



AWMF-Register Nr.	028/029	Klasse:	S2k
--------------------------	----------------	----------------	------------

Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter

Koordination:

PD Dr. Plener, Prof. Dr. Becker

Unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. Adam, Prof. Dr. Bahr, Prof. Dr. Braun-Scharm, Dipl. Soz.Päd. Brockmann,
Prof. Dr. Brunner, Prof. Dr. Etzersdorfer, Dr. Fischer, Prof. Dr. In-Albon, Dr. Jung, PD
Dr. Kaess, Prof. Dr. Kapusta, Dr. Klein-Heßling, Dipl.-Psych. Merod, Dr. Schaller,
Prof. Dr. Schmidtke

Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter

Inhaltsverzeichnis

1. Klassifikation

1.1 Definition

1.2 Leitsymptome

1.3 Schweregradeinteilung

1.4 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

1.5 Untergruppen

1.6 Ausschlussdiagnosen

1.7 Psychiatrische Komorbiditäten, Begleitstörungen und Probleme

2. Epidemiologie und Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Epidemiologie

2.1.1 Risikofaktoren

2.2. Klinische Diagnostik

2.2.1 Diagnostische Verfahren

2.4 Weitergehende Diagnostik

2.5 Differentialdiagnostik

2.6 Entbehrliche Diagnostik

3. Multiaxiale Bewertung

4. Intervention

4.1 Auswahl des Interventionssetting: ambulant, teilstationär, stationär

4.2 Psychotherapeutische Interventionen

4.3 Psychopharmakologische Intervention

4.4 Fachfremde Interventionen

4.5 Algorithmen

5. Prävention

6. Literatur

7. Weiterführende Literatur

1. Klassifikation

1.1 Definition

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) wird definiert als freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht, die sozial nicht akzeptiert, direkt und repetitiv ist (Lloyd Richardson et al. 2007; Nitkowski und Petermann 2009), sowie meist zu kleinen oder moderaten Schädigungen führt. Basierend auf der Definition der American Psychiatric Association (APA) der Forschungskriterien des „Nicht-suizidalen Selbstverletzungssyndroms“ im DSM-5 (APA 2013; Plener et al., 2012), wird als repetitives NSSV definiert, wenn sich die Betroffenen innerhalb eines Jahres an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst eine Schädigung von Körpergewebe zugefügt haben. Repetitive Stereotypien im Rahmen von Entwicklungsstörungen und oft erhebliche Selbstverletzungen, die nur im Rahmen von Intoxikationen oder psychotischen Zuständen auftreten, werden nicht als NSSV bezeichnet. Eine Einteilungsmöglichkeit besteht nach offenen und verdeckten Handlungen, Mischformen können auftreten.

1.2 Leitsymptome

1.2.1 Methoden

Die häufigsten Formen von Selbstverletzungen sind Beschädigungen der Haut durch Schneiden, Ritzen, Kratzen, Schlagen/Anschlagen, Kneifen, Beißen oder Verbrennen (Klonsky, 2007; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006). Eine Sonderform von NSSV stellen Fremdkörperingestionen (foreign body ingestion, FIB) dar (Walsh & Perry, 2012). Diese seltene Form von NSSV findet sich häufiger im institutionellen Kontext und

scheint mit dem Wunsch nach einer Verlegung oder medizinischen Behandlung vergesellschaftet (Walsh & Perry, 2012).

Die Mehrheit der Betroffenen wendet mehrere Methoden an, wobei sich diese über die Zeit hinweg ändern können (Yates, 2004). Inkonsistente Ergebnisse liegen vor zu Geschlechterunterschieden in der Methodenwahl. Lloyd-Richardson et al. (2007) fanden keine Geschlechterunterschiede, während sich in der Studie von Whitlock, Muehlenkamp, Purington, Eckenrode, Barreira, Baral, et al. (2006) zeigte, dass männliche junge Erwachsene häufiger gegen einen Widerstand schlagen, mit der Absicht sich zu verletzen. Zu beachten ist, dass die Methodenwahl kulturell beeinflusst werden kann (Burszstein et al., 2012).

1.2.2 Lokalisation

Die am häufigsten verletzten Körperregionen sind Unterarme, Handgelenke, Oberarme und Oberschenkel (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Seltener werden Bauch, Brust, Gesicht oder Genitalbereich verletzt (Favazza, DeRosear, & Conterio, 1989; Herpertz, & Sass, 1994; Whitlock, et al., 2006). NSSV, das nicht im Bereich der Arme stattfindet, ist häufiger mit Suizidgedanken und einer häufigeren Vorgeschichte von Suizidversuchen assoziiert (Laukkanen et al., 2013).

1.3 Schweregradeinteilung

Der Schweregrad von NSSV Handlungen richtet sich vorwiegend nach dem Schweregrad der Gewebeschädigung bzw. der Folgewirkungen von selbstverletzenden Verhalten (dauerhafte Schäden, Sekundärinfektionen, plastische Chirurgie, Transplantation etc.). Eine weitere Schweregradeinteilung lässt sich im Sinne von Chronizität und Frequenz des NSSV unternehmen.

Es konnte in der Vergangenheit gezeigt werden, dass die Unterscheidung in gelegentliche und repetitive Selbstverletzung (Brunner et al. 2007) eine wichtige Differenzierung darstellt. Repetitive Selbstverletzungen (in dieser Studie häufiger als viermal pro Jahr) sind häufiger mit Suizidalität und einem höheren Grad an Psychopathologie assoziiert.

1.4 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

1.4.1 Verlauf

Bislang liegen nur wenige Langzeituntersuchungen zu Entwicklung und Verlauf von NSSV vor. Der Beginn selbstverletzenden Verhaltens liegt meist zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr (Lloyd Richardson et al. 2007). In neuen Studien zeigte sich in manchen Fällen ein Beginn ab dem zehnten (Hilt et al., 2008) bzw. auch ab dem siebten Lebensjahr (Barrocas et al., 2012). Aus der längsten bislang vorliegenden Longitudinalstudie wird eine abnehmende Häufigkeit zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr beschrieben, wobei als Prädiktor für die Aufrechterhaltung Symptome von Angst und Depression beschrieben wurden (Moran et al. 2012). Im Rahmen einer 5-Jahres Longitudinalstudie konnten vorangegangenes NSSV oder frühe sexuelle Handlungen als Risikofaktoren für späteres NSSV identifiziert werden, während wahrgenommene soziale Unterstützung als protektiver Faktor beschrieben wurde (Wichstrøm, 2009). Der beste Prädiktor für fortgesetztes NSSV war vorausgehendes NSSV (Glenn & Klonsky, 2011).

1.4.2 Ätiologie

Bei NSSV ist wie bei anderen psychischen Störungen von einer multifaktoriellen Genese auszugehen.

Biologische Faktoren

In Bezug auf die neurobiologischen Grundlagen von NSSV wurden sowohl eine Dysregulation im serotonergen System als auch der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bei Jugendlichen (Kaess, Hille, Parzer, Maser-Gluth, Resch, & Brunner, 2012) beschrieben. Bei Studien im Erwachsenenalter zeigte sich eine Dysregulation im System der endogenen Opioide, die bei Jugendlichen noch nicht untersucht wurde (Osuch & Payne, 2009, Groschwitz & Plener, 2012, Stanley & Sher, 2009). Die sogenannte Opioid-Hypothese geht von einer abweichenden Opioidhomöostase aus, die nach NSSV zumindest kurzfristig wiederhergestellt wird (Sher & Stanley, 2009).

Bezüglich der Schmerzwahrnehmung im Rahmen von Selbstverletzungen zeigen mehrere Studien, dass ein hoher Anteil von Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus während der selbstverletzenden

Handlungen keine oder fast keine Schmerzen wahrnehmen (z.B. Bohus, Limberger, Ebner, Glocker, Schwarz, Wernz & Lieb, 2000). In Studien wurde auch ein Wiederherstellen eines zuvor abhanden gekommenen Körpergefühls nach selbstverletzendem Verhalten geschildert (Nock, 2009). Die in experimentellen Studien gefundene Erhöhung der Schmerzschwelle scheint nach neueren Untersuchungsbefunden bei einer Remission selbstverletzenden Verhaltens rückläufig zu sein (Ludäscher, Greffrath, Schmahl, Kleindienst, Kraus, Baumgärtner, et al., 2009).

