

Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter

Lara Bonk

Matrikelnummer: 22002822

Gliederung

- Darstellung Störung (DSM-5)
- Klassifikation
- NSSV und Suizidalität
- Ätiologie
- Funktionen
- Verhalten bei Erstkontakt
- Diagnostik
- Komorbidität
- Dialektisch-Behaviorale Therapie
- Therapeutisches Vorgehen



Stigmatisierung

Alle Menschen die sich
"Ritzen" haben
Borderline

Selbstverletzung nur
für Aufmerksamkeit

NSSV – Darstellung Krankheitsbild

- Definition (DSM 5)
- Beginn: Zwischen 14. und 16. Lebensjahr
- Deutlich mehr Frauen als Männer
- Direkte Zerstörung, oder Veränderung des Körpergewebes
 - Ohne suizidale Absicht
 - Nicht sozial akzeptiert
 - Repetitiv (innerhalb eines Jahres =, >5 Mal)
- Schwierigkeiten der Emotionsregulation
- SV = Erlernte Umgangsweise mit starken, aversiven Emotionen
- Nach SV = Entlastung der Negativen Emotionen

-
- Einmalige SV = nicht pathologisch
 - Repetitives Verhalten = pathologisch
 - Häufigste Methode: „Ritzen“/Schneiden mit spitzen, scharfen Gegenständen
 - Weitere Methoden: Verbrennungen, Kratzen, Beißen, Reiben, sich Schlagen, abhalten der Heilung einer Wunde
 - Gegenstände: Messer, Scheren, Rasierklingen, Skalpelle, Scherben, CD's, Deo, Haarspray, Herdplatte, Feuer
 - Wo?: Unterarme, Oberarme, Handgelenke, Beine, Bauch, Brust, Geschlechtsorgane

Klassifikation (DSM 5)

- Nicht formal anerkannte Diagnose
- Keine suizidale Intention
- Ausschluss sozial oder kulturell akzeptierter SV
- SV an mind. 5 Tagen innerhalb 1 Jahr
- Verletzung der Körperoberfläche
- kleiner, moderater Schaden

- Erwartung
 - Verbesserung des Gefühlszustandes
 - Lösung interpersonellen Schwierigkeit

Keine NSSV

- Schwach ausgeprägte Formen
 - Nägelkauen
- Sozial akzeptierte Formen von SV
 - Piercings, religiöse und kulturelle Handlungen)
- SV während psychotischer Zustände, Delirium, Intoxikationen, Substanzmissbrauch
- SV in Zusammenhang mit Entwicklungsstörung
- SV durch andere psychische, oder medizinische Erkrankungen erklärbar

NSSV und Suizidalität

- Was ist Suizidalität?
 - „Der Wunsch durch ein Verhalten das Leben zu beenden“ = Suizidale Intention
 - Suizidgedanken
 - Vorbereitung zu suizidalen Handlungen (+ unterbrochener, abgebrochener Suizidversuch)
 - Suizidversuch
 - Vollendeter Suizid
 - NSSV geschieht ohne Suizidale Absicht !!
- > Ist aber ein Risikofaktor für die Entwicklung von suizidalen Verhalten

Unterscheidungsmerkmale

	NSSV	Suizidales Verhalten
Intention	Kein Wunsch zu sterben	Wunsch zu Sterben
Frequenz	Häufigere Verletzungen	Weniger suizidale Handlungen
Methoden	Mehrere Unterschiedliche	Bestimmte
Reaktionen der Umwelt	Unverständnis und Zurückweisung	Anteilnahme und Besorgnis

Komorbidity

- Depressive Störung
- Soziale Phobie
- PTBS
- BPS

BPS und NSSV

- Gemeinsamkeiten = Schwierigkeiten in der Emotionsregulation
- SVV ist 1/9 Symptomen der BPS
- Ein großer Teil der BPS Patienten verletzt sich selbst
- Kleiner Teil von Jugendlichen mit NSSV erfüllen alle Kriterien für eine BPS

Ätiologie

- Genetische Prädisposition zur emotionalen Reaktivität
- Inter- und intrapersonelle Schwierigkeiten
- Geringe soziale Unterstützung
- Schlechte Beziehungsqualität
- Geringer Selbstwert
- -> inadäquater Umgang mit Stress

- Risikofaktoren
 - Traumatische Kindheitserlebnisse (Missbrauch, Misshandlung)
 - Identifikation mit einer Jugendkultur
 - Feindseligkeit/Kritik (seitens der Eltern)

Funktionen

Affektregulation

Anti-Dissoziation

Anti-Suizid

Interpersonelle Beeinflussung

Selbstbestrafung

„sensation-seeking“

Funktionen

4 – Funktionen – Modell
(Nock, Prinstein)

	Intrapersonell	Interpersonell
POSITIV VERSTÄRKEND	Besser fühlen (Kick, Euphorie)	Auferksamkeit, Zugang zu Ressourcen, Zuwendung
NEGATIV VERSTÄRKEND	Beenden eines aversiv Erlebten Zustandes (Verlust Körpergefühl, Dissoziation, Wut)	Umstände beeinflussen (Trennung vermeiden), aus unerwünschten sozialen Situation zurückziehen

Verhalten bei Erstkontakt

• **Do's**

- Ruhig und mitfühlend, urteilsfrei
- Akzeptanz für die Person vermitteln
- Sprache anpassen
- Verständnis für Begründung von NSSV

• **Don'ts**

- Panik, Schock, Ablehnung
- Drohungen aussprechen
- Übertriebene Form von Interesse und Aktionismus
- Sich zur*m Geheimnisträger*in machen

Diagnostik

1. Respektvoller, neutraler Umgang
2. Abfrage von Suizidalität
3. Akute Wundversorgung, körperliche Untersuchung, Impfstatus
4. Erfassen von
 - Methode
 - Lokalisation
 - Angewendete Gegenstände
 - Häufigkeit
 - Körperliche Komplikationen, Schmerz (Analgesie)
 - Alter bei Beginn
 - Verlauf
 - Ort der Durchführung
 - Sozialer Kontext
 - Familiäre, außerfamiliäre Einflussfaktoren

5. Explorieren von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen + gemeinsame Analyse mit Patient*in
6. Somatische Abklärung, feste Anbindung an Arzt

- Fragebogen Deutsch: FASM
 - Betroffene Körperbereiche
 - angewandte Methoden
 - Häufigkeit
 - Funktion

Dialektisch Behaviorale Therapie

- Beliebteste Therapieformen
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Dialektisch-Behaviorale-Therapie für Adoleszente
- Einzeltherapie
- Familiengespräche
- Fertigkeiten-Training in einer Gruppe
- 16 Wochen
- Reduzieren der Selbstverletzung

Therapeutisches Vorgehen

- Therapeut*in-Klient*in-Beziehung = vertrauensvoll und gut
- Patient*in Situation:
 - vorher meist negative Beziehungserfahrungen -> eher zurückhaltend im Kontakt
 - Hoher Anspannungszustand -> Schwierigkeiten über Gedanken, Empfindungen, Gefühle zu sprechen
- Grundhaltung Therapeut*in:
 - respektvolle Neugier
 - Geduldig, ruhig, vorurteilsfrei, verständnisvoll

Literaturverzeichnis

Nitkowski, D. / Petermann, F. (2009): Instrumente zur klinischen Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 57. Jg., Heft 3, 215-226

Plener, P. (2015): Suizidales Verhalten und nicht suizidale Selbstverletzungen. Berlin: Springer

Schneider, S. (Hrsg.), Margraf, J. (Hrsg.) (2019): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. 2. Aufl. Berlin: Springer