

Selbstverletzendes Verhalten im Kontext mit Psychiatrischen Erkrankungen

Forum Jugendhilfe
Landratsamt Würzburg
08. März 2017

Jürgen Seifert

Gliederung

- Einleitung
- Begriffsbestimmung
- Definition, Klassifikation, Prävalenz
- Ursachen und Risikofaktoren
- SVV als Symptom psychischer Erkrankungen (Beispiele und Differentialdiagnostik)
- Therapieansätze

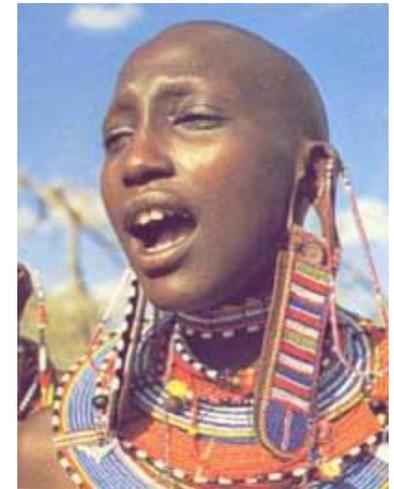
Einleitung

Selbstschädigendes Verhalten stellt kein aktuelles Phänomen dar. Es ist als Variante menschlichen Handelns bekannt:

- kulturelle Traditionen (*sozial akzeptiert und in der Ausführung kontrolliert*).
- **Unterscheidung von 5 Formen:** Körperschmuck, Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, Übergangsrituale der Adoleszenz, religiöse Riten bzw. spirituelle Handlungen, Gesundheit und Heilung

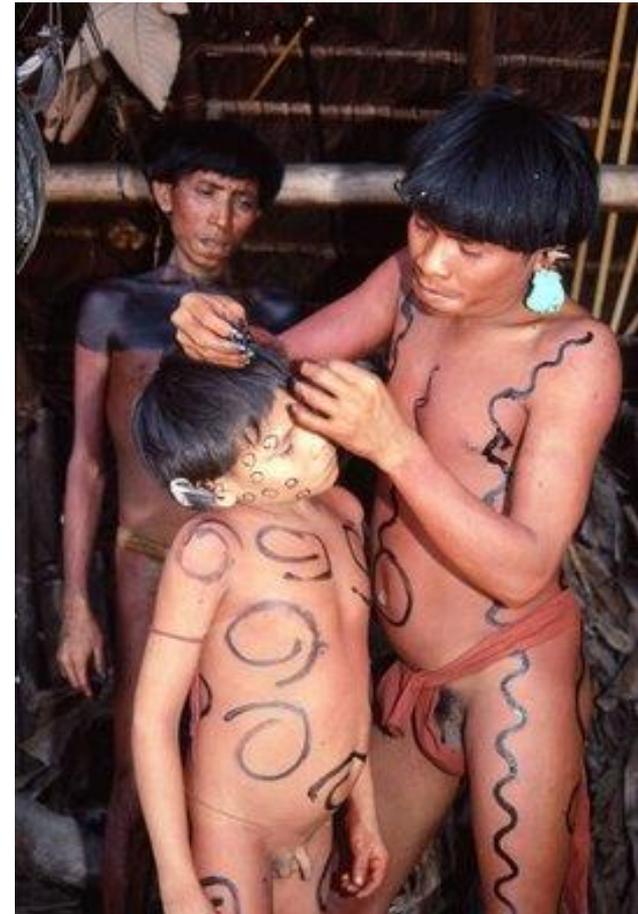
Einleitung

Körperschmuck in Form von Tätowierungen, Narben und Piercings, z. B. bei den Maori, Langhalsfrauen in Thailand, Ohrschmuck bei den Massais oder Tellermund bei Mursi-Frauen



