



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Selbstverletzende Jugendliche

F. Resch

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Klinikum Heidelberg

Lindau, 2012

Selbstbericht einer Patientin

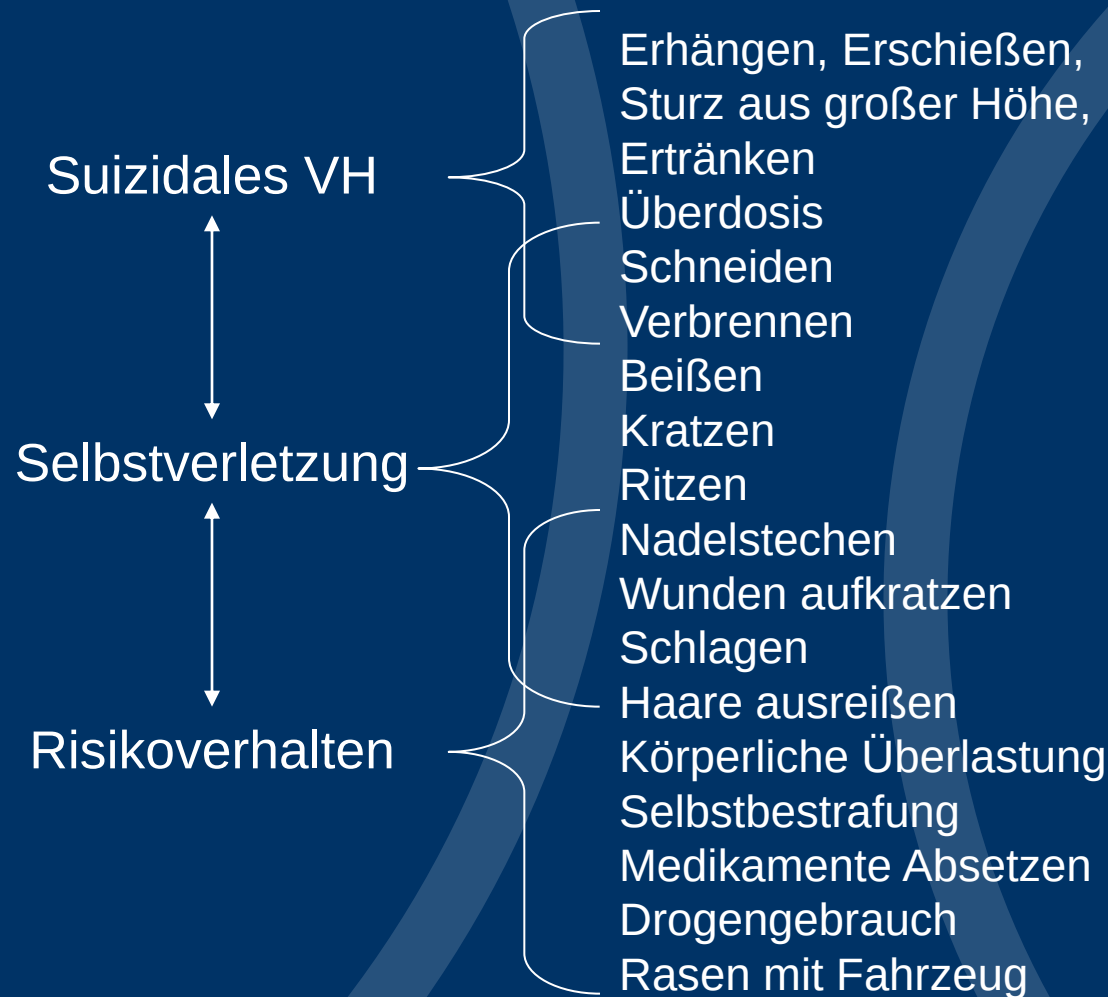
„Wenn ich mich selbst nicht mehr spür, dann
schneide ich mich und merke ich lebe noch.
(...)“

Wenn etwas mir im Inneren schrecklich weh
tut, dann verletze ich mich, damit ihr seht wie
sehr es mir weh tut“

Definition selbstverletzenden Verhaltens

„Zufügen einer Verletzung am eigenen Körper, die mit einer Gewebeschädigung einhergeht, wobei keine bewusste suizidale Intention vorliegt“

Selbstschädigendes Verhalten



Definition offener Selbstbeschädigungshandlungen

- Andauernde Beschäftigung sich selbst körperlich zu verletzen
- Wiederkehrendes Versagen dem Impuls zur Selbstverletzung zu widerstehen
- Zunehmende Anspannung kurz vor der Selbstverletzung
- Keine bewusste suizidale Intention
- Kein Zusammenhang mit einer psychotischen Störung, Transsexualismus, mentale Retardierung oder tiefgreifender Entwicklungsstörung

Definition heimlicher („artifizieller“) Selbstbeschädigungshandlungen

- Künstliche Erzeugung, Aggravation oder Vortäuschung von körperlichen und/oder psychischen Krankheitssymptomen.
- Einnahme der Krankenrolle
- Komorbidität mit offenen Formen der Selbstverletzung