Lernen am Modell und Imitation (Contagion)

In Gruppen von Jugendlichen (Schule, kinder- und jugendpsychiatrisches Setting, soziale Netzwerke) konnte gezeigt werden, dass Imitationseffekte bei NSSV eine bedeutsame Rolle spielen können (Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen, & Helenius, 1998; Prinstein, et al., 2010). Zu beachten ist auch die Rolle des Internets, wo viele Informationen zum NSSV ausgetauscht werden, die zu einer Normalisierung im Sinne einer sozialen Akzeptanz des Verhaltens unter Jugendlichen und zu einer Verbreitung des Störungsbildes beitragen können (Whitlock et al., 2006; Lewis et al., 2011).

Negative Kindheitserlebnisse

Als Risikofaktoren können elterliche Vernachlässigung und Deprivation genannt werden (Yates, 2004; Muehlenkamp, Kerr, Bradley, & Adams Larsen, 2010; Weierich, & Nock, 2008; Yates, et al., 2008). Klinisch können Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kindern oder Familienkonflikte vorliegen. Wiederholt wurde ein Zusammenhang zwischen NSSV und massiver elterlicher Kritik und elterlicher Antipathie dargestellt (Bureau, Martin, Freynet, Poirier, Lafontaine, & Cloutier, 2010; Yates, et al., 2008, Kaess et al., 2012). Ein lediglich moderater Zusammenhang wurde zwischen sexuellem Missbrauch und selbstverletzendem Verhalten in einer Übersichtsarbeit von Klonsky und Moyer (2008) anhand von 43 Studien gefunden. Es ist festzuhalten, dass nicht in allen Fällen von NSSV negative Kindheitsverhalten vorliegen.

Demographische Faktoren

Weibliche Jugendliche haben ein höheres Risiko NSSV zu zeigen. Das Geschlechterverhältnis in verschiedenen deutschen Prävalenzstudien liegt bei 3:1 (weibliche : männliche Jugendliche) (Brunner et al., 2007; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009).

Kontroverse Ergebnisse liegen zum sozioökonomischen Status vor. Einige Studien fanden einen niedrigen sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie als Risikofaktor für NSSV (Nada-Raja, Skegg, Langley, Morrison, & Sowerby, 2004; Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008). Hingegen verweisen die Ergebnisse der Studie von Yates, et al. (2008) darauf, dass NSSV nicht nur bei wenig privilegierten Schichten vorkommt. Brunner, et al. (2007) fanden in der Heidelberger Schulstudie, dass gelegentliches NSSV mit niedrigeren akademischen Erfolgen einher ging, bezüglich der repetitiven Selbstverletzungen war der Zusammenhang mit akademischen Erfolgen hingegen nicht signifikant.

In der Literatur findet sich ein erhöhtes Risiko für NSSV bei homo- oder bisexuell orientierten Jugendliche (Whitlock et al., 2011; Wilcox, Arria, Caldeira, Vincent, Pinchevsky, & O'Grady, 2012).

Soziale Kompetenzen

In einer prospektiven Längsschnittstudie über 2,5 Jahre zeigten sich schlechte soziale Beziehungen als proximaler Risikofaktor für NSSV (Hankin, & Abela, 2011). Eine experimentelle Studie fand, dass Jugendliche mit NSSV verglichen mit Kontrollpersonen Defizite bei verschiedenen sozialen Problemlöseaufgaben aufwiesen (Nock, & Mendes, 2008).

1.5 Untergruppen

Untersuchungen belegen, dass NSSV unterschiedlichen Zwecken dienen kann. Im Rahmen eines integrierten theoretischen Modells zu NSSV beschreibt Nock (2010)

eine zentrale Funktion von NSSV im Rahmen der Regulation einer Stressantwort. Selbstverletzungen werden zur Regulation von Gefühlen herangezogen wie z.B. zur Beseitigung von Trauer, Niedergeschlagenheit, Angst, Ärger, Stress, Hilf- oder Hoffnungslosigkeit oder zur Induktion von Glücksgefühlen. Ebenso wird NSSV von Betroffenen häufig zur Wiedererlangung von Kontrolle und zur Unterdrückung von ungewollten Flashbacks, Gedanken oder Träumen eingesetzt.

Männliche Jugendliche nennen als Motivation für selbstverletzendes Verhalten signifikant häufiger Gründe wie Langeweile, einer Gruppe zugehören, Gedanken, dass es Spaß mache und sie damit unliebsame Dinge vermeiden. Im Gegensatz dazu nannten weibliche Jugendliche häufiger als männliche Jugendliche Gefühle wie Depressivität oder Unglücklichsein (Laye-Gindhu, & Schonert-Reichl, 2005).

Es existieren mehrere Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von NSSV:

Nock und Prinstein (2004, 2005) haben ein 4-Funktionen Modell für das NSSV erstellt und in folgenden Publikationen weiter ausgeführt (Nock, Teper & Hollander, 2007; Nock, 2010). NSSV kann in diesem Modell demnach „automatisch“ (intrapersonal) oder „sozial“ (interpersonal), positiv oder negativ verstärkend wirken. Die häufigste Funktion von NSSV ist es, negativ erlebte intrapersonale Zustände zu beeinflussen, um beispielsweise negative Gefühle zu beenden (ANV; automatisch negative Verstärkung). Automatisch positive Verstärkung (APV) wird angewandt, um sich besser zu fühlen. Im Rahmen der sozial positiven Verstärkung (SPV) dient NSSV dazu, Aufmerksamkeit oder Zugang zu Ressourcen zu erhalten. Im Rahmen der sozial negativen Verstärkung (SNV), wird NSSV angewandt, um interpersonelle Forderungen abzuwenden, resp. um sich einer unangenehm empfundenen sozialen Situation zu entziehen.

Klonsky (2007) beschreibt folgende sieben Funktionen des NSSV: Affektregulation, Anti-Dissoziation, Anti-Suizid, Interpersonelle Beziehungen, Interpersonelle Beeinflussung, Selbstbestrafung und Sensation-seeking.

1.6 Ausschlussdiagnosen

NSSV ist ein Verhalten, das per definitionem nicht mit suizidaler Intention unternommen wird. Sollte der Patient eine suizidale Intention hinsichtlich seiner Selbstbeschädigung äußern, so ist das Verhalten als suizidal einzustufen (s. AWMF Leitlinie zur Suizidalität). Über die Lebenszeit betrachtet, stellt NSSV dennoch einen Risikofaktor für vollzogenen Suizid dar. Es ist auch möglich, dass Suizidgedanken unabhängig von der Handlung bestehen. Diese können sowohl gleichzeitig auftreten (NSSV zur akuten Spannungsreduktion und Suizidpläne die sich auf einen späteren Zeitpunkt beziehen) oder zeitlich unabhängig sein (Suizidalität in Phasen fehlender nichtsuizidaler Selbstverletzungen). NSSV kann einen antisuizidalen Effekt haben (bspw. Spannungslösung durch Ritzen), während Suizidgedanken und Suizidpläne andere Methoden umfassen (Vergiftungspläne etc.).

Des Weiteren werden Selbstbeschädigungen, die im Rahmen von stereotypen Verhalten (etwa bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen) auftreten, nicht als NSSV klassifiziert. Auch Selbstbeschädigungen, die ausschließlich im Rahmen von psychotischen Zuständen oder im Rahmen einer Intoxikation auftreten, sind nicht als NSSV zu klassifizieren.

Tätowierungen und Piercings, sowie andere Formen von Körperveränderungen („body modification“) sind nicht als NSSV zu klassifizieren. In vergleichenden Studien konnten hier Unterschiede zu NSSV im Bereich ästhetischer Funktionen und Persönlichkeitsfaktoren gefunden werden (Claes et al., 2005).

Des Weiteren ist das Zufügen körperlicher Schäden zum Zwecke einer medizinischen Untersuchung im Rahmen eines Münchhausen Syndroms (auch by proxy) bzw. einer artifiziellen Störung von NSSV abzugrenzen.

Nicht zu NSSV zählen Onychophagie, Trichotillomanie sowie Selbstschädigungen im Rahmen des Trotzverhaltens im Kleinkindalter.