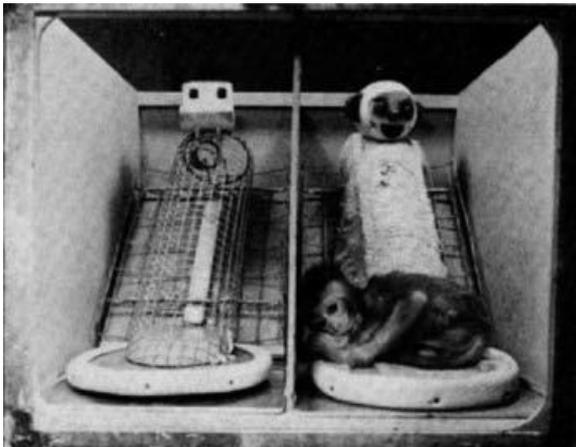
Einleitung

Übergangsrituale der Adoleszenz in Form von Zähne ausschlagen, Versehen großer Hautbereiche mit Narben als Symbol der Aufnahme ins Erwachsenenalter, als Symbol für Tapferkeit und Stärke sowie Akzeptanz der Regeln der Gemeinschaft



Selbstverletzendes Verhalten bei Tieren

- Deprivation, Isolierung



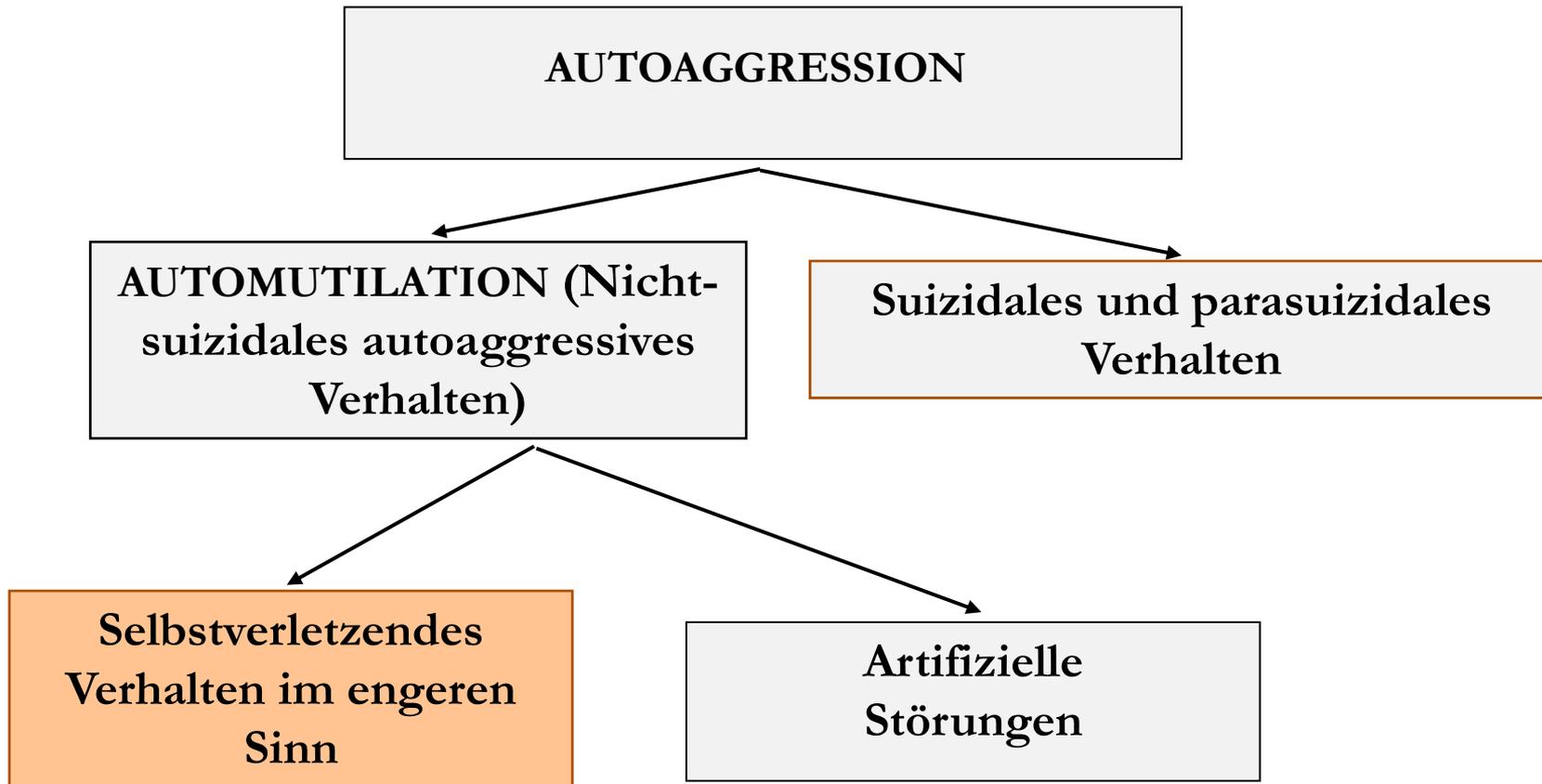
Harlows aus Draht und aus Frottee gearbeitete Ersatzmütter
(Harlow 1958)