Formen offener Selbstbeschädigungserkrankungen

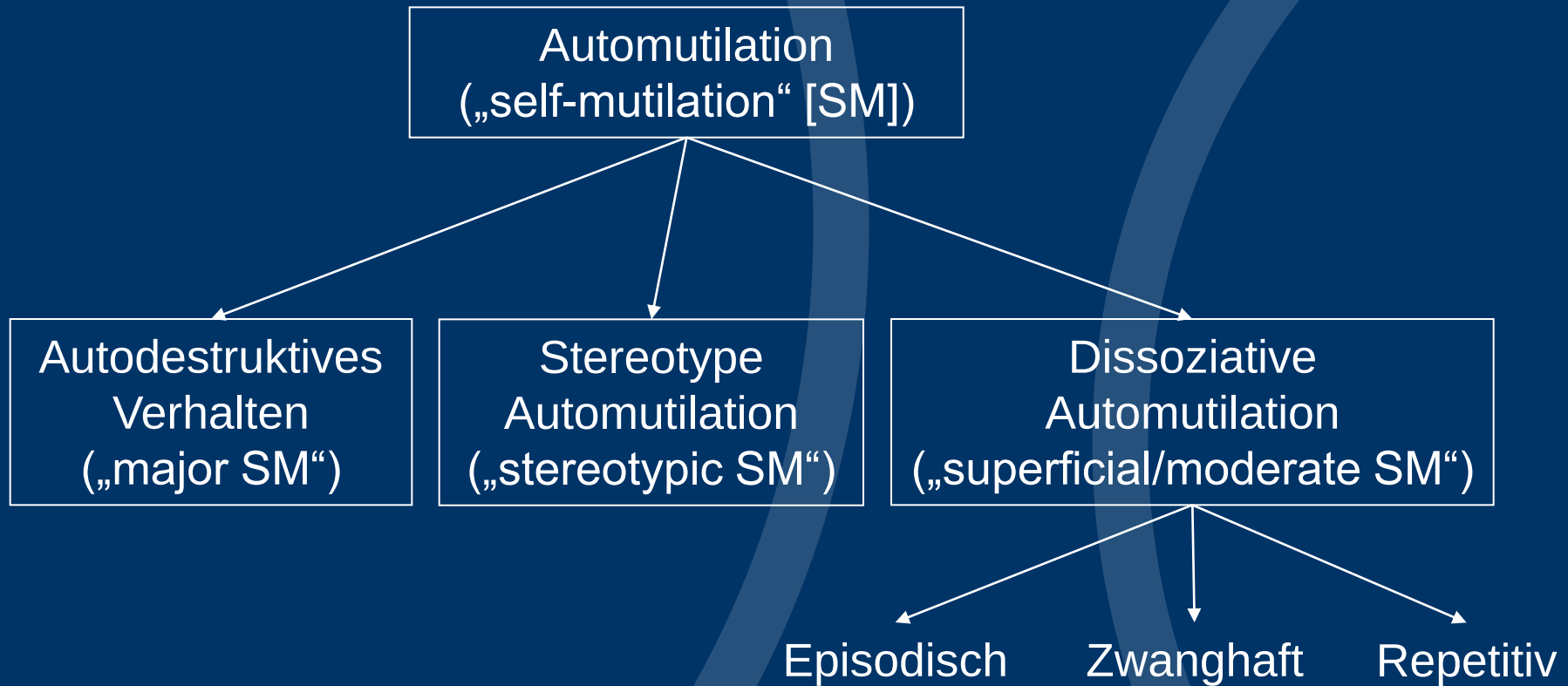
Leichte Formen („delicate self-cutting“)

- Oberflächliches Ritzen der Haut (Rasierklingen, spitze Gegenstände)
- z. T. weitflächige Kratzspuren
- Schlagen des Kopfes oder der Extremitäten
- Manipulation von Wunden

Schwere Formen („deliberate selfharm syndrome“)

- Tiefe Schnittverletzungen
- Verbrennungen
- Bisswunden, Verletzungen im Genitalbereich

Arten der Selbstverletzung



Epidemiologie und Typologie

Häufigkeit

- 0,6-0,75 % der Allgemeinbevölkerung (vor 1999)
- 3,8-7,0 % bei stationär behandelten jugendpsychiatrischen Patienten
- 15-23 % bei jugendpsychiatrischen Patienten auf Akutstationen

Alter und Geschlecht

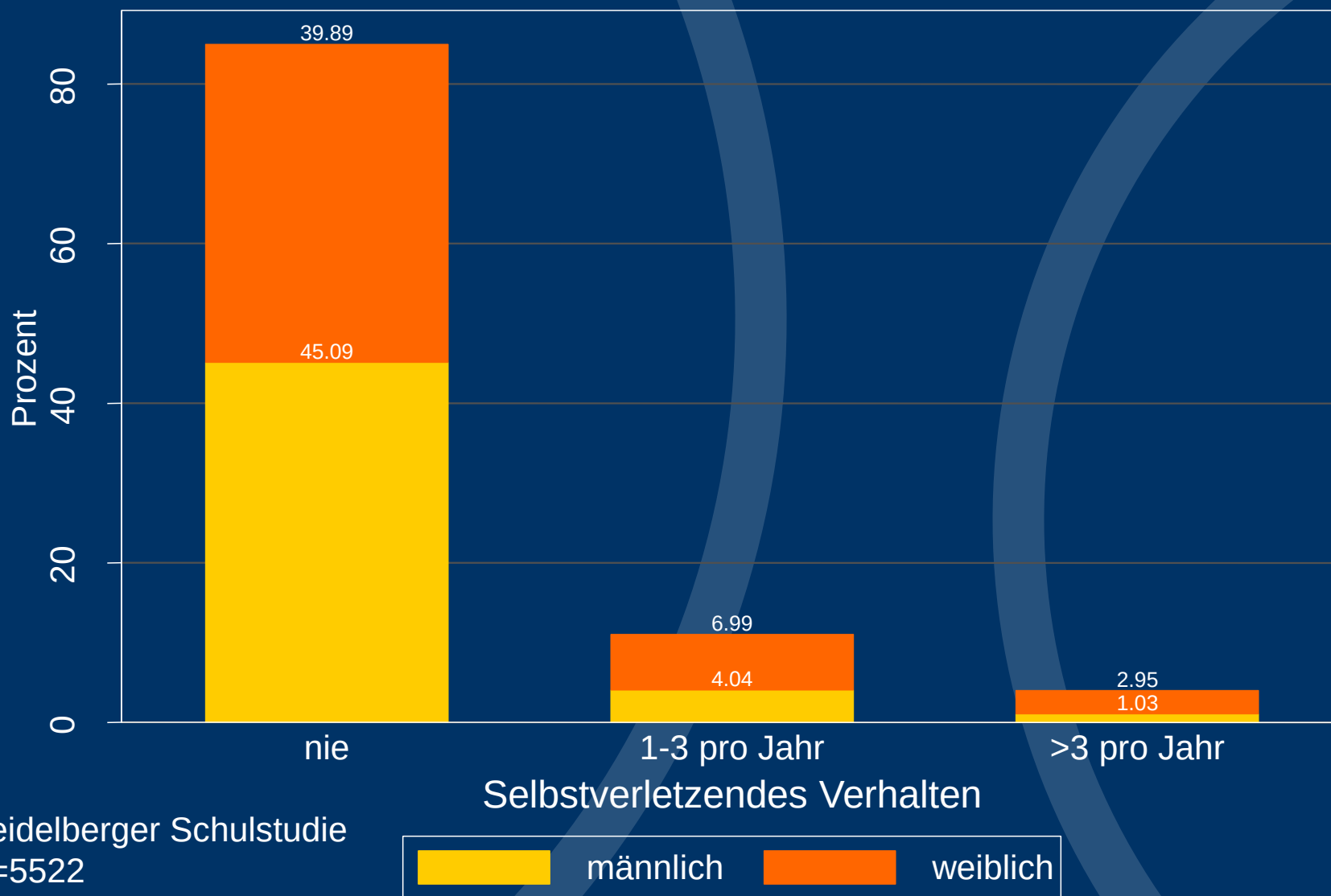
- ab 12. Lebensjahr
- 8: 1 zugunsten weiblichen Geschlechts

Art der Selbstverletzungen

- repetitives Zufügen oberflächlicher Schnittverletzungen (64 %)
- Arme, Beine, Rumpf

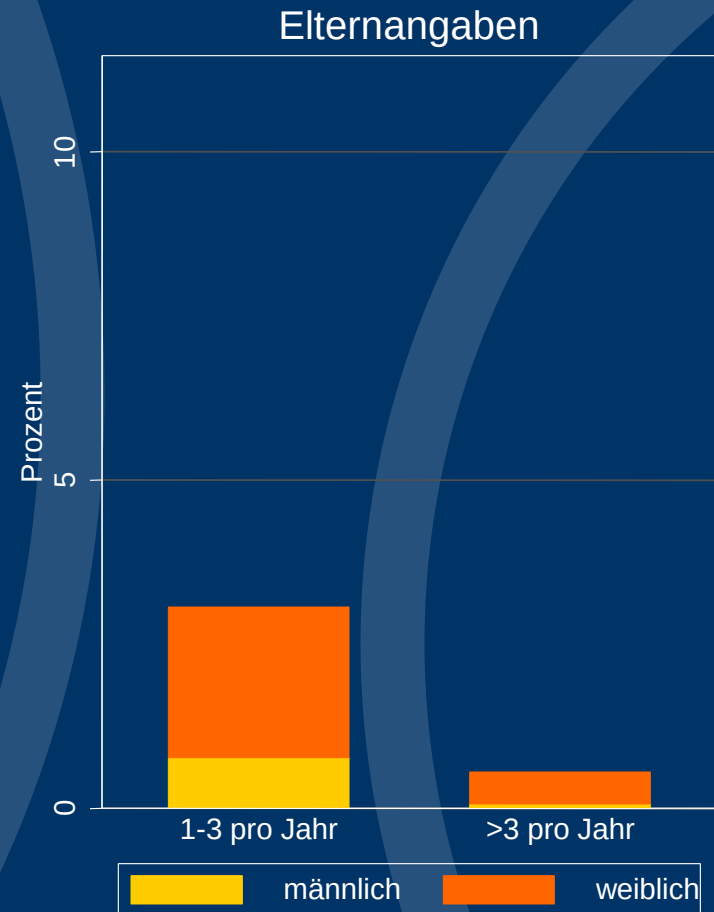
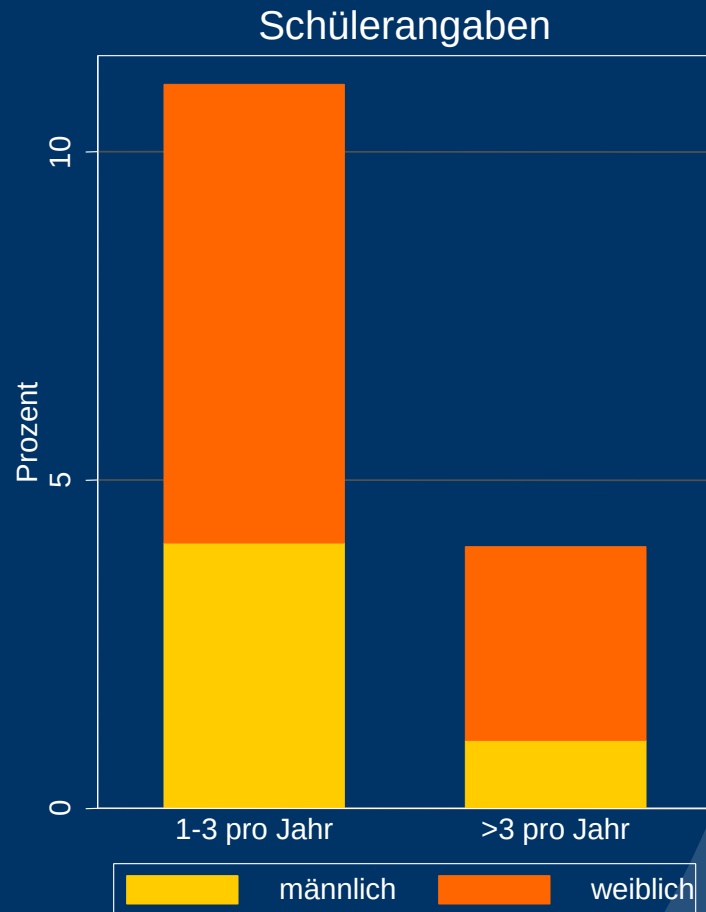


Epidemiologie der Selbstverletzung



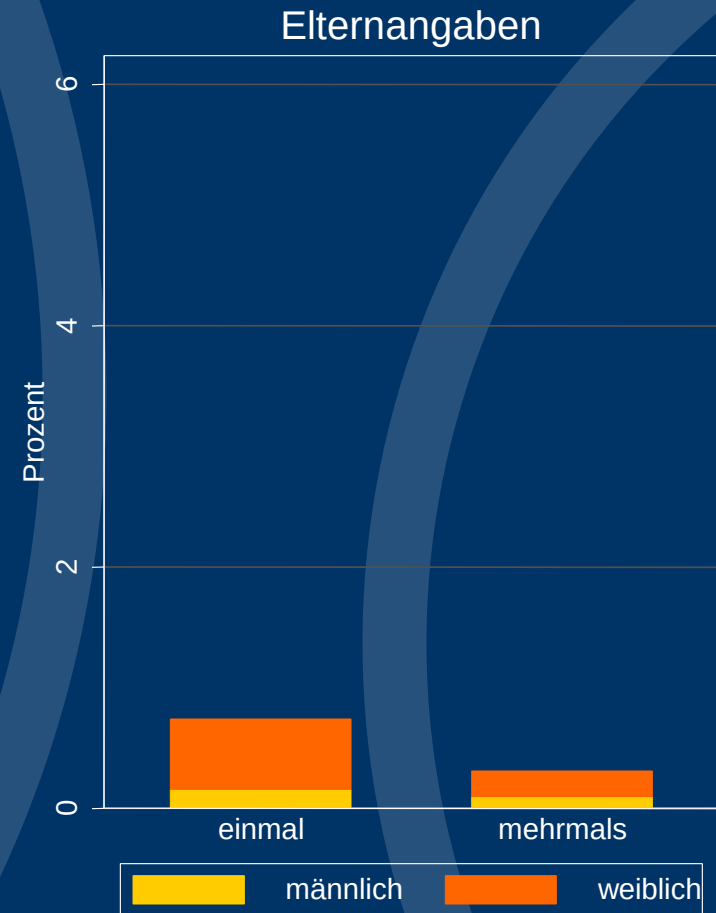
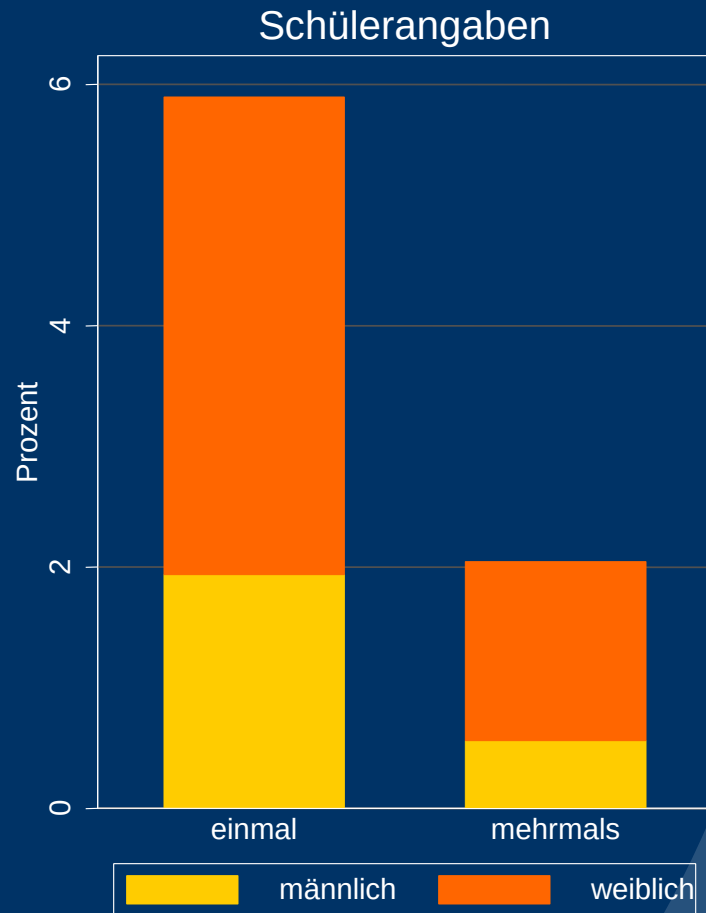


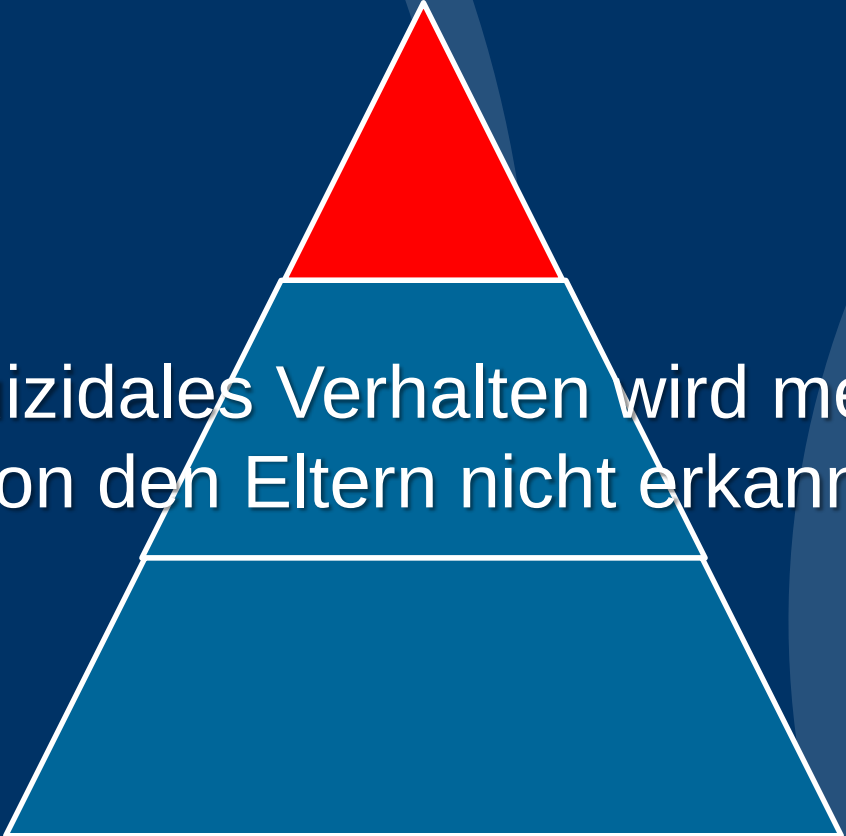
Selbstverletzendes Verhalten





Selbstmordversuch





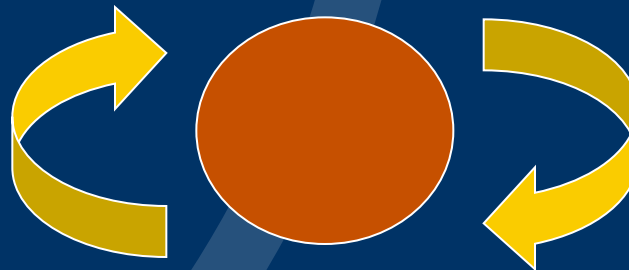
Suizidales Verhalten wird meist
von den Eltern nicht erkannt!

Klinische Phänomenologie

- Kränkung
- Wut
- Verzweiflung

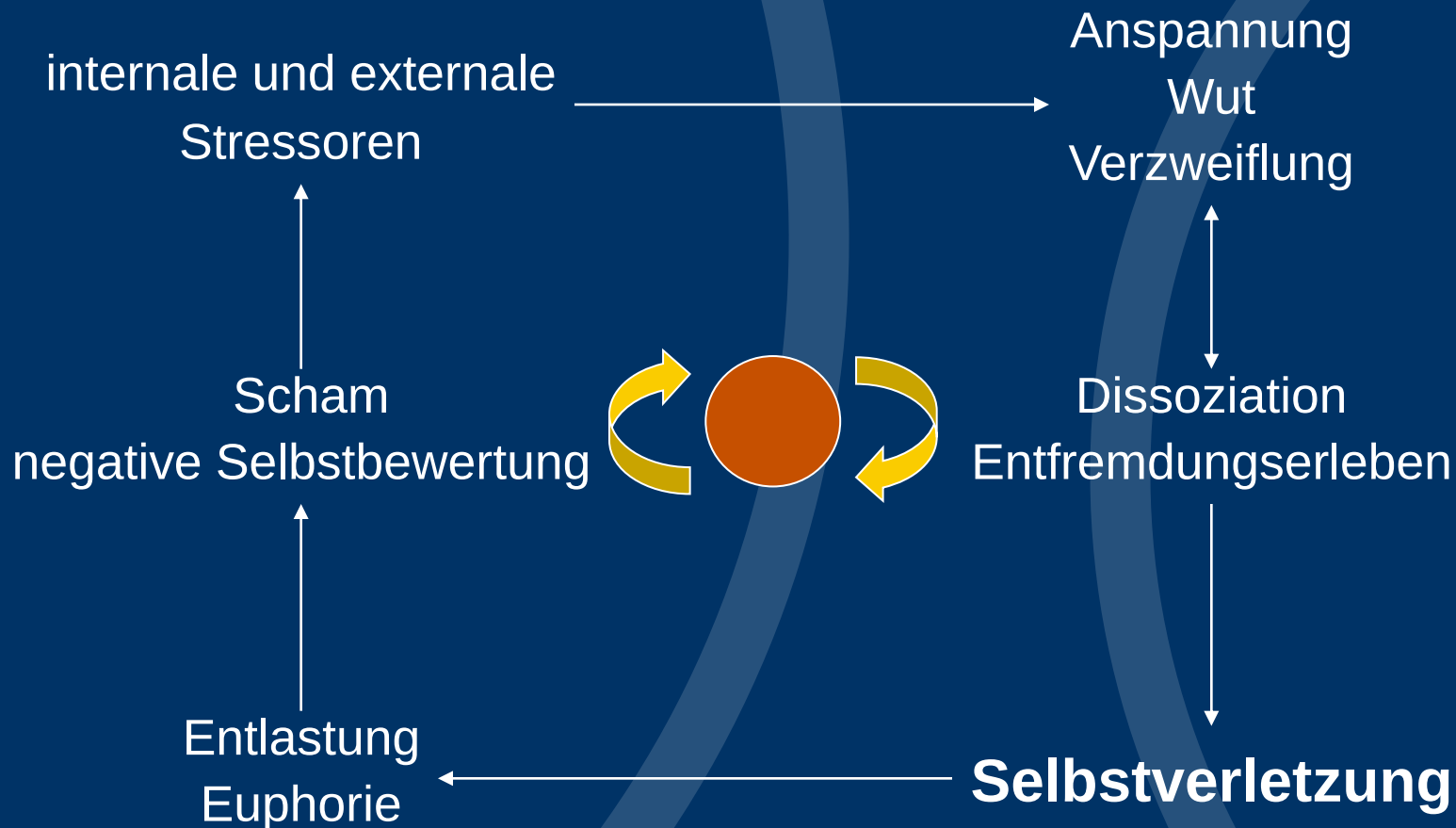
- Angst
- Hilflosigkeit
- Hoffnungslosigkeit

- Depersonalisation / Derealisation
- Körpergefühls- und Bewegungsstörung
- Schmerzunempfindlichkeit
- Trance-zustände



Spannungsbogen

Spannungsbogen der Selbstverletzung



Komorbide Störungen

90% mindestens eine psychiatrische Diagnose
am häufigsten Depression

Essstörungen	55%
Bulimie	32%
Substanzmissbrauch	39%
Suizidalität	87%
Suizidversuche	55%

Traumatisierung bei selbstverletzenden Jugendlichen

- 125 stationäre Patienten
- FASM (Functional Assessment of Self-Mutilation)
- CECA (Childhood Experiences of Care and Abuse Questionnaire)

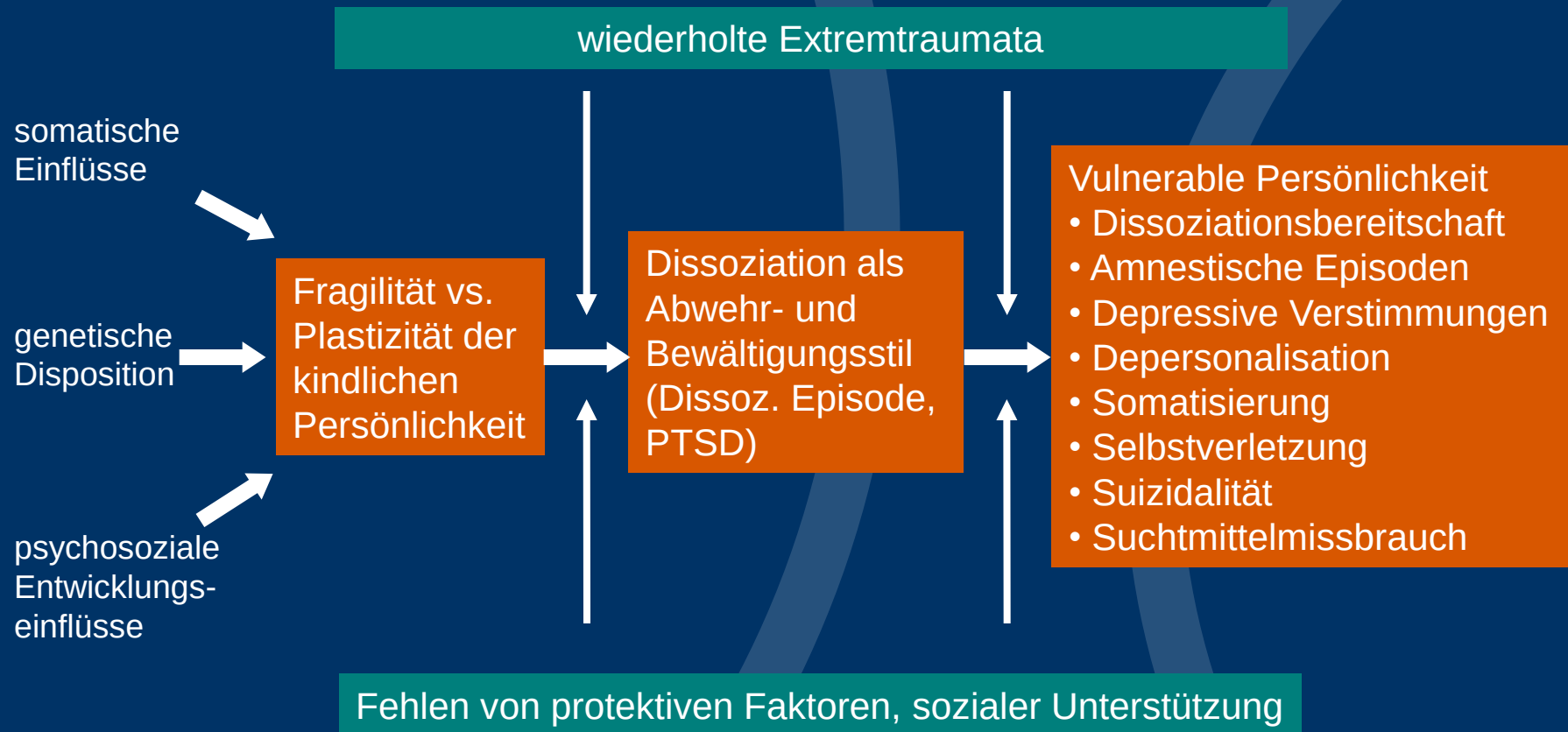
Ergebnisse

- Prävalenz der Selbstverletzung 60%
 - davon 63% repetitiv und schwer
- Diagnose: SVV weniger schizophrene Störungen, mehr Persönlichkeitsstörungen
- SVV signifikant mehr Traumatisierungen
 - Antipathie der Mutter (OR = 7.8)
 - Vernachlässigung durch Mutter (OR = 7.6)
 - Sexueller Missbrauch (OR = 3.9)

Symptom-Cluster bei pathologischer Dissoziation

- **Primäre dissoziative Symptome**
 - Gedächtnissymptome: Verlust des Zeitgefühls, „black-outs“, Amnesien, fragmentarisches autobiographisches Gedächtnis
 - Prozesssymptome: Depersonalisation, Derealisation, Trance-artige Zustände, verschiedene Persönlichkeitszustände, plötzliche Verhaltensänderung
- **Assoziierte posttraumatische Symptome**
 - Intrusion, Vermeidungsverhalten, vegetative Übererregtheit
- **Sekundäre Symptome:** Depression, Angst, Somatisierung
- **Tertiäre Symptome:** Substanzmissbrauch, suizidales und selbstdestruktives Verhalten, sexualisiertes Verhalten

Entwicklung des dissoziativen Symptomkomplexes



Borderline-Störung

- Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD)
 - Impulsivität
 - Instabilität im Affekt und sozialen Beziehungen
 - selbstschädigendem Verhalten
- Beginn in der Adoleszenz oder frühem Erwachsenenalter (Blum et al., 2002)
- Hohe Prävalenzraten in psychiatrischen Institutionen und ärztlichen Primärversorgung

Neurobiologie der Selbstverletzung (1)

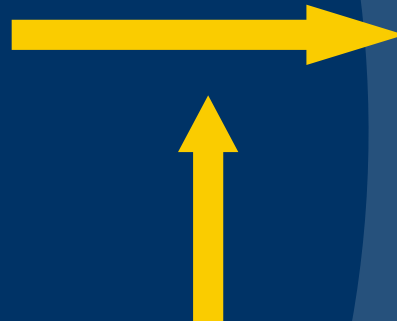
- Serotoninerge Aktivität ↓
 - 5-HIAA
- PRL response auf Fenfluramin ↓
 - Serotoninerge Funktion ↓
- Serotoninrezeptor-bindungskapazität ↓
 - Verminderte Aktivität

Neurobiologie der Selbstverletzung (2)

- Serotonintransporter-gen-promotor (5 HTTLPR) polymorphismus
 - Keine Assoziation mit Selbstverletzung und Suizid
 - Aber: s-Allel bei Selbstverletzung häufiger, wenn gleiche psychiatrische Diagnose

Neurobiologie der Selbstverletzung (3)

Stresserleben
Life events



Suizidales und
Selbstverletzendes Verhalten
Depression

wenn

5-HTTLPR polymorphismus
s-Allel-träger
Bei I/I Homozygoten nicht!!
Endophänotyp „Impulsivität“??

(Lin et al., 2004
Brent u. Mann, 2005)

Ätiopathogenetische Aspekte

- Schwere familiäre Vernachlässigungen und/oder Gewalterfahrungen
- Schuldgefühle und Selbstbestrafungsimpulse als Folge von Missbrauchserfahrungen
- Störung der Körperwahrnehmung im Kontext von Bindungsstörungen
- Bewältigung wiederkehrender belastender Erinnerungen
- pathologische Formen der Emotionsregulierung

Rolle von Bindungserfahrungen

- ca. 80% misshandelter Kinder und Kleinkinder
- **Desorganisierter Bindungstypus:**
 - widersprüchliche Verhaltensmuster, Desorientierung, Fluktuation im Bindungsverhalten, plötzliche Erstarrung, dissoziative Muster
- Adaptationsversuche an nicht-kontingentes Verhalten der Eltern
 - Kontrolle über unterschiedlichen affektiven und kognitiven Zustände ist erschwert



Biographische Analyse

„Kumulatives Trauma“





Entwicklungspsychopathologie der Selbstverletzung

Psych. kranke Mutter
Narzisstisches Selbstobjekt
Bindungsstörung
Deprivation
Gewalt
Forcierte Autarkie

Parentifizierung
Instabile Generationengrenzen
Schuldzuweisung
Deprivation
Gewalt
Sexueller Missbrauch, Inzest

Säugling

Kleinkind

Schulkind

Adoleszenz

Dissoziative Vulnerabilität

Auslöser selbstverletzender Handlungen

- Enttäuschende Beziehungserfahrungen
- Kränkungen und Zurückweisungen
- Isolation
- Nichtbewältigung von Selbstständigkeitsanforderungen
- Aufnahme sexueller Beziehungen
- „Ansteckung“ unter Mitpatienten (Werther-Effekt)

Selbstverletzung als Selbstfürsorge



intrapersonal

interpersonal

Intrapsychische Bedeutung der Selbstverletzung

Selbstverletzung als paradoxe selbstfürsorgliche Handlung („Blut tut gut“)

- Spannungsventil
- Suizidprophylaxe
- Psychoseprophylaxe
- „Antidepressivum“
- Identitätsstiftung
- Selbstbestrafung
- magischer Ritus

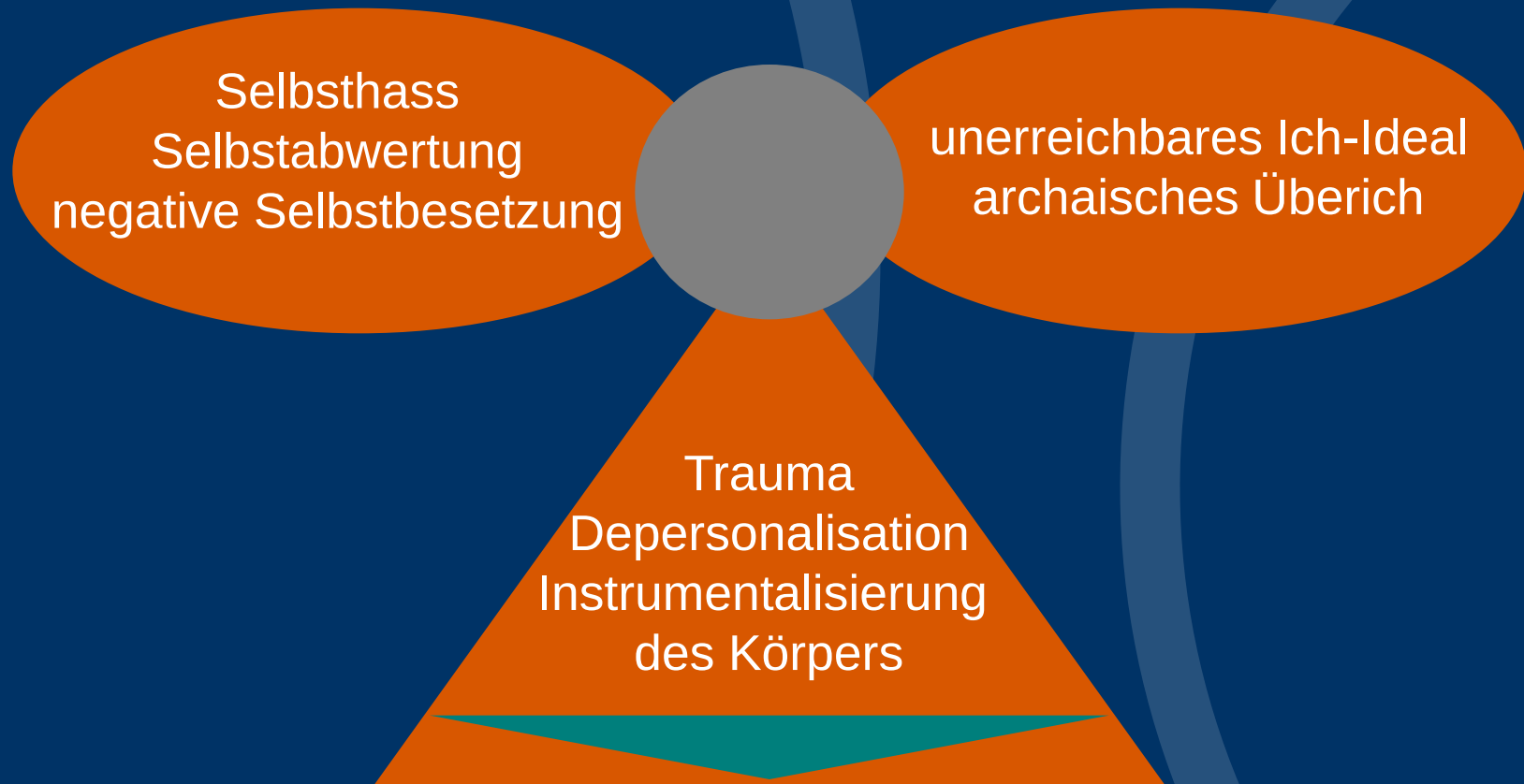
Interpersonale Bedeutung der Selbstverletzung

- Präverbaler Appell
- Interpersonelle Reinszenierung durch projektive Identifikation
- Aggression / Manipulation / Erpressung
- Flucht aus sozialer Überforderung
- sekundärer Krankheitsgewinn
- Solidarisierung unter Gleichaltrigen/Mitpatienten

Funktionen der Selbstverletzung

- Negative Gefühle beenden (57%)
- Selbstbestrafung (47%)
- Erleichterung des Gefühls der Leere (46%)
- Irgendetwas zu fühlen (43%)
- Kontrolle über die Situation zu gewinnen (41%)
- Entspannung (39%)

Psychodynamik



Selbstdomänen



Soziales Selbst

- Negative Beziehungserwartung
- Hohes Leistungsideal → Ungenügen
- Überstrenges Gewissen → Schuld, Scham
- Einsamkeit

Aktionales Selbst

- Insuffizienz
- Machtlosigkeit
- Undurchschaubarkeit
- Kontrollbedürfnis vs. Kontrollverlust
- Impulsivität

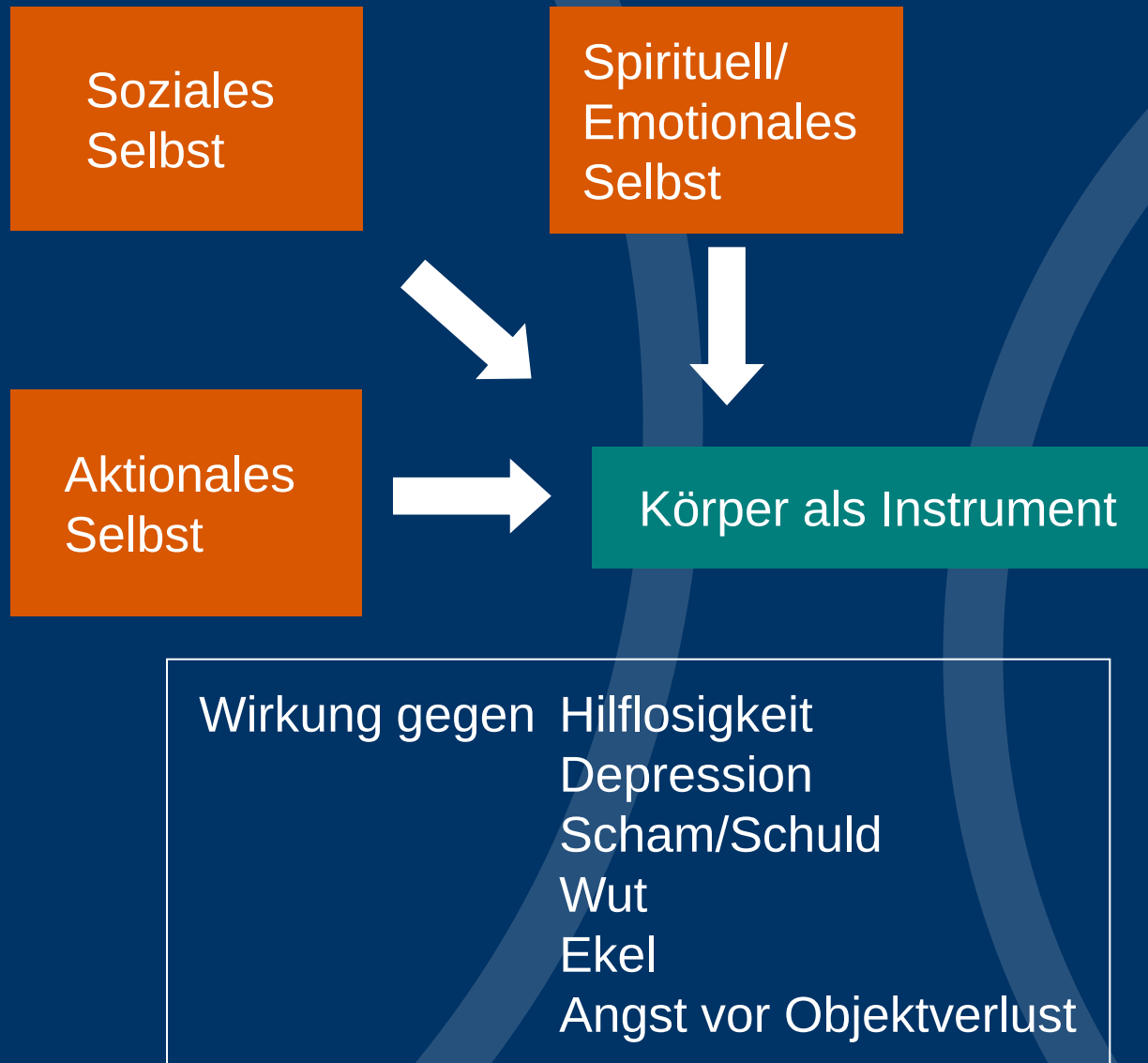
Emotionales/“spirituelles“ Selbst

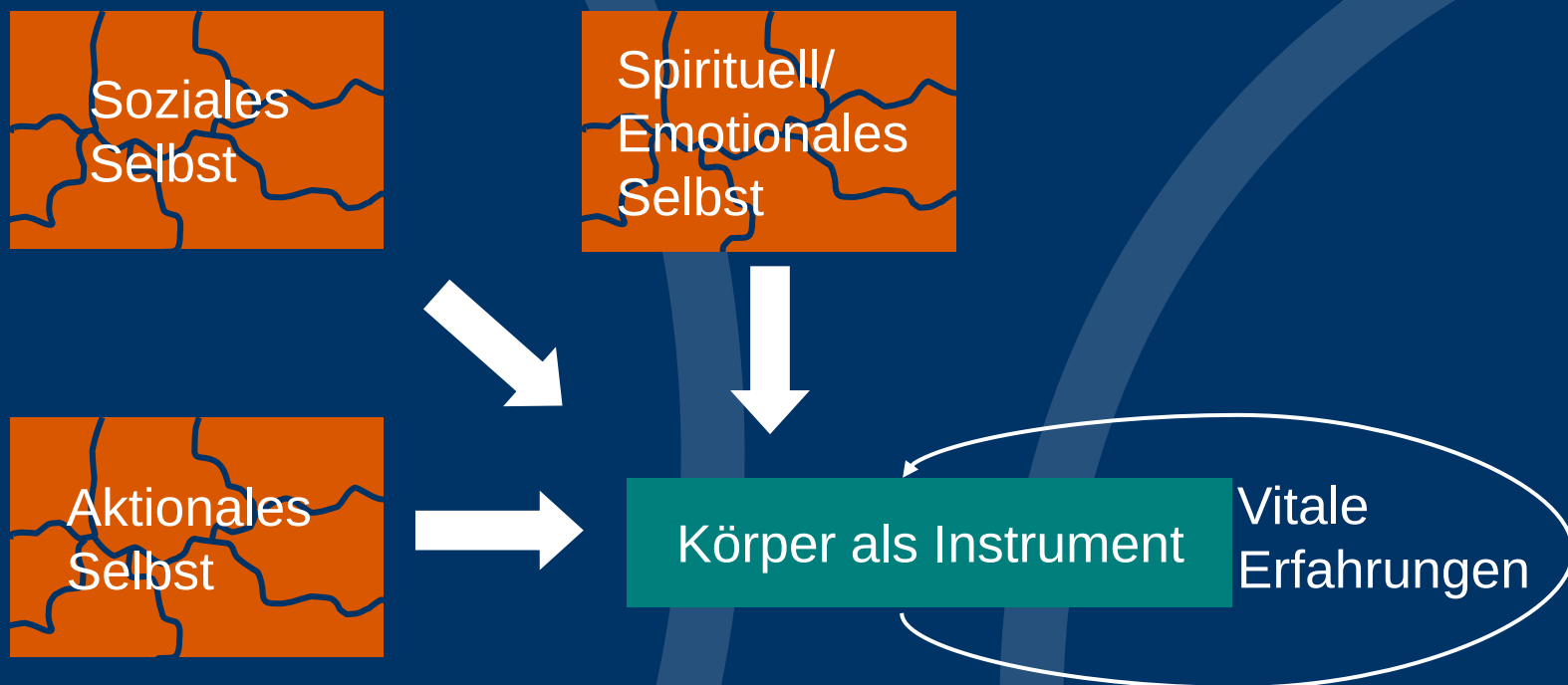
- Unverständnis gegenüber eigenen Gefühlen
- Negative Gefühlsmischungen
- Negative Erwartungen:
 Person/Zukunft/Schicksal
- Gefühl der Sinnlosigkeit/Leere



Körperselbst

- Negative Besetzung
- Entfremdung
- Instrumentalisierung





Wirkung gegen: Identitätsverlust
Dissoziation
Angst vor Selbstverlust

Prognose selbstverletzender Verhaltensweisen

- Suizidale und Selbstverletzungsimpulse bleiben stabil, Handlungen häufig reduziert (Sabo et al., 1995)
 - Fluktuerender Typus
 - Typus mit seltenen einzelnen SVV
 - Typus mit kontinuierlich abnehmenden Selbstverletzungen
- Symptomshift (z. B. bulimische Symptomatik)
- Syndromshift (z. B. Essstörung, Suchterkrankung, affektive Störung)

Therapeutische Aspekte

- Reduktion lebensbedrohlicher Verhaltensweisen
- Reduktion therapiegefährdender Verhaltensweisen
- Aufbau verbesserter Lebensumstände
- Zuwachs an Coping-Fähigkeiten
 - Steigerung der Affekttoleranz, Minderung des Dissoziationsneigung
 - Erlernen alternativer Stressreduktionsmethoden
 - Stärkung internaler Affektregulationsmechanismen
- Psychotherapie
- Pharmakotherapie

Therapie der Selbstverletzung

- Flexibles multimodales Therapieangebot
- Multiprofessionelles Team
- Einbeziehung der Angehörigen
- Erhalt der Selbstverantwortung
- Flexibles Setting: stationär – teilstationär -
ambulant
(Intervalltherapie)
- Therapeutisches Netzwerk mit Jugendhilfe

Dialektisch-Behaviorale Therapieelemente (DBT)

- Therapiefokus: Emotionsregulation und Validierung, Entwicklung von alternativen Emotionsregulationsstrategien
- Gruppensitzungen sind psychoedukativ: Vermittlung sozialer Kompetenzen, Stresstoleranz, Emotionsregulationsstrategien
- Einzelsitzungen: Akzeptanzvermittlung (Validierung), Problemlösefähigkeiten, Kommunikationsstrategien

Psychodynamische Therapieelemente der Selbstverletzung

- * Emotionale Neuerfahrung
- * Mentalisierung
- * Traumaverarbeitung

- Sichere Beziehung
 - Psychodynamisches Verständnis
 - Verlässlichkeit
 - Klare Grenzen
 - Kontingenz
- Containing („professionalisierte Empathie“)
- Aktion vs. Sprache
- Zukunftsperspektive
- Biographische Rekonstruktion / Integration
- Geduld, Bescheidung