1.7 Psychische Komorbiditäten, Begleitstörungen und Probleme

NSSV kann in einem breiten Kontext verschiedener psychischer Störungen auftreten, aber auch in Abwesenheit einer Diagnose (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

Die häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei Jugendlichen mit NSSV (Nitkowski & Petermann, 2011) sind:

- Affektive Störungen
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus
- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsstörungen
- Externalisierende Störungen (ADHS, Störung des Sozialverhaltens)
- Angststörungen (vor allem, Generalisierte Angststörung und Soziale Phobie)
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Komorbidität bei Patienten mit NSSV beträchtlich ist. Die häufigsten komorbiden Störungen sind Affektive Störungen und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus .

2. Epidemiologie und störungsspezifische Diagnostik

2.1 Epidemiologie

International wird eine mittlere Lebenszeitprävalenz von zumindest einmaligem NSSV von 18% beschrieben (Muehlenkamp et al., 2012). In Schuluntersuchungen bei deutschen Jugendlichen wurde eine Ein-Jahresprävalenz von 10,9% für gelegentliches selbstverletzendes Verhalten, 4% für repetitives NSSV (Brunner et al., 2007), sowie eine Lebenszeitprävalenz von 25,6% (Plener et al., 2009) von Schülern der neunten Klassen berichtet. Es kann davon ausgegangen werden, dass ca. 4% der 15jährigen sich zumindest fünf Mal innerhalb des letzten Jahres selbst verletzt haben (Plener et al., 2012). In vergleichenden Studien innerhalb europäischer

Länder zeigt sich, dass Deutschland zu den Nationen mit dem häufigsten repetitiven NSSV im Kindes- und Jugendalter zählt (Kaess et al., 2011; Plener et al., 2013). Nur wenige Studien haben sich bislang mit der Zu- und Abnahme von NSSV bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen befasst. Von Hankin & Abel (2011) wurde im Rahmen einer 2 ½ Jahres Follow-up Studie von 103 Jugendlichen (11-14 Jahre bei der Baseline Erhebung) gezeigt, dass sich 14% der Jugendlichen während des 2 ½ Jahres Zeitraum neu begonnen haben sich selbst zu verletzen. Es zeigte sich hier eine hohe Diskontinuität, da nur ca. die Hälfte der Jugendlichen, die sich bei der Baseline Erhebung verletzt hatten (8%), dies auch noch im Follow-up berichteten. Im Ein-Jahres Follow-up bei jungen Erwachsenen wurde von Glenn & Klonsky (2011) ebenfalls berichtet, dass nur knapp 63% der ursprünglich Betroffenen sich noch selbst verletzten.

2.1.1. Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für NSSV wurden in einem systematischen Review von Fliege (2009) die psychische Erkrankung eines Elternteils, eine Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit, Mißbrauch u. Mißhandlung in der Kindheit, somatische Beschwerden, Depression, Aggressivität, Ängste, Alexithymie, geringer Selbstwert, Selbstabwertung und Hoffnungslosigkeit identifiziert. Ähnliche Faktoren wurden auch von Klonsky & Glenn (2009) in einer Übersichtsarbeit berichtet, ergänzt noch um dissoziative Erlebnisse, Vernachlässigung in der Familie und Bindungsproblemen.

2.2 Klinische Diagnostik

Als erster Schritt sind die unmittelbar notwendigen somatischen Abklärungen vorzunehmen und gegebenenfalls eine medizinische Erstversorgung einzuleiten.

Zu Beginn des therapeutischen Kontaktes steht das Bemühen um eine Vertrauensbasis. Der Patientenkontakt erfordert eine emotional neutrale Grundhaltung (Walsh, 2007). Die Exploration von Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten bzw. erwachsenen Bezugspersonen sollte getrennt geführt werden. Bei Patienten mit sprachlichen Barrieren, sollte man sich um eine Übersetzung bemühen. In der Beobachtung Dritter sind Hinweise für das Vorliegen

von NSSV das Tragen langärmeliger Kleidung im Sommer oder im Sport, die Verweigerung des Besuchs von Schwimmstunden, häufiges Einschließen im Zimmer oder Badezimmer oder auch das Aufbewahren von Messern, Rasierklingen oder ähnlichen Gegenständen.

Im Patientenkontakt sind folgende Punkte zu beachten: die akute Wundversorgung, eine vollständige körperliche Untersuchung, die Erhebung eines psychopathologischen Befundes unter besonderer Berücksichtigung der Einschätzung der Suizidalität (Plener & Kölch, 2013). Bestehende oder resultierende Konfliktsituationen im sozialen oder familiären Umfeld sollen identifiziert werden. Der Einfluss der Gleichaltrigen-Gruppe auf das NSSV sollte erhoben werden. Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass NSSV häufig mit Scham behaftet ist und deswegen üblicherweise nicht von selbst berichtet wird. Aufgrund dessen sollten Fragen zum Vorkommen von NSSV standardmäßig in der klinischen Praxis gestellt werden. Eine häufige Befürchtung in diesem Zusammenhang ist, dass Jugendliche mit der Frage nach NSSV (erst) auf die Idee gebracht werden, dieses Verhalten zu zeigen. Diese Bedenken scheinen jedoch nicht berechtigt zu sein (Gould, Marrocco, Kleinman, Thomas, Mostkoff, Cote, et al., 2005; Reynolds, Lindenboim, Comtois, Murray, & Linehan, 2006).

Für die Evaluation selbstverletzenden Verhaltens empfehlen Simeon und Hollander (2001) folgende Punkte:

- Vorgeschichte selbstschädigender Handlungen
- Alter bei Beginn, Verlauf, freie Intervalle, Veränderung
- Suizidale Impulse
- Zeitliche Beziehung zu suizidalen Ideen/Verhalten
- Häufigkeit und Art der Selbstbeschädigungen
- Medizinische Komplikationen oder Interventionen
- Motive, emotionale Zustände, Trigger
- Empfinden/Verhalten unmittelbar und später nach der Verletzung
- Zuvor bestehender Drang/Impulsivität
- Dystonizität (Wunsch aufzuhören)
- Kontrolle (erfolgreiches Beenden)
- Analgesie

- Substanzgebrauch vor und während der Handlung
- Familienanamnese selbstschädigenden Verhaltens
- Behandlungserfahrung (psychotherapeutisch und pharmakologisch)

Die klinische Diagnostik soll eine körperliche Untersuchung beinhalten (Plener, Brunner, Resch, Fegert, & Libal, 2010), der Impfstatus (insbesondere Tetanus, s. auch aktuelle Empfehlungen der Ständigen Impfkommission) ist zu erheben. Eine körperliche Untersuchung ist sicherzustellen und sollte nach Möglichkeit durch einen gleichgeschlechtlichen Untersucher durchgeführt werden (s. Ärztlich-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der BKJPP). Die körperliche Untersuchung soll Ausmaß und Schweregrad der Verletzungen sowie die Begutachtung der Wunden hinsichtlich einer Infektionsgefahr oder funktionellen Einschränkung beinhalten.

Im Rahmen der klinischen Diagnostik ist im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells darauf zu achten, NSSV-auslösende Situationen zu identifizieren (Nitkowski, & Petermann, 2009) sowie die Funktionalität von NSSV mit den Jugendlichen zu erarbeiten. Des Weiteren sollten die Reaktionen der Umwelt erhoben werden. In der Erst-Diagnostik soll immer eine Exploration akuter Suizidalität erfolgen. Bei Vorhandensein von akuter Suizidalität sind weitere Schritte zur Gewährung der Sicherheit notwendig (vgl. AWMF-Leitlinie zur Suizidalität im Kindes- und Jugendalter).

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 (13/13)

2.3 Spezifische Fragebogenverfahren

Zwecks Kommunikation, Vergleichbarkeit und Replizierbarkeit von Studien zu NSSV, aber auch für die Therapieplanung können evaluierte diagnostische Verfahren hilfreich sein. Es wurden spezielle Verfahren für die Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten entwickelt.

Diagnostische Verfahren zur Erfassung von NSSV

Im Folgenden werden deutschsprachige Verfahren vorgestellt, welche an deutschsprachigen Stichproben evaluiert wurden. Es sind vorwiegend Selbstberichtsverfahren.

Als Screeningverfahren wird das Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) angegeben. Für die Beschreibung von NSSV das DSHI, das Self-Harm Inventory (SHI) und der Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ); für die Differentialdiagnostik der SHBQ. Im Folgenden werden die drei Verfahren näher erläutert. Zur funktionalen Einteilung kann das Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) herangezogen werden, eine sehr differenzierte Erfassung von Funktionen zu Beginn und im Rahmen der Aufrechterhaltung von NSSV bietet das Modifizierte Ottawa Self Injury Inventory (MOUSI).

Als semistrukturiertes Interview liegt eine deutsche Übersetzung des englischsprachigen „Self-Injurious Thoughts and Behaviors“ Interviews (SITBI¹, Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007) vor, welches gegenwärtig evaluiert wird.

Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)

Ziel des Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001; dt. Fliege, Kocalevent, Walter, Beck, Gratz, Gutierrez, et al., 2006) ist die Erfassung der Methoden des

¹ http://www.wjh.harvard.edu/~nock/nocklab/SITBI_German.pdf

selbstverletzenden Verhaltens. In der Instruktion wird explizit festgehalten, dass selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidversuche und versehentliche Selbstverletzungen erfragt werden. Das Inventar umfasst 17 Items. Erfasst werden mit dem DSHI direkte Verletzungsmethoden, Beginn, Auftretenshäufigkeit, Zeitdauer und Notwendigkeit medizinischer Versorgung. Die Anwendbarkeit kann mit einer durchschnittlichen Ausfülldauer von ca. 4 Minuten als gut eingeschätzt werden (Fliege, et al., 2006). Aufgrund der geringen Anzahl der Items ist das Verfahren auch als Screeninginstrument geeignet.

Self-Harm Inventory (SHI)

Das Self-Harm Inventory (SHI; Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998; dt. Fegert, Libal, & Plener, 2005) ist ein Selbstberichtsfragebogen mit 22 Items. Das Inventar erfasst direkte (z.B. absichtlich hungern, Verhinderung der Wundheilung) und indirekte (z.B. rücksichtsloses Autofahren, Eingehen einer Beziehung, um zurückgewiesen zu werden) Selbstschädigungsmethoden über die Lebenszeit. Suizidabsichten werden nicht explizit ausgeschlossen, so dass die Abgrenzung zum Suizidversuch nicht möglich ist. Die Fragen sind mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Aus den Ja-Antworten wird ein Gesamtsummenwert berechnet. Je höher der Gesamtscore ausfällt, desto stärker ist die Ausprägung des selbstverletzenden Verhaltens. Zudem werden die Merkmale Methode und Häufigkeit erfasst. Die Gütekriterien wurden bislang nur anhand der englisch-sprachigen Version an Erwachsenen erhoben. Dabei zeigte sich eine gute Differenzierung von Patienten mit und ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung. In mehreren Studien ergab sich bei einem Punktwert von 5 im SHI eine gute Identifizierung von Patienten mit resp. ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mit dem SHI kann das NSSI gut beschrieben werden.

Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)

Der Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ; Gutierrez, Osman, Barrios, & Kopper, 2001; dt. Fliege, et al., 2006) besteht aus 32 Items, welche in vier Sektionen eingeteilt sind und vier unterschiedliche Verhaltensweisen erfassen. Diese sind NSSV, Suizidversuche, Suiziddrohungen und Suizidgedanken. Jede Sektion beginnt mit einer Eingangsfrage, ob das Verhalten jemals vorhanden war. Bei Verneinung der Eingangsfrage kann zur nächsten Sektion gesprungen werden. Wird die

Eingangsfrage bejaht, werden weitere Bereiche hinsichtlich Frequenz, Beginn, Kommunikation, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen usw. exploriert (Fliege, et al., 2006). Die Anwendbarkeit kann mit einer durchschnittlichen Ausfülldauer von ca. 6 Minuten als gut eingeschätzt werden (Fliege, et al., 2006). Im Jugendlichenbereich wird der SHBQ aufgrund seiner soliden Validierungsdaten als Beschreibungs- und Screeninginstrument empfohlen (Cloutier & Humphreys, 2009).

Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)

Der Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM; Lloyd, Kelley & Hope, 1997; dt. Version: Kaess et al., 2012) wird international sehr häufig eingesetzt. Der aus 42 Items bestehende Fragebogen hat zwei Bereiche: Methoden und Funktionen und bezieht sich auf das vergangene Jahr. Die 22 erfassten Funktionen wurden nach den vier Funktionen nach Nock und Prinstein (2004) eingeteilt. Korrelationen der Funktionsskalen zeigten sich mit Suizidversuchen, Hoffnungslosigkeit, rezidivierende Major Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung (Nock & Prinstein, 2005) sowie negativen Kindheitserlebnissen (Kaess, Parzer, Mattern, Plener et al. in press). Mit dem FASM lässt sich das NSSV (Methoden, Funktionen) gut beschreiben.

Modifiziertes Ottawa/Ulm Selbstverletzungs-Inventar (MOUSI)

Das Modifizierte Ottawa/Ulm Selbstverletzungs-Inventar (MOUSI, Version III; Cloutier & Nixon, dt. Übersetzung: Plener et al., 2013) ist ein Selbstberichtsverfahren und richtet sich an Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Der MOUSI ist eine Modifikation des Ottawa Self-Injury Inventory (Cloutier & Nixon, 2003). Der MOUSI umfasst 36 Items und dient der deskriptiven Beschreibung des NSSV, indem folgende Bereiche erfragt werden: Dauer, Häufigkeiten, Suizidabsichten, Körperstellen, Methoden, Wirksamkeit des NSSV, Rolle von Blut und Schmerz, dissoziative Symptome, mögliche Alternativen und die Notwendigkeit medizinischer Behandlungen. Des Weiteren thematisiert der Fragebogen, ob eine Abhängigkeit vom NSSV vorliegt. Detailliert erfasst werden auch mögliche Gründe für das Verhalten. Die Fragen beziehen sich teilweise auf den vergangenen Monat, ansonsten auf die letzten sechs Monate. Der MOUSI ist aufgrund seiner Komplexität und Informationsfülle vor allem für die individuelle Therapieplanung hilfreich (Heath & Nixon, 2009) und teilweise auch für die Therapiebegleitung und -evaluation.

Diagnostik komorbider Störungen:

In der Diagnostik von NSSV ist die hohe Komorbidität mit psychischen Störungen zu beachten. In der Erfassung komorbider Störungen kann zusätzlich die Durchführung evaluierter klinisch diagnostischer Interviews hilfreich sein. Zur Erfassung von psychischen Störungen kann bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren das evaluierte klinische diagnostische Interview Kinder-DIPS (Schneider, Unnewehr, & Margraf, 2009) verwendet werden.

Zur Diagnostik und Erfassung von komorbiden Störungen verweisen wir auf die jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien. Persönlichkeitsmerkmale bei Jugendlichen können durch das Inventar zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen- und störungen (IPMS; Berner, Benninghoven, Genau, & Lehmkuhl, 1998) oder das Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCl; Schmeck, Meyenburg, & Poustka, 1995) erfasst werden.

In der psychologischen Diagnostik von NSSV

- können spezifische Fragebögen zur Unterstützung eingesetzt werden

Konsens: sehr stark (13/13)

2.4 Weitergehende Diagnostik

Je nach komorbidem Störungsbild und Ausprägung des NSSV (Art und Ausmaß der Verletzung) können weitergehende diagnostische Maßnahmen notwendig werden.

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 (13/13)

2.5 Differentialdiagnostik

NSSV ist ein Symptom, das im Rahmen verschiedener psychischer Störungen aber auch unabhängig davon auftreten kann. Beim Auftreten komorbider psychischer Störungsbilder, sind die jeweiligen Störungsbilder gemäß den Klassifikationskriterien der ICD-10 zu erfassen.

NSSV und Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS)

Selbstverletzendes Verhalten ist ein mögliches Symptom der BPS nach der ICD-10, aber nicht gleichbedeutend mit einer BPS. Für das Vorliegen einer BPS, müssen die Diagnosekriterien der ICD-10 erfüllt sein.

Suizidalität

Auch wenn NSSV und suizidales Verhalten in Bezug auf Motivation/Absicht und medizinische Schwere zu unterscheiden sind, sind die beiden Auffälligkeiten nicht unabhängig voneinander. Das Vorliegen von NSSV korreliert mit einer erhöhten Suizidalität (Klonsky, & Olin, 2008; Wilkinson & Goodyer, 2011). Daher soll das Suizidrisiko in der Diagnostik von NSSV erfasst werden (b. Suizidalität: Beachtung der korrespondierenden AWMF Leitlinie).

Mehrere Faktoren sind für die Differentialdiagnostik hinsichtlich Suizidalität relevant. Im Gegensatz zur suizidalen Intention, die potentiell lebensbedrohlich ist, liegt beim NSSV keine Absicht zu sterben vor. Im Gegensatz zu Suizidversuchen sind beim NSSV die medizinischen Verletzungen meistens geringer. NSSV wird sehr viel häufiger angewandt als suizidales Verhalten auftritt. Auch die Methoden sind unterschiedlich.

Im diagnostischen Prozess geht es zum einen darum, das Vorliegen von Suizidabsichten während selbstverletzenden Handlungen zu erfassen und zum anderen darum, Faktoren des NSSV zu erheben, welche mit erhöhter Suizidalität einhergehen, z.B. die Anwendung mehrerer Methoden von NSSV, eine langandauernde Geschichte von NSSV, keine Schmerzwahrnehmung während des NSSV und das Durchführen von NSSV in Isolation (Glenn, & Klonsky, 2009; Nock, et al., 2006). Weitere Variablen können das Suizidrisiko bei Individuen mit NSSV erhöhen wie beispielsweise Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Impulsivität, negative Selbstbewertung, Anhedonie und eine pessimistische Zukunftsaussicht (Dougherty,

Mathias, Marsh-Richard, Prevet, Dawes, Hatzis, et al., 2009; Muehlenkamp, & Gutierrez, 2007). Bezüglich der Einschätzung der Suizidalität ist eine Vielzahl von weiteren Risikofaktoren (s. Leitlinie zur Suizidalität) zu berücksichtigen.

Körperliche Selbstbeschädigungen anderer Art

Körperliche Selbstbeschädigungen anderer Art treten auch im Rahmen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, neurologischer Störungen, genetisch bedingter Erkrankungen und chronisch-motorischer Ticstörungen auf. Im Bereich der (tiefgreifenden) Entwicklungsstörungen wurden Selbstverletzungen im Rahmen von Autismusspektrumsstörungen und Intelligenzminderung, im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen beim Gilles de la Tourette Syndrom, der Neuroakanthose und der Frontallappen Epilepsie berichtet. Zu den genetischen Erkrankungen, bei denen Selbstverletzungen beobachtet werden können, zählen das Lesch-Nyhan Syndrom, das Prader-Willi-Syndrom, das Rett Syndrom, das Cornelia de Lange Syndrom, das Smith-Magenis Syndrom sowie das Fragile X Syndrom (Bodfish & Lewis, 2002). Zumeist handelt es sich hier um stereotype Selbstverletzungen, die nicht als NSSV angesehen werden. In diesem Zusammenhang wurden auch schwerwiegende körperliche Schädigungen berichtet. Von Bodfish & Lewis (2002) wurde zusammenfassend festgestellt, dass neben dem stereotypen Charakter auch eine stark zwanghaft anmutende Komponente bei diesen Selbstverletzungen beobachtbar und diese auch häufig mit kognitiven Einschränkungen vergesellschaftet ist. Auch Intelligenzminderungen, die nicht im Rahmen eines Syndroms auftreten, stellen einen Risikofaktor für Selbstverletzungen dar.

Trichotillomanie

Neben der Abgrenzung von NSSV zur BPS und Suizidalität gilt es NSSV von weiteren psychischen Störungen abzugrenzen. Falls das selbstverletzende Verhalten ausschließlich aus wiederholtem Ausreißen des eigenen Haars besteht, sollte die Diagnose Trichotillomanie abgeklärt werden.

Körperdysmorphie Störung

Patienten mit einer körperdysmorphen Störung können wiederholtes Abzupfen von Haut zeigen. Dieses Verhalten dient den Patienten dazu einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung der äußeren Erscheinung entgegen zu wirken. Falls nur dieses Verhalten auftritt, wäre das Abzupfen der Haut eher als Konsequenz der körperdysmorphen Störung zu sehen als NSSV.

Münchhausen Syndrom

Patienten mit einem Münchhausen Syndrom fügen sich selbst Verletzungen mit dem Zwecke des Erhalts einer medizinischen Behandlung zu, während Patienten mit NSSV ihr Verhalten häufig verheimlichen.

2.6 Entbehrliche Diagnostik

Jede apparative Diagnostik ohne klinische Indikation.

3. Multiaxiale Bewertung

NSSV stellt im ICD-10 kein klinisch-psychiatrisches Syndrom dar. Eine Klassifikation ist im Multiaxialen Bewertungsschema unter „Vorsätzliche Selbstschädigung mit einem scharfen Gegenstand“ (X78) möglich. Ebenso sind Selbstbeschädigungen unter den Kategorien „Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Wasserdampf, heiße Dämpf oder heiße Gegenstände“ (X77) oder mitunter auch „Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch stumpfen Gegenstand“ (X79), „Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise“ (X83), „Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Art und Weise“ (X84) und „Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, andernorts nicht klassifiziert, incl. Selbstbeschädigung und andere Körperverletzung und Selbstvergiftung“ (Z91.8) zu finden.

4. Intervention

4.1 Auswahl des Interventionssetting: ambulant, teilstationär, stationär

Die Auswahl des Interventionssettings wird durch den Schweregrad der Ausprägung von NSSV und durch komorbide Diagnosen, sowie durch eine etwaig komorbid auftretende Suizidalität bestimmt.

Eine ambulante Therapie, wobei im Verlauf der Diagnostik auch die Abklärung von Komorbiditäten erfolgen sollte, setzt ein ausreichendes psychisches, soziales und schulisches (berufliches) Funktionsniveau sowie eine ausreichende Kooperationsfähigkeit des Patienten voraus. Eine teilstationäre Behandlung sollte eingeleitet werden, wenn sich durch eine ambulante Therapie keine Verbesserung oder sogar eine Progression von NSSV zeigt. Weiters ist eine teilstationäre Therapie indiziert, wenn durch die begleitende psychiatrische Komorbidität eine deutliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus vorliegt, eine akute Gefährdung des Patienten aber ausgeschlossen werden kann.

Eine stationäre Therapie ist indiziert beim Vorliegen begleitender akuter Suizidalität. Hier soll auch ggf. eine Therapie gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden (s. AWMF Leitlinie zur Suizidalität). Eine stationäre Therapie kann auch dann indiziert sein, wenn durch eine teilstationäre oder ambulante Therapie keine Verbesserung erzielt werden konnte, da z.B. Umweltfaktoren den Genesungsprozess erschweren. Weiters ist eine stationäre Therapie indiziert, wenn NSSV mit großer Häufigkeit und einer deutlichen körperlichen Schädigung ausgeführt wird, sodass eine Überwachung zur Abwendung weiterer schwerer körperlicher Schäden vonnöten ist. Eine stationäre Therapie kann auch dann eingeleitet werden, wenn dies zur diagnostischen Abklärung erforderlich ist.

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 (13/13)

Eine stationäre Aufnahme bei NSSV:

- Bei akuter Suizidalität muss umgehend eine stationäre Behandlung in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet werden
- 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 (12/12)

4.2 Psychotherapeutische Interventionen

Das Ziel der Behandlung ist die Reduktion bzw. Remission von NSSV. Zu Beginn der Behandlung ist zu klären, ob zunächst die Behandlung des Symptoms NSSV und/oder die Behandlung einer psychischen Störung im Focus stehen soll. Bei Vorliegen einer psychischen Störung soll diese entsprechend der jeweiligen störungsspezifischen Leitlinie behandelt werden. Hinsichtlich der symptomorientierten psychotherapeutischen Behandlung der NSSV bei Jugendlichen besteht insgesamt noch ein niedriger Evidenzgrad. Als grundsätzliches Problem in der Psychotherapie Jugendlicher mit NSSV konnten mangelnde Motivation zur Behandlung sowie geringe Inanspruchnahme identifiziert werden (Fortune et al., 2008 a, b). Sogenanntes „Therapeutisches Assessment“ im Erstkontakt kann hier die Inanspruchnahme und Compliance steigern, Evidenz für ein besseres Outcome der Therapie gibt es bisher jedoch nicht (Ougrin et al., 2011).

Die vorliegenden Studien beschäftigen sich vielfach mit „Deliberate Self Harm“ (auch unter Einbeziehung suizidaler Verhaltensweisen) oder mit speziellen Patientenpopulationen (etwa Patienten mit BPS). Spezifische Therapiestudien zur Behandlung von NSSV im Jugendalter fehlen.

Es gibt inzwischen manualisierte und für Jugendliche adaptierte psychotherapeutische Verfahren, die zur Behandlung der NSSV eingesetzt werden können. Hier zu gehören die kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) (Taylor et al., 2011), die dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (Dialectical-Behavior Therapie; DBT-A) (Fleischhaker et al., 2006; Fleischhaker et al., 2011; Böhme et al., 2002; Miller et al., 1997), sowie die kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-Analytic Therapy; CAT) (Chanen et al., 2008). Besonders für die verhaltenstherapeutischen Verfahren CBT und DBT-A aber auch die CAT existieren für das Jugendalter erste vielversprechende klinische Studien (Taylor et al., 2011, Fleischhaker et al., 2011), in denen gezeigt werden konnte, dass NSSV auch im Drei-Monats- (Taylor et al., 2011) sowie im Ein-Jahres Follow-up (Fleischhaker et al., 2011) reduziert werden konnte. Wirksamkeitsnachweise im Sinne randomisiert-kontrollierter Studien stehen jedoch noch aus. Für die CAT liegt bereits ein erster Wirksamkeitsnachweis vor (Chanen et al., 2008); hier handelt es sich jedoch um eine Studie an Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine deutsche Version des Behandlungsmanuals existiert zudem nicht.

Zusammenfassend liegen für die Behandlung der NSSV für die psychotherapeutische Verfahren aus dem Bereich der CBT oder DBT-A Wirksamkeitshinweise im Hinblick auf die Reduktion der Symptomatik vor.

In der Arbeit mit Familien kann Psychoedukation bereits früh in der Behandlung erfolgen (Hollander, 2012). Die Psychoedukation kann dabei die Vermittlung eines Störungsmodells, die Beratung von familiären und ggf. außerfamiliären Bezugspersonen sowie Reaktionen auf und Umgang mit Krisen beinhalten.

Da Jugendliche mit NSSV eine stärkere Internetnutzung als Jugendliche ohne NSSV aufweisen (Mitchell & Ybarra, 2007), und sich häufig sehr mit online Gruppen zu NSSV identifizieren (Adler & Adler, 2008), sowie das explizite Darstellungen von NSSV über das Internet in großer Zahl frei zugänglich sind (Lewis et al., 2011), kann in der Therapie auch ein Augenmerk auf das online Verhalten gelegt werden. Hierbei

kann eine Medienanamnese erhoben werden, sowie eine Aufklärung möglicher Folgen von NSSV spezifischem Medienkonsum erfolgen. Es können Kompetenzen im Umgang mit Medien vermittelt werden.

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 (10/10)

4.3 Psychopharmakologische Intervention

Bislang existiert weltweit keine Zulassung eines Medikaments zur Behandlung von NSSV. Alle Verschreibungen, die NSSV adressieren, werden somit „off-label“ vorgenommen. Insgesamt ist die Evidenzlage für eine psychopharmakologische Intervention, sowohl im Erwachsenenbereich als auch im Kinder- und Jugendbereich äußerst begrenzt (Plener et al. 2009). Eine psychopharmakologische Behandlung soll nie als alleinige Therapie bei NSSV eingesetzt werden und nur dann als Ergänzung erwogen werden, wenn sich mittels psychotherapeutischer Verfahren keine Verbesserung von NSSV erreichen lässt. In der Literatur werden Therapieversuche mit Antidepressiva, Antipsychotika und Opioidantagonisten berichtet (Plener et al., 2013; Katz & Fotti, 2005; Blum & Holly, 2011). Für eine generelle Empfehlung zur Pharmakotherapie bei NSSV bei Jugendlichen ist die Evidenz nicht ausreichend (vgl. Hawton et al., 2009). Sollte eine psychopharmakologische Unterstützung notwendig sein, so sind etwaige Komorbiditäten (z.B. depressive Störungsbilder) leitliniengerecht zu behandeln (siehe die jeweiligen AWMF Leitlinien) (s.Plener et al.,2013). Für den Fall einer

Behandlung außerhalb des Zulassungsspektrums sind dabei die Kriterien einer "off-label" Behandlung zu berücksichtigen: nachgewiesene Wirksamkeit, günstiges Nutzen-Risiko-Profil und fehlende Alternative-Heilversuche.

Behandlung von akuten Anspannungszuständen im Rahmen von NSSV

Im Rahmen von starken Anspannungszuständen kann es zur Notwendigkeit einer Notfallmedikation (pro re nata) kommen. Es sollten hier primär niedrigpotente, konventionelle Antipsychotika zum Einsatz kommen. Bezüglich der Gabe von Benzodiazepinen ist zu beachten, dass sich eine Häufung von NSSV bei Patienten mit einer Benzodiazepineinnahme zeigen ließ (Brent et al. 2009), bei längerer Gabe ein Suchtpotential besteht, sowie eine Entängstigung mit der Gefahr suizidaler Handlungen einhergehen kann.

Psychopharmakologische Intervention

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 (12/12)

4.4 Fachfremde Interventionen

Der Patient sollte bei fachfremden Interventionen solange beaufsichtigt sein, bis das Gefährdungspotential sicher eingeschätzt worden ist.

Chirurgische Intervention

Die chirurgische Intervention folgt prinzipiell den Leitlinien des jeweiligen Verletzungsmusters. In diesen besonderen nicht akzidentiellen Fällen ist jedoch eine besondere Sorgfalt bei der Diagnostik und im Umgang mit den Patienten notwendig. Körperliche Untersuchungen sollten nach Möglichkeit nur in Anwesenheit von (gleichgeschlechtlichem) Pflegepersonal oder anderem medizinischen Fachpersonal erfolgen. Stellt sich der betroffene Patient zuerst in einer chirurgischen Abteilung vor, so soll eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung im Verlauf erfolgen.

Fachfremde Intervention sollte nur in dem Bereich erfolgen für die das Fachgebiet zuständig ist, in diesem Fall die chirurgische Intervention. Eine chirurgische Vorstellung soll immer bei klaffenden Wunden erfolgen. Jede Fremdkörperingestion soll zu einer chirurgischen und (sofern indiziert) auch zu einer radiologischen Abklärung Anlass geben. Bei Ingestion von potentiell giftigen Substanzen (Batterien, Laugen) gelten die Empfehlungen der zuständigen Giftzentrale.

Die chirurgische Untersuchung und Intervention sollte mit der gleichen Umsicht und Empathie erfolgen, die auch bei anderen Patienten angewandt wird. Prinzipiell ist die chirurgische Untersuchung und Intervention in bestmöglicher Analgesie durchzuführen. Außerdem soll das funktionell beste und kosmetisch bestmögliche Ergebnis erzielt werden. Bei der Untersuchung und Intervention sollen emotionale Reaktionen und wertende Äußerungen unterlassen werden.

Eine genaue Dokumentation unter Erwähnung der Schnitttiefe und Schnittlänge im OP-Bericht soll erfolgen.

Ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil soll schnellstmöglich angefordert werden. Der Aufenthalt in einer nicht auf das eigentliche Krankheitsbild spezialisierten Klinik ist so kurz wie möglich zu halten, die chirurgische Behandlung sollte so schnell wie möglich konsiliarisch weitergeführt werden, um die eigentliche Behandlung des Patienten zu ermöglichen oder weiterzuführen.

Bei erforderlicher stationärer Behandlung in einer chirurgischen Abteilung sollte das Risiko der erneuten Selbstgefährdung mit dem Kinder- und Jugendpsychiater abgeklärt und ggf. notwendige Schutzmaßnahmen (Sitzwächter....) eingeleitet werden.

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 (10/10)

4.5 Algorithmen

s. unten

5 Prävention

Trotz zunehmender Kenntnis über Risikofaktoren zur Entstehung der NSSV ist eine zuverlässige Vorhersage, welches Kind bzw. welcher Jugendliche zu NSSV neigt, bisher nicht ausreichend möglich. Indizierte spezifische Präventionsangebote mit Risikogruppen sind nicht verfügbar (Warschburger & Krölle, 2008).

Präventionsmöglichkeiten für NSSV bei Jugendlichen zielen daher darauf ab, die vorhandenen Ressourcen zu stabilisieren und risikoerhöhende Bedingungen zu senken (Kaess, 2012). Im Kindes- und Jugendalter kommt der Schule als Ort der Durchführung solcher Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu (Shaffer & Gould, 2000).

Es liegt bis heute lediglich eine Pilotstudie zur Prävention NSSV vor (Muehlenkamp et al., 2010). Das hier untersuchte Programm (ähnlich den unten beschriebenen

Awareness-Programmen) konnte zwar Einstellungen und Hilfesuchverhalten bei den Jugendlichen verbessern, zu einer Reduktion der NSSV kam es jedoch nicht.

Ansonsten existieren lediglich verwandte Studien zur Prävention suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen. Ansätze, die potentiell eine Prävention von NSSV bewirken könnten, umfassen: „Fertigkeiten“-Trainings (Hawton & Rodham, 2006; Klingman & Hochdorf, 1993), Awareness-Programme (Kalafat & Elias, 1994; Aseltine & DeMartino, 2004), Gatekeeper-Interventionen (Quinnet, 2007; Wyman et al., 2008) und Screening-Interventionen (Gould et al., 2003; Shaffer et al., 2004).

Zusammengefasst existieren derzeit verschiedene potentielle Ansätze zur Prävention von NSSV bei Jugendlichen. Ein klarer Wirksamkeitsnachweis aller Strategien steht noch aus, daher wird derzeit in Europa das Präventionsprojekt SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) durchgeführt, welches verschiedene schulbasierte Präventionsansätze für riskante und selbstschädigende Verhaltensweisen Jugendlicher testet, unter anderem auch hinsichtlich des NSSV (Wasserman et al., 2010).

Imitationsverhalten (s. 1.4.2) wird auch aus dem Bereich der Schule berichtet. Um dies zu vermindern, sollte z.B. darauf geachtet werden, dass Narben abgedeckt werden. Schüler, die sich akut selbst verletzt haben, sollten einer ärztlichen Untersuchung zugeführt werden. Sollte es zu einer „Epidemie“ von NSSV in einer Schule kommen, so ist das Gespräch mit den unmittelbar von NSSV Betroffenen zu suchen und diese sind auf die „Ansteckungsgefahr“ ihres Verhaltens hinzuweisen (Plener et al., 2012). Es wird empfohlen den Beratungslehrer oder schulpsychologischen Dienst hinzuzuziehen.

Die Wirksamkeit präventiver Strategien bei NSSV kann aufgrund der mangelnden Datenlage noch nicht beurteilt werden

sehr starker Konsens (10/10)

Forschungsdesiderate

Betrachtet man die bislang publizierte Literatur so zeigen sich im Bereich der Epidemiologie Lücken im Bereich der Forschung zu Kindern, die nicht in ihren

Herkunftsfamilien leben (Kinder in Heimpopulationen und in Pflegefamilien). Weiters existieren kaum Studien zur Wirksamkeit von Therapie (Psychotherapie und Psychopharmakotherapie) im Kindes- und Jugendalter. Bislang sind auch kaum Ergebnisse aus dem Bereich der Präventionsforschung zu NSSV publiziert worden.

Literatur

Adler PA, Adler P (2008) The Cyber-Worlds of Self-Injurers: deviant communities, relationships, and Selves. *Symbol Interact*, 31, 33-56.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.

Aseltine RH, Jr. & DeMartino R. (2004) An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*, 94, 446-451.

Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JRZ (2012) Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *Pediatrics*, 130, 39-45.

Berner, W., Benninghoven, C., Genau, M. & Lehmkuhl, G. (1998) Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen: empirische Untersuchung einer Feldstichprobe mit dem «Inventar zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und -Störungen (IPMS)». *Persönlichkeitsstör*, 2, 91–200.

Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F., et al. (2002) *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – Therapiemanual*. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universität Freiburg

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000) Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res*, 95, 251-260.

Bloom, C.M. & Holly, S. (2011) Toward new avenues in the treatment of nonsuicidal self-injury. *J Pharm Pract*, 24, 472-477.

Bodfish JW, Lewis MH (2002) Self-Injury and comorbid behaviors in developmental, neurological, psychiatric and genetic disorders. In: Schroeder SR, Oster-Granite ML,

Thompson T (Ed.) Self-injurious behaviour: gene-brain-behavior relationships.

American Psychological Association, Washington DC, 23-39

Brent, D.A., Emslie, G.J., Clarke, G.N., Asarnow, J., Spirito, A., Ritz, L., et al. (2009) Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 418-426.

Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive Deliberate Self-Harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Health*, 161, 641-49.

Bureau, J.F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A.A., Lafontaine, M.F. & Cloutier, P. (2010) Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc*, 39, 484-94.

Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L. et al. (2008) Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using Cognitive Analytic Therapy: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 477-484.

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005) Self-Care versus Self-Harm: piercing, tattooing, and Self-Injuring in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 11-18.

Cloutier, P. F. & Humphreys, L. (2009). Measurement of nonsuicidal self-injury in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 115-142). New York: Taylor & Francis Group.

Cloutier, P. & Nixon, M. (2003). The Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary evaluation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12 (Suppl. 1), I/94.

Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Pevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., Palmes, G. & Novion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, 169, 22-27.

- Favazza, A.R., DeRosea, L. & Conterio, K. (1989) Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threatening Behav*, 19, 352-361.
- Fegert, J. M., Libal, G. & Plener, P. L. (2005). Das Modifizierte Ottwa/Ulm Selbstverletzungs-Inventar (MOUSI) II. Unveröffentlichtes Manuskript: Universität Ulm.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., et al. (2006) Dialectical Behaviour Therapy for adolescents (DBT-A)--a pilot study on the therapy of suicidal, parasuicidal, and self-injurious behaviour in female patients with a borderline disorder. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 34, 15-25.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., et al. (2011) Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 5, 3.
- Fliege, H., Kocalevent, R.D., Walter, O.B., Beck, S., Gratz, K. L., Gutierrez, P.M. & Klapp, B.F. (2006) Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 113–121.
- Fortune, S., Sinclair, J., Hawton, K. (2008a) Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 96-104.
- Fortune, S., Sinclair, J., Hawton, K. (2008b) Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8, 369.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2009) Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25–29.
- Glenn, C.R. & Klonsky, E.D. (2011) Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: a 1-year longitudinal study in young adults. *Behav Ther*, 42, 751-762.
- Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M. et al. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 386-405.

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005) Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1635–1643.

Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253 –263.

Groschwitz, R.C. & Plener, P.L. (2012) The Neurobiology of Non-suicidal. *Suicidology Online*, 3, 24-32.

Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X. & Kopper, B. A. (2001) Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77, 475–490.

Hankin, B. L. & Abela, J. R. Z. (2011) Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186, 65–70.

Hawton, K. & Rodham, K. (2006) *By Their Own Young Hand*. London: Jessica Kingsley Publishers

Hawton, K.K.E., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & van Heeringen, K. (2009) Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *The Cochrane library*: <http://summaries.cochrane.org/CD001764/psychosocial-and-pharmacological-treatments-for-deliberate-self-harm>

Heath, N. L. & Nixon, M. K. (2009) Assessment of nonsuicidal self-injury in youth. In: Nixon, M. K. & Heath, N. L. (Eds.) *Self-Injury in Youth* (pp. 143-171). New York, London: Routledge.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57–68.

Herpertz, S. & Sass, H. (1994) Open self-injury behavior. *Nervenarzt*, 65, 296-306.

Hilt, L.M., Cha, C.B., Nolen-Hoeksema, S. (2008) Nonsuicidal Self-Injury in Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress–Function Relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 63–71.

Hollander, M. (2012) Family therapy. In: Walsh, B.W. (Ed.) *Treating Self-Injury* (2nd ed.) The Guilford Press, New York. 186-195.

Hoven, C.W., Doan, T., Musa, G.J. et al. (2008) Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *Int Rev Psychiatry*, 20, 261-270.

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L. & Turner, J. B. (2008) Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 363–375.

Jacobson, C.M. & Gould, M. (2007) The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 129 - 147.

Nixon, M.K., Cloutier, P.F. & Aggarwal, S. (2002) Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 1333–1341.

Kaess, M. (2012) *Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter*. Weinheim: Beltz-Verlag

Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, C., Resch, F., & Brunner, R. (2012). Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-njury. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 157-161.

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P.L., Bifulco, A., Resch, F. & Brunner, B. (Epub 2012) Adverse childhood experiences and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>

Kalafat, J. & Elias, M. (1994) An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide & life-threatening behavior*, 24, 224-233.

Katz, L.Y. & Fotti, S. (2005) The role of behavioral analysis in the pharmacotherapy of emotionally-dysregulated problem behaviors. *Child and Adolescent Psychopharmacology News*, 10, 1-5.

Klingman, A. & Hochdorf, Z. (1993) Coping with distress and self harm: the impact of a primary prevention program among adolescents. *J Adolesc*, 16, 121-140.

Klonsky, E. D. (2007) The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.

Klonsky, E. D. (2009) The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260–268.

Klonsky, E.D. & Glenn, C.R. (2009) Psychosocial risk and protective factors. In: Nixon, M.K. & Heath, N.L. (Eds.) *Self-Injury in Youth*. Routledge, New York, 45-58.

Klonsky, E.D. & Moyer, A. (2008) Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 166–170.

Klonsky, E. D. & Olino, T. M. (2008) Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 22–27.

Laukkanen, E., Rissanen, M.L., Tolmunen, T., Kylma, J. & Hintikka, J. (2013) Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 501-510.

Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K.A. (2005) Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.

Lewis, S.P. & Santor, D.A. (2008) Development and validation of the self-harm reasons questionnaire. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 38, 104-115.

Lewis, S. P., Heath, N. L., St Denis, J.M. & Noble, R. (2011) The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*, 127, e552–e557.

Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997) Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.

Lloyd-Richardson, E.E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, M.L. (2007) Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192.

Ludäscher, P., Greffrath, W., Schmahl, C., Kleindienst, N., Kraus, A., Baumgärtner, U., Magerl, W., Treede, R.D. & Bohus, M. (2009) A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 120, 62-70.

Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (1997) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practice Psychiatry and Behavior Health*, 3, 78–86.

Mitchell, K.J. & Ybarra, M.L. (2007) Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Prev Med*, 45, 392-396.

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2012) The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379, 236–243.

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324–333.

Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69–82.

Muehlenkamp, J.J., Kerr, P.L., Bradley, A.R., Larsen, M.A. (2010) Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury Preliminary Evidence of Complex Emotion Regulation Patterns. *J Nerv Ment Dis*, 198, 258–263.

Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M. & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research*, 13, 317–329.

Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., Plener, P.L. (2012) International Prevalence of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury and Deliberate Self Harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.

Nada-Raja, S., Skegg, K., Langley, J., Morrison, D. & Sowerby, P. (2004) Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. *Suicide Life Threat Behav*, 34, 177-186.

Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009) Verhaltensdiagnostik selbstverletzenden Verhaltens. *Nervenheilkunde*, 28, 227–231.

Nitkowski, D. & Petermann, F. (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 79, 9–20.

Nixon, M.K., Cloutier, P.F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self- injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341.

Nock, M.K. (2010) Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.

Nock, M.K. (2009) Why do people hurt themselves? *Curr Dir Psychol Sci* 18, 78-83.

Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I. & Michel, B.D. (2007) Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, Reliability, and Validity in an Adolescent Sample. *Psychological Assessment*, 19, 309–317.

Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J. (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.

- Nock, M.K. & Mendes, W.B. (2008) Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem–Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28–38.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004) A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2005) Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140–146.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. & Sterba, S. K. (2009) Revealing the form and functions of self-injurious thoughts and behaviors: a real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 816–827.
- Nock, M.K., Teper, R. & Hollander, M. (2007) Psychological Treatment of Self-Injury Among Adolescents. *J Clin Psychol: In Session*, 63, 1081–1089.
- Osuch, E.A. & Payne, G.W. (2009) Neurobiological perspectives on Self-injury. In: Nixon, M.K. & Heath, N.L. (Eds.), *Self-Injury in Youth*. New York London: Routledge, 79-111.
- Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A. et al. (2011) Trial of Therapeutic Assessment in London: randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. *Arch Dis Child*, 96, 148-153.
- Petermann, F. & Winkel, S. (Hrsg.) (2005) *Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Petermann, F. & Winkel, S. (Hrsg.) (2009) *Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten* (2. Erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Plener, P.L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J.M. & Libal, G. (2010) Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Z Kinder Jugendpsych Psychoth*, 38, 77-89.
- Plener, P.L. & Kölch, M. (2013) Der selbstverletzende Patient. In: Fegert, J.M. & Kölch, M. (Hrsg.) *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie*, 2. Aufl. Springer Verlag Berlin Heidelberg, 399-409.
- Plener, P.P., Kapusta, N.D., Kölch, M.G., Kaess, M. & Brunner, R. (2012) Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 113-120.
- Plener, P.L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J.M. & Muehlenkamp, J.J. (2009) An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558.

Plener, P.L., Libal, G., Fegert, J.M. & Kölch, M.G. (2013) Psychopharmakologische Behandlung von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV). Nervenheilkunde

Plener, P.L., Fischer, C.J., In-Albon, T., Rollett B., Nixon, M.K., Groschwitz, R.C. & Schmid, M. (2013) Adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in German speaking countries: Comparing prevalence rates from three community samples. Soc Psych Psych Epidemiol

Prinstein, M.J., Heilbron, N., Guerry, J.D., Franklin, J.C., Rancourt, D., Simon, V., Spirito, A. (2010) Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. J Abnorm Child Psychol, 38,669-682.

Quinnet, P. (2007) QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention. The Model, Rationale and Theory. In: www.qpr.institute.com.

Reynolds, S. K., Lindenboim, N., Comtois, K. A., Murray, A. & Linehan, M. M. (2006) Risky assessments: participant suicidality and distress associated with research assessments in a treatment study of suicidal behavior. Suicide & Life-Threatening Behavior, 36, 19–34.

Salbach-Andrae, H., Bürger, A., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Fydrich, T. & Lehmkuhl, U. (2008) Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter nach SKID-II. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36, 117–125.

Sansone, R. A., Wiederman, M. W. & Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. Journal of Clinical Psychology, 54, 973–983.

Schmeck K, Meyenburg B, Poustka F (1995) Persönlichkeitsfragebogen für Jugendliche-JTCL. Frankfurt: J.W. Goethe Universität

Schmid, M., Schmeck, K. & Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? Kindheit und Entwicklung, 17, 190–202.

Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (Hrsg.) (2009). Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer.

Shaffer, D. & Gould, M. (2000) Suicide prevention in schools. In: Hawton, K. & van Heeringen, C. (Hrsg.) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester: John Wiley & Sons, 645–660.

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H. et al. (2004) The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43, 71-79.

Simeon, D., & Hollander, E. (Hrsg.). (2001) Self-injurious behaviors, assessment and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Stanford, S. & Jones, M.P. (2009) Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 807–815.

Shaffer, D. & Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-5 childhood disorder and mood disorder work groups to include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-5 disorder. Zugriff unter:[http://www.dsm5.org/Proposed %20Revision %20Attachments/ APA %20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf](http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf)

Sher, L. & Stanley, B. H. (2009). Biological models of nonsuicidal self injury. In: Nock, M.K. (Ed.) *Understanding nonsuicidal self-injury*. Washington, DC: American Psychological Association, 99-117.

Taiminen, T.J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A. & Helenius, H. (1998) Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37, 211-217.

Taylor, L.M., Oldershaw, A., Richards, C. et al. (2011) Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behav Cogn Psychother*, 39, 619-625.

Walsh, B. & Perry, A. (2012) Understanding, managing, and treating foreign-body ingestion. In: Walsh, B. *Treating Self-Injury* (2nd ed.) The Guilford press New York London, 314-324.

Walsh, B. (2007) *Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide*. *J Clin Psychol: In Session*, 63, 1057–1068.

Warschburger, P. & Kröller, K. (2008) *Selbstverletzendes Verhalten*. In: Scheithauer, H., Hayer, T. & Niebank, K. (Hrsg.) *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C. et al. (2010) Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.

Weierich, M.R. & Nock, M.K. (2008) Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 39–44.

Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. (2006) Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral-Abrahms, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., & Knox, K. (2011). Non-suicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59, 691-698.

Wichstrøm, L. (2009) Predictors of Non-Suicidal Self-Injury Versus Attempted Suicide: Similar or Different? *Archives of Suicide Research*, 13, 105-122.

Wilkinson, P. & Goodyer, I. (2011) Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20, 103–108.

Wilcox, H.C., Arria, A.M., Caldeira, K.M., Vincent, K.B., Pinchevsky, G.M., O’Grady, K.E. (2012) Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med*, 42, 717-726.

Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Wyman, P.A., Brown, C.H., Inman, J. et al. (2008) Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76, 104-115.

Yates, T.M. (2004) The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

Yates, T.M., Tracy, A.J. & Luthar, S.S. (2008) Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol*, 76, 52–62.

Zlotnick, C., Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (1999) Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296–301.

Erstellungsdatum: 01/1999

Überarbeitung von: 02/2015

Nächste Überprüfung geplant: 02/2020

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 des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online