- Negativer Stress in verschiedenen sozialen Situationen (Revierkämpfe u.a.)

Begriffsbestimmung

- **Selbstverletzendes Verhalten** ist gleichbedeutend mit einer *funktionell motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers*, die in direkter und offener Form geschieht, *sozial nicht akzeptiert* ist und *nicht* mit suizidalen Absichten einhergeht (Petermann & Winkel, 2009).
- Selbstverletzendes Verhalten weist viele Erscheinungsformen auf und tritt sowohl ohne als auch im Rahmen verschiedener psychischer Störungen auf.

Begriffsbestimmung



Schema der Terminologie selbstschädigenden Verhaltens nach Hänsli (1996) aus Petermann & Winkel (2009)

Selbstverletzendes Verhalten

Klassifikationen folgen unterschiedlichen quantitativen und qualitativen Einteilungskriterien: z.B.

- Pattison: DSH = deliberate self-harm syndrome (multiple Episoden und Formen SVV)
- Lacey und Evans: multiimpulsives Störungsmuster in Zusammenhang mit Drogenabusus, Promiskuität, Essstörungen u.a. impulshaften Störungen mit vorübergehenden Kontrollverlusten

Klassifikation nach Simeon & Favazza (2001)

- **Schwere Selbstverletzungen:** zu Verstümmelungen führende und potentiell lebensbedrohliche Selbstverletzungen wie Autoenukleationen, Selbstkastrationen und Selbstamputationen → meist bei *Psychosen, Intoxikationen, Drogen* u.a.
- **Stereotype Selbstverletzungen:** rhythmisch wiederholte, gleichförmig und starr ablaufende Selbstverletzungen → bei geistig behinderten (Intelligenzminderung) und hospitalisierten (Deprivation) Menschen
- **Zwanghaftes selbstverletzendes Verhalten:** leichte selbstverletzende Verhaltensweisen wie Nägelkauen, Ausreißen von Haaren
- **Impulsives selbstverletzendes Verhalten:** Schneiden, Ritzen etc.

Prävalenz

- Prävalenz von Selbstschädigenden Verhaltensweisen (keine Unterscheidung zwischen selbstverletzenden Verhalten und Suizidalität) in einer Schülerstichprobe von Hawton, Rodham & Evans (2008) bei 6.020 untersuchten Schülern

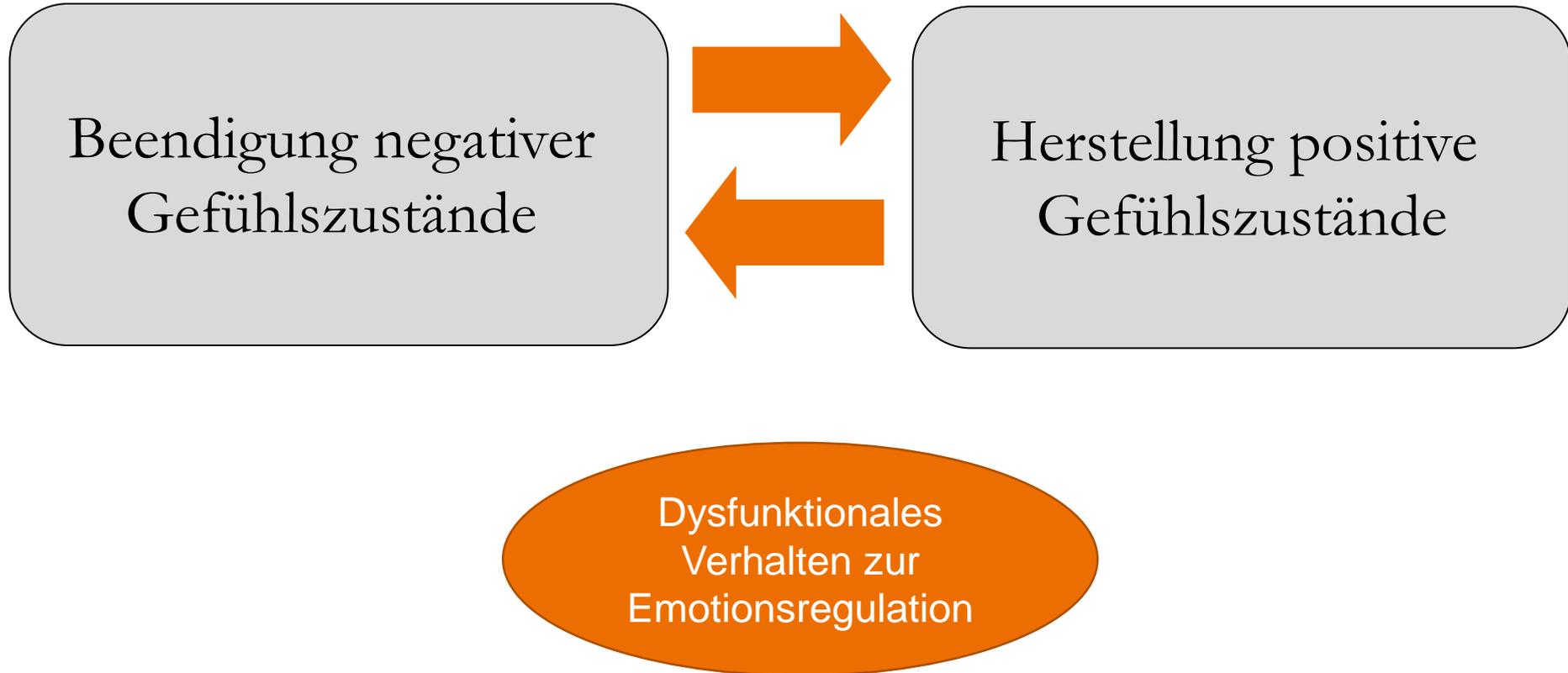
	männlich	weiblich
Im letzten Jahr	4,4 %	13,4%
Lebenszeit	7,0 %	20,2 %

- Methoden: Schneiden (55,3%), Überdosierung (21,6%), Schneiden und Überdosierung (5,8%), Sonstige Methoden (10,6%), Multiple Methoden (6,8%)

Verlauf

- Beginn zumeist in der Adoleszenz oder Präadoleszenz also mit 13 bis 15 Jahren, Einstiegsalters im Mittel bei 14 Jahren
- Häufigkeitsgipfel im Alter von 18-24 Jahren
- Früher Beginn erweist sich in Hinblick auf Schwere der Selbstverletzungen als prognostisch ungünstig
- Mit zunehmenden Lebensalter (30-40 Jahre) Abnahme der Häufigkeit

Psychische Funktion



Selbstverletzendes Verhalten

Ursachen und Risikofaktoren

- Biologische Risikofaktoren (serotonerge Unterfunktion, dopaminerge Hyperreagibilität, Aktivierung EOS, „hormonelle Hypothese“)
- Kognitive Faktoren („automatische Gedanken“)
- Emotionale Aspekte (Störungen der Emotionswahrnehmung und –regulation; emotionale „Invalidierung“)
- Soziale Faktoren (Konflikte in Familie und sozialem Umfeld, belastende soziale Bedingungen wie z.B. Beengung, Isolation, u.a., Modelllernen)
- Trauma und Mißbrauch

Selbstverletzendes Verhalten

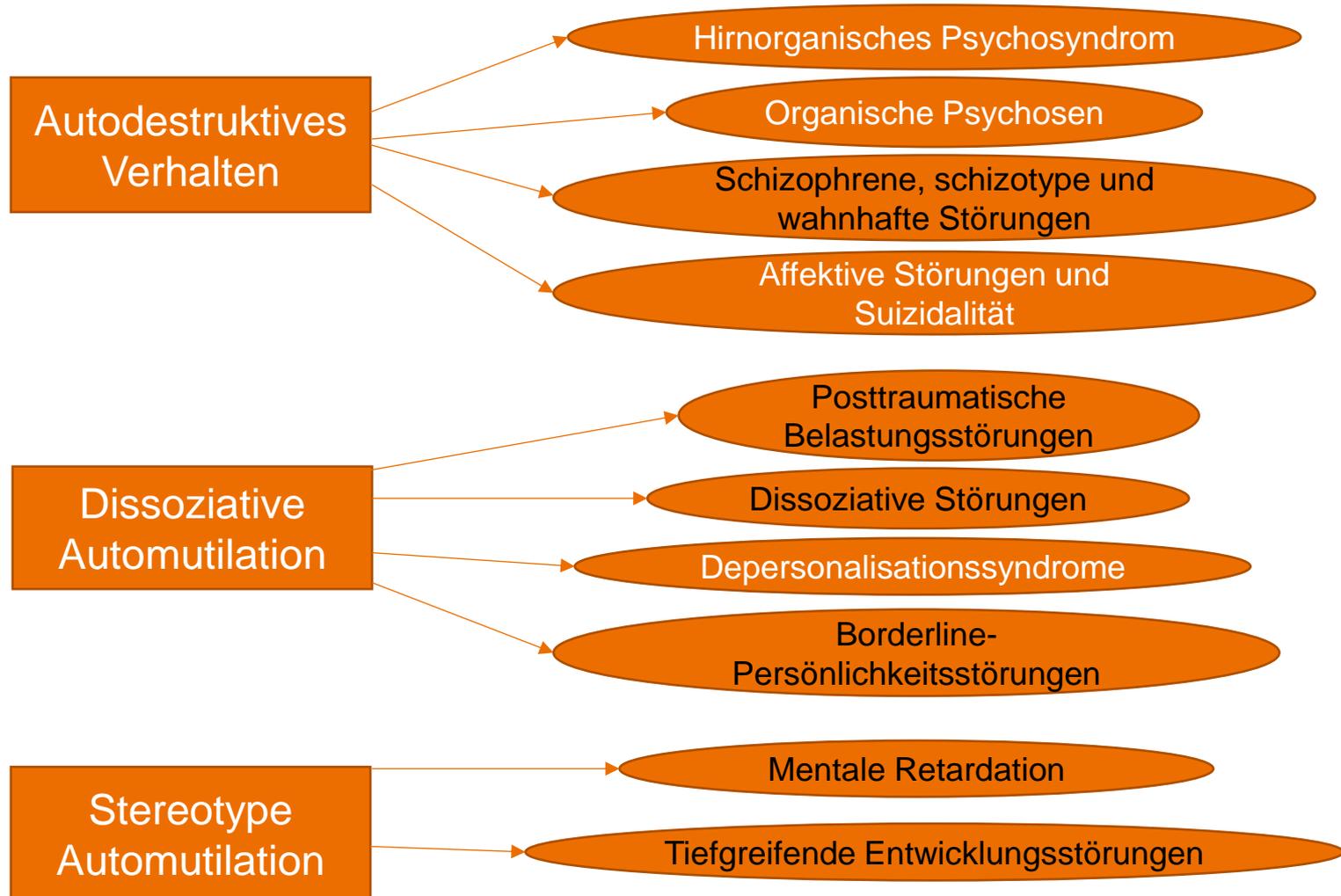
Prävalenzen

• Störungsