder Drogenintoxikationen angetroffen wird.
- **Stereotypic Self-Mutilation:** Ritualisiertes, stereotypes Verhaltensmuster ohne erkennbare symbolische Bedeutung. Häufig im Rahmen von geistiger Behinderung
- **Superficial or Moderate Self-Mutilation:** Sich-Schneiden, Ritzen etc. mit eher sporadischem Auftreten und nicht selten demonstrativem Charakter. Es handelt sich bei Jugendlichen um die häufigste Form des selbstverletzenden Verhaltens und findet sich vermehrt bei Störungen des Sozialverhaltens, instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ, neurotischen Störungen und Essstörungen.

Gestützt auf Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigt sich, dass sowohl eine Störung der Impulskontrolle als auch eine Störung der Affektregulation - als dimensionale Aspekte über einzelne diagnostische Kategorien hinweg - wichtige psychopathologische Merkmale bei Subgruppen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (speziell vom instabilen Typus), Substanzmissbrauch und bei Essstörungen, in Kombination mit selbstverletzendem Verhalten, darstellen. Selbstverletzendes Verhalten zeigt darüber hinaus auch Beziehungen zu Verhaltensweisen, wie sie im Rahmen von Suchtverhalten anzutreffen sind [Resch et al. 1993].

Die häufig chronische Selbstbeschädigung mit den Merkmalen süchtigen Verhaltens dient bei diesen Patienten u.a. der vorübergehenden Entlastung von affektiven Spannungszuständen und Depersonalisationserleben [Favazza, Rosenthal 1993].

Bei Persönlichkeitsstörungen finden sich nicht selten ausgeprägte Depersonalisationsphänomene, die mit einer verminderten Schmerz Wahrnehmung bis hin zur Schmerzanalgesie verbunden sein können [Bohus et al. 2000b]. Das gehäuft bei diesen Patienten zu beobachtende selbstverletzende Verhalten könnte möglicherweise dazu dienen, diesen Ausnahmezustand, im Sinne einer Reduktion von Anspannung bei gleichzeitiger Wahrnehmung der Körpergrenzen, zu unterbrechen [Eckhardt, Hoffmann 1993]. Scharfetter [1992] versteht das selbstverletzende Verhalten bei diesen Patienten mit Depersonalisationsphänomenen als eine Art "Selbsthilfe", die eine rasche Entlastung aus dem seelischen Spannungszustand ermöglicht und das erhöhte Arousal beenden hilft.

## 1.3 Schweregradeinteilung

**Schwere Form des stereotypen selbstbeschädigenden Verhaltens:**

- Abbeißen von Fingerkuppen
- Zufügung von tiefen Wunden und Verletzungen durch
  - Kopfschlagen
  - Ins-Gesicht-schlagen
  - In-die-Augen-bohren
  - Beißen in Hände, Lippen oder andere Körperpartien.

Diese schwere Form findet sich gehäuft bei autistischen Syndromen, geistiger Behinderung und spezifischen Syndromen (z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom, Cornelia-De-Lange-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom). Beim selbstverletzenden Verhalten handelt es sich nicht um eine Diagnose, sondern um Verhaltensweisen, die in der Regel mit einem komplexeren Störungsbild im Rahmen verschiedenster Erkrankungen vergesellschaftet sind. Dies gilt beispielsweise auch für die "Artifizielle Störung" (F68.1): absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen. Dabei kann es auch zu Selbstbeschädigungen kommen. Diese werden heimlich vom Patienten selbst herbeigeführt. Das Spektrum reicht von oberflächlichen Hautverletzungen, Verbrühungen bis hin zur Zufügung von tiefen Wunden durch invasive Gewalteinwirkung. Dabei sind äußere Faktoren, wie finanzieller Vorteil im Sinne der Simulation, nicht erkennbar.

Ferner gibt es schwere Selbstbeschädigungen als eher seltene Handlungen in Form von Enukleation, Amputation, Kastration, Verbrühungen, Zufügung von tiefen Wunden durch invasive Gewalteinwirkung bei Patienten mit Psychosen

oder schwerer artifizierlicher Störung.

Hier von abzugrenzen ist die **mittelschwere/oberflächliche Selbstbeschädigung**: Sich-Schneiden, Ritzen etc. mit eher sporadischem Auftreten und nicht selten demonstrativem Charakter. Es handelt sich um die häufigste Form des selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen und findet sich gehäuft bei Störungen des Sozialverhaltens, instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ, neurotischen Störungen und Essstörungen.

## 1.4 Untergruppen

Bei selbstverletzendem Verhalten und stereotypem selbstbeschädigendem Verhalten:  
Entsprechend der Schweregradeinteilung (s. Kap. 1.3).

## 1.5 Ausschlussdiagnose

Tentativ: Berücksichtigung einer möglichen organischen und/oder psychiatrischen Grunderkrankung (und der möglichen Komorbidität, z.B. Autismus).

# 2. Störungsspezifische Diagnostik

## 2.1 Symptomatik

Die störungsspezifische Symptomatik wird gewonnen durch:

- Befragung der Eltern
- Befragung von Bezugspersonen und Betreuern (hierbei notwendige Schweigepflichtentbindungen einholen!)
- Beobachtung in der Untersuchungssituation
- Verhaltensanalyse (s. Kap. 2.4)
- Internistisch/pädiatrisch-neurologische Untersuchung.

## 2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Diese differiert in Abhängigkeit vom zugrunde liegenden psychiatrischen Störungsbild und der Grunderkrankung (z.B. sehr früher Beginn der schweren Form des stereotypen selbstbeschädigenden Verhaltens bei spezifischen Syndromen wie Lesch-Nyhan-Syndrom, Cornelia-De-Lange-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom oder frühkindlichem Autismus).

## 2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Bei Stereotypien und selbstverletzendem Verhalten handelt es sich um Verhaltensweisen, die häufig mit einem komplexeren Störungsbild im Rahmen verschiedenster Erkrankungen vergesellschaftet sind. Dabei treten stereotype Bewegungsstörungen am häufigsten in Verbindung mit Intelligenzminderungen auf. Stereotypien bilden häufig einen wesentlichen Anteil am Verhaltensrepertoire von autistischen und/oder schwer kognitiv beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Das Bohren in den Augen ist besonders bei Kindern mit visueller Behinderung häufig.  
Siehe auch Kap. 2.2.

## 2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Hinsichtlich der Genese und der störungsrelevanten Rahmenbedingungen lassen sich 4 Gruppen näher einteilen:

- Stereotypien als direkte Folge einer neurologischen Störung
- Stereotypien als Ergebnis einer Unterstimulation
- Stereotypien als Folge einer Überstimulation
- Stereotypien als operante Verhaltensweisen, die den Organismus durch interne Stimulation (Selbststimulation) belohnen

Siehe auch Kap. 3.3.

## 2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Neuropsychologische Untersuchung einschl. ausführlicher Intelligenzdiagnostik
- Persönlichkeitsdiagnostik
- Ausführliche Entwicklungsdiagnostik
- EEG
- Ggf. Stoffwechselscreening
- Ggf. Chromosomenanalyse und molekulargenetische Diagnostik (z.B. Mikrodeletionssyndrome)
- Ggf. Drogenscreening
- Ggf. neuroradiologische Diagnostik (z.B. tief greifende Entwicklungsrückstände).

## 2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Von der stereotypen Bewegungsstörung werden sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8) abgegrenzt. Hierbei handelt es sich u.a. um Nägelkauen, Nasebohren, Daumenlutschen und exzessive Masturbation. Ausgeprägte Stereotypien und selbstverletzende Verhaltensweisen finden sich auch bei der überaktiven Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4). Es handelt sich um

eine Störung von unsicherer nosologischer Validität. Das Störungsbild beschreibt eine Gruppe von Kindern mit schwerer Intelligenzminderung (IQ unter 50), mit erheblicher motorischer Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen und häufig multiplen stereotypen Verhaltensweisen. Das Syndrom wird meist von einer Vielzahl von umschriebenen oder globalen Entwicklungsverzögerungen begleitet. Dabei ist bislang nicht bekannt, in welchem Umfang das Verhaltensmuster dem niedrigen IQ oder einer organischen Hirnschädigung zuzuschreiben ist.

Differenzialdiagnostisch abzugrenzen sind stereotype Bewegungen von Zwangsstörungen, extrapyramidalen Bewegungsstörungen und motorischen Automatismen im Rahmen einer psychomotorischen Epilepsie. Ticstörungen, Trichotillomanie und Bewegungsstörungen körperlichen Ursprungs müssen von den stereotypen Bewegungsstörungen abgegrenzt werden. Stereotype Verhaltensweisen können auch im Rahmen von Kokain- und Amphetaminintoxikationen auftreten. Stereotypien finden sich ebenfalls bei der organischen katatonen Störung. Sie ist Teil einer Vielzahl von anderen organisch bedingten psychischen Störungen als Folge einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung. Die Differenzialdiagnose zu einer schizophrenen Katatonie kann dabei in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Eine katatone Symptomatik findet sich bei etwa 7% der an einer Schizophrenie erkrankten Patienten. Am typischsten sind hierbei Manierismen, Stereotypien, Negativismus, Katalepsie und Grimassieren. Bei den Stereotypien im Rahmen der katatonen Symptomatik finden sich Haltungsstereotypien (Verharren in bestimmten Haltungen über lange Zeit) neben Bewegungs- und Sprachstereotypien (fortgesetztes, leeres und zielloses Wiederholen von Bewegungsabläufen, Sätzen und Wörtern oder Silben).

## 2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt.

## 3. Multiaxiale Bewertung

### 3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Siehe Kapitel 2.1 und 2.6.

### 3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, von organischen Erkrankungen, abnormen psychosozialen Bedingungen und Beurteilung der aktuellen psychosozialen Anpassung.

### 3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Aufgrund des unterschiedlichen Bedingungs-zusammenhangs bei der Genese und Aufrechterhaltung von stereotypen Handlungen und selbstverletzendem Verhalten wird eine **Verhaltensanalyse in folgender Reihenfolge** empfohlen:

- Ausschluss von organischen Erkrankungen, die die Stereotypien/selbstverletzenden Verhaltensweisen bzw. ihre Intensität beeinflussen, wie Mittelohrentzündungen, Zahnwurzelabszesse etc.
  - Nach Ausschluss dieser Erkrankung ist zu eruieren, ob die Stereotypien/selbstverletzenden Verhaltensweisen überwiegend dann auftreten, wenn die Kinder besonders beachtet werden wollen, oder ob sie besonders häufig in der Gegenwart bestimmter Personen auftreten. Dies würde in der Interpretation nahe legen, dass die Symptomatik in diesem Fall einer sozialen Verstärkung unterliegt.
  - Im Weiteren ist darauf zu achten, ob durch das Auftreten der Stereotypien/selbstverletzenden Verhaltensweisen Anforderungen oder andere Tätigkeiten, die den Kindern unangenehm sind, vermieden werden können (im Sinne einer negativen Verstärkung).
  - Darüber hinaus wurde in den letzten Jahren der soziale bzw. kommunikative Charakter von Stereotypien/selbstverletzenden Verhaltensweisen stärker beachtet. Dies bedeutet, dass die Symptomatik auch die Funktion einer Mitteilung haben kann, wie z.B. dass ein Anliegen des Kindes nicht berücksichtigt wurde, wobei dem Kind keine andere und angemessenere Form der Mitteilung an seine Umwelt zur Verfügung steht.
  - Weiterhin bleibt zu prüfen, ob die Stereotypien/selbstverletzenden Verhaltensweisen hauptsächlich die Funktion einer Selbststimulation haben. Speziell stereotypes selbstverletzendes Verhalten zeigt eine ausgeprägte Wiederholungstendenz. Dies wird damit in Verbindung gebracht, dass die durch eine Autoaggression bedingte Stimulation zu einer verstärkten Ausschüttung von körpereigenen Opiaten führt und diese wiederum als positive Verstärker wirken und somit das selbstverletzende Verhalten aufrechterhalten.
- Siehe auch Kap 2.6.

## 4. Interventionen

### 4.1 Auswahl des Interventionssettings

- Die einzelnen Therapieverfahren sollten Teil eines multimodalen Therapieprogrammes sein, welches sich am Schweregrad der Symptomatik, an bedingenden und aufrechterhaltenden Faktoren für die stereotype Bewegungsstörung sowie an den aus der Verhaltensanalyse abgeleiteten Implikationen orientiert.
- In Abhängigkeit von diesen Faktoren kommen je nach Schweregrad der Symptomatik stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlungsmodalitäten in Betracht.

Der wirkungsvollen Behandlung der stereotypen Selbstbeschädigung kommt - unabhängig von der zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung - in zweierlei Hinsicht eine große Bedeutung zu:

- Zum einen geht es um die Abwehr einer Gefährdung und bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigung durch die Selbstbeschädigung.
- Zum anderen kann durch den Abbau des selbstverletzenden Verhaltens in vielen Fällen eine Verbesserung der Integration, sozialen Interaktion und spezifischer Fördermöglichkeiten erreicht werden.

Bei Kindern und Jugendlichen mit stereotypen Selbstbeschädigungen im Rahmen von geistiger Behinderung, einem autistischen Syndrom oder speziellen Stoffwechselerkrankungen (z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom) überwiegen häufig intrinsische Faktoren, weswegen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Symptomatik auch eine medikamentöse Behandlung mit in den Therapieplan integriert werden kann. Eine in Einzelfällen nachgewiesene Wirksamkeit bei ausgeprägten Stereotypen im Rahmen von tief greifenden Entwicklungsstörungen zeigt sich bei Gabe von Dopaminantagonisten wie Haloperidol und Pimozid, bei atypischen Neuroleptika, wie Risperidon und Olanzapin, und bei serotoninspezifischen Wiederaufnahmehemmern (SSRI). Für Risperidon belegen 2 doppelblind-plazebokontrollierte Studien [Aman et al. 2002; Buitelaar et al. 2001] eine signifikante Reduktion von autoaggressivem und selbstverletzendem Verhalten im Rahmen von Störungen des Sozialverhaltens und Intelligenzmindering sowohl bei Kindern ab dem fünften Lebensjahr als auch im Jugendalter.

Unter den nichtmedikamentösen Behandlungsansätzen hat sich hierbei die Verhaltenstherapie als wirksam erwiesen. Es geht neben Kontingenzverfahren um den Aufbau alternativer Verhaltensweisen, die Kombination mit Korrekturverfahren, Verstärkerverfahren (Differential reinforcement), die Einführung von Selbstverstärkern sowie die Durchführung spezieller Trainingsprogramme.

Die derzeit vorliegenden Metaanalysen [Didden et al. 1997; Sailas, Fenton 2002] belegen bei selbstverletzendem Verhalten im Rahmen von tief greifenden Entwicklungsstörungen bzw. geistiger Behinderung hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener Interventionen bei erwachsenen Patienten folgende Zusammenhänge:

- Die oben erwähnten verhaltenstherapeutischen Verfahren sind wirksam und allen anderen therapeutischen Interventionen und psychotherapeutischen Verfahren überlegen.
- Für andere psychotherapeutische Verfahren und Behandlungsansätze lässt sich derzeit kein Nachweis hinsichtlich der Wirksamkeit erbringen.
- Unter den verhaltenstherapeutischen Interventionen erweisen sich die Kontingenzprogramme sowohl gegenüber bestimmten Verstärkerverfahren (Differential reinforcement) als auch gegenüber der Pharmakotherapie als überlegen.
- Hinsichtlich der Pharmakotherapie fehlt es bei selbstverletzendem Verhalten im Rahmen von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen bzw. geistiger Behinderung für das Kindes- und Jugendalter an kontrollierten Studien, sodass über einen spezifischen Wirksamkeitsnachweis derzeit über Einzelfalldarstellungen hinaus keine Aussage gemacht werden kann.

Die hier erwähnten Therapieverfahren sollten Teil eines multimodalen Therapieprogrammes sein, welches sich am Schweregrad der Symptomatik, an bedingenden und aufrechterhaltenden Faktoren für das selbstverletzende Verhalten sowie an den aus der Verhaltensanalyse abgeleiteten Implikationen orientiert. Hierbei gilt es zunächst auf der Verhaltensebene zwischen 2 unterschiedlichen Formen des selbstverletzenden Verhaltens zu unterscheiden [Fleischhaker et al. 2002; Remschmidt 1985]:

- Die erste Form kommt durch eine extrinsische Motivation zustande und wird durch äußere Einflüsse und Gegebenheiten aufrechterhalten (z.B. durch Zuwendung im Falle des Auftretens des selbstverletzenden Verhaltens oder wenn selbstverletzendes Verhalten zur Vermeidung von Angst auslösenden und überfordernden Situationen führt).
- Die zweite Form wird durch intrinsische Faktoren aufrechterhalten, wobei die Selbststimulation überwiegt und Umgebungs- und Verstärkungsbedingungen weitgehend ohne Einfluss sind.

Nachfolgend wird eine **Auswahl von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen** vorgestellt, die im Rahmen der Behandlung des selbstverletzenden Verhaltens angewandt werden:

- **Aufbau alternativer Verhaltensweisen.** Es wird versucht, an die Stelle des selbstverletzenden Verhaltens ein anderes Verhalten zu setzen (Ein Kind mit einem autistischen Syndrom lernt dabei beispielsweise, statt in sein Gesicht auf ein Kissen zu schlagen, welches ihm der Therapeut entgegenhält. Das Kind lernt schließlich dieses Kissen selbstständig mit sich zu führen).
- **Entzug von Zuwendung und "Bestrafung"** kann im Rahmen von Kontingenzmanagements eingesetzt werden. Es handelt sich um die Einführung eines aversiven Reizes oder die Entfernung eines positiven Reizes. Steinhausen und von Aster [1993] weisen daraufhin, dass diese Methode zwar kurzfristig sehr effektiv sein kann, in der Regel aber nur zu einer kurzfristigen Verhaltensunterdrückung statt zu stabilen Verhaltensänderungen führt.
- **Time-out.** Der Patient wird als Konsequenz für die Selbstbeschädigung in einen reizarmen, aber nicht Angst auslösenden Raum verbracht. Dieses Vorgehen erscheint sinnvoll, wenn das selbstverletzende Verhalten im Kontext mit einer sozialen Verstärkung steht (extrinsische Motivation). Bei schwerer Form des selbstverletzenden Verhaltens ist es jedoch oft gar nicht möglich und auch nicht vertretbar, den Patienten alleine zu lassen.
- **Korrekturverfahren.** Hierbei wird versucht, das selbstverletzende Verhalten durch das Einüben von Wiederherstellungshandlungen (z.B. Reinigen des blutverschmierten Fußbodens, der Kleidung etc.) zu vermindern.
- **Kognitive Therapieansätze** gelangen in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Techniken bei affektiver Imbalance und impulsiver Störung im Zusammenhang mit selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen zur Anwendung (z.B. Selbstinstruktionstraining, Selbstkontrollmethoden).

Für die Behandlung von selbstverletzendem Verhalten bei sich im Jugendalter entwickelnder instabiler

Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, bei Zwangsstörungen, Essstörungen und Deprivationssyndromen gilt es häufig, im Rahmen von Kriseninterventionen akute suizidale Impulse bei chronifizierten selbstschädigenden Handlungen differenzialdiagnostisch abzugrenzen. Dies ist unter ambulanten Bedingungen bei der instabilen Persönlichkeitsstörung besonders schwierig.

Die Behandlung des selbstverletzenden Verhaltens bei den hier angesprochenen Störungsbildern erfolgt stärker im Rahmen der Grunderkrankung, wobei lebensgeschichtliche Bedingungen (Deprivation, Misshandlung, sexueller Missbrauch), aktuelle abnorme Lebensumstände und die situativen Bedingtheiten für das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten einen für die Therapie bedeutsamen Stellenwert einnehmen. Auch hier bedingt die Komplexität und die meist multikausale Genese der selbstschädigenden Verhaltensexzesse eine multimodale und auf das Individuum abgestimmte Therapieplanung. Gesprächspsychotherapeutische, supportive, kognitive, familienzentrierte und verhaltenstherapeutische Methoden können in unterschiedlicher Gewichtung angewendet werden. Ergänzt werden sie durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Körperselbsterfahrung, ggf. auch durch physikalische Therapien und Gruppenaktivitäten. Bei chronifizierten Zuständen der Selbstbeschädigung und tiefgreifender sozialer Beeinträchtigung durch die zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung können auch längerfristig angelegte rehabilitative Maßnahmen in psychotherapeutisch ausgerichteten Heimeinrichtungen notwendig werden.

#### **Dialektische behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)**

Für die Problemgruppe suizidaler und sich selbstverletzender Jugendlicher mit zusätzlichen Symptomen einer instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ wurde seit Mitte der 1990er Jahre ein im Erwachsenenbereich gut etabliertes psychotherapeutisches Verfahren (DBT) adaptiert und evaluiert [Miller 1999]. Die dialektische behaviorale Therapie (DBT) [Linehan 1993 a, b] wurde von Linehan für chronisch parasuizidale Frauen entwickelt, bei denen zusätzlich die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt worden war. Parasuizidal ist hierbei definiert als jegliches akutes intendiertes Verhalten, durch das eine physische Schädigung erfolgt, mit oder ohne der Intention zu sterben. Die DBT ist derzeit das am besten empirisch begründete Therapieverfahren für suizidale Multiproblem-Patienten, dessen Wirksamkeit in 7 randomisierten Untersuchungen von 4 verschiedenen Arbeitsgruppen nachgewiesen werden konnte [Lieb et al. 2004; Bohus et al. 2000a].

Die DBT für Adoleszente (DBT-A) wurde speziell für suizidale Jugendliche mit Persönlichkeitszügen einer instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ entwickelt, sodass die DBT-A spezifisch sowohl an der Reduktion von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen arbeitet, als auch Strategien beinhaltet, wie die Patienten engagiert im Therapieprogramm gehalten und zur Mitarbeit bewegt werden können.

Die DBT-A basiert auf der biopsychosozialen Theorie von Linehan, die davon ausgeht, dass die Borderline-Symptomatik durch eine pervasive emotionale Dysregulation verursacht wird, mit fehlender Passung zwischen einem Individuum, das aufgrund einer biologischen Verletzbarkeit Schwierigkeiten hat, seine Emotionen zu regulieren, und einer Umwelt, die diese Verletzlichkeit durch Unverständnis intensiviert. Vom theoretischen Konstrukt aus wird angenommen, dass die Verhaltensweisen einer Borderline-Störung entstehen, wenn ein Kind mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation in einem invalidierenden Umfeld aufwächst. Invalidierend bedeutet in diesem Falle z.B., dass dem Kind chronisch mitgeteilt wird, seine Verhaltensweisen seien unsinnig, dumm und falsch [Koerner, Miller, Wagner 1998]. Die DBT betrachtet parasuizidale Verhaltensweisen daher als durchaus funktional. Parasuizidales Verhalten ist hierbei häufig die einzige Möglichkeit der Patienten, ihre Emotionen zu regulieren und Hilfe in einem ansonsten invalidierenden Umfeld zu erhalten. Aus Sicht der DBT sind parasuizidale Verhaltensweisen maladaptive Problemlösungen auf für die Patienten überwältigende, extrem intensive, schmerzhaftes Emotionen.

Die DBT-A besteht aus einer Einzeltherapie, regelmäßigen Familiengesprächen, einem Fertigkeitentraining in der Gruppe unter Integration eines nahen Angehörigen, einer Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten und einer Supervisionsgruppe. In der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Freiburg wurde die amerikanische Version des DBT-A den deutschen Verhältnissen angepasst und übersetzt. Es wurde ein deutsches Therapiemanual erstellt [Böhme et al. 2002] und in einer Pilotstudie evaluiert [Fleischhaker et al. 2005, 2006].

Die Arbeitsgruppe von Miller und Rathus konnte - sowohl in einem Prä-/Postvergleich als auch in einer Vergleichsstudie zu einer Standardbehandlung - die Effektivität des Behandlungsprogrammes für Jugendliche nachweisen [Miller, Linehan, Rathus 1997]. Die evaluierten Veränderungen entsprechen weitgehend den therapeutischen Effekten der DBT im Erwachsenenalter.

Erste Ergebnisse der Pilotstudie zur deutschen Version der DBT-A an der Universität Freiburg zeigen ähnliche positive therapeutische Effekte [Fleischhaker et al. 2006, 2004]. Während und nach Abschluss des Therapieprogramms waren keine Suizidversuche zu verzeichnen. Selbstverletzende Verhaltensweisen reduzierten sich während der Behandlung signifikant. Das Globalniveau der psychosozialen Anpassung, erhoben anhand der GAF, verbesserte sich ebenfalls signifikant von vor Therapiebeginn (im Mittel 54) zu einem Monat nach Therapieende (im Mittel 76,9). Dieser positive Effekt bezogen auf die psychosoziale Anpassung bestätigt sich auch in den ersten Nachuntersuchungen ein Jahr nach Therapieende.

Die in dieser Arbeit gezeigte Reduktion der in der DBT-A definierten Zielsymptomatik (suizidale Verhaltensweisen und selbstverletzendes Verhalten) und die gleichzeitige Verbesserung des Globalniveaus der psychosozialen Anpassung sind sehr Erfolg versprechend und bestätigen die vorliegenden Untersuchungen zur Wirksamkeit der DBT bei Erwachsenen und Jugendlichen [Miller et al. 2000]. Anknüpfend an diese erste Therapiestudie wäre es dringend notwendig, eine randomisierte Studie zu planen und durchzuführen.

Die DBT-A kann hierbei als Beispiel für eine sich entwickelnde, störungsspezifische, multimodale Behandlungsform gelten, die in manualisierter Form sowohl den Bedürfnissen dieser schwierigen Patientengruppe gerecht wird als auch dem Therapeuten den notwendigen Rückhalt in einem Behandlungsteam liefert.

## **4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung**

Differenzierung nach Schweregrad und begleitender Symptomatik (s. Kap. 1.3) und Begleitsymptomatik (s. Kap. 4.5) bestimmen die Art der Vorgehensweise (Umfang der multimodalen Behandlung sowie ambulante oder stationäre Behandlung).

### 4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Berücksichtigung einer Gefährdung und bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigung bei schwerer stereotyper Selbstbeschädigung. Vor diesem Hintergrund ist zu entscheiden, ob eine ambulante Versorgung oder eine stationäre Behandlung notwendig erscheint.

### 4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Teilstationäre Behandlung ist als gestufte Entlassung erwägenswert nach vollstationärer Behandlung.

### 4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Erfolgt meist zur Behandlung bei schwerer stereotyper Selbstbeschädigung. Dies erfordert zusätzlich eine besondere Berücksichtigung der Grunderkrankung, wobei lebensgeschichtliche Bedingungen (z.B. zusätzliche Deprivation), aktuelle abnorme Lebensumstände und die situativen Bedingtheiten für das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten einen für die Therapie bedeutsamen Stellenwert einnehmen. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen für eine stationäre Behandlung müssen rechtzeitig familienrichterliche Maßnahmen, z.B. auf der Grundlage des § 1631 b BGB, erwogen werden.

### 4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Bei chronifizierten Verläufen und tiefgreifender sozialer Beeinträchtigung durch die zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung können auch längerfristig angelegte rehabilitative Maßnahmen in entsprechend ausgerichteten Heimeinrichtungen notwendig werden.

### 4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Entfällt.

---

## Literatur:

1. Aman MG et al., Risperidone versus Placebo for Severe Conduct Disorder in Children with mental Retardation. J Child Adolesc Psychopharmacol (2002), 10, 253
2. Böhme R et al. (2002) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) - Therapiemanual. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Universität Freiburg, Freiburg
3. Bohus M et al., Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. Beh Res Ther (2000a), 38, 875-887
4. Bohus M et al., Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. Psychiat Res (2000b), 95, 251-260
5. Buitelaar JK et al., A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. J Clin Psychiatry (2001), 62, 239-248
6. Didden R, Duker PC, Korzilius H, Metaanalytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. American Journal of Mental Retardation (1997), 101 (4), 387-399
7. Eckhardt A, Hoffmann S, Depersonalisation und Selbstbeschädigung. Z psychosom Med (1993), 39, 284-300
8. Favazza AR, Rosenthal RJ, Diagnostic issues of self-mutilation. Hospital and Community Psychiatry (1993), 44, 134-140
9. Fleischhaker C et al., Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) - Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. Z Kinder Jugendpsychiat (2006), 34, 15-27
10. Fleischhaker C et al., Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung - Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A). Kindheit und Entwicklung (2005), 14, 112-127
11. Fleischhaker C et al. (2002) Stereotypien. In: Esser G (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Teil III: Klinisch relevante Störungsbilder, Kap. 28, 413-422. Georg Thieme, Stuttgart, New York
12. Koerner K, Miller AL, Wagner AW, Dialectical behavior therapy: Part I. Principle-based intervention for patients with multiple problems. J Pract Psy Behav Health (1998), 4, 28-36
13. Lieb K et al., Borderline Personality Disorder. Lancet (2004), 364, 453-461
14. Linehan MM (1993a) Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. The Guilford Press, New York, London
15. Linehan MM (1993b) Skills training manual for treating borderline personality disorder. The Guilford Press, New York, London
16. Miller AL, Glinski J, Youth Suicidal Behavior. Assessment and Intervention. Journal of Clinical Psychology (2000), 56, 1131-52
17. Miller AL, Dialectical Behavior Therapy: A New Treatment Approach for Suicidal Adolescents. Am J Psychother (1999), 53, 413-417
18. Miller AL, Linehan MM, Rathus JH, Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. J Pract Psy Behav Health (1997), 3, 78-86
19. Remschmidt H (1985) Habituelle Verhaltensweisen. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. III: Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen, 43-52. Georg Thieme, Stuttgart, New York
20. Resch F et al., Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? Z Kinder Jugendpsychiat (1993), 21, 253-259
21. Sailas E, Fenton M (2002) Seclusion and restraint for people with serious mental illness. Cochrane review. In: The cochrane Library, issue 1. Oxford
22. Scharfetter C, Selbstbeschädigung. TW Neurologie Psychiatrie (1992), 6, 763-766
23. Steinhausen HC, von Aster M (1993) Grundlagen und Konzepte der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und

## Verfahren zur Konsensbildung:

### Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

E. Schulz, K. Hennighausen, C. Fleischhaker

### Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

C. Fleischhaker, K. Hennighausen, E. Schulz

### Korrespondenz an:

Dr. med. Christian Fleischhaker  
Universitätsklinikum Freiburg  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter  
Hauptstr. 8  
79104 Freiburg i. Br.

### Redaktionskomitee:

federführend  
Martin H. Schmidt, Mannheim  
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena  
Joachim Jungmann, Weinsberg  
Gerhard Lehmkuhl, Köln  
Helmut Renschmidt, Marburg  
Franz Resch, Heidelberg  
Christa Schaff, Weil der Stadt  
Andreas Warnke, Würzburg

## Erstellungsdatum:

01/1999

## Letzte Überarbeitung:

11/2006

## Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 14:48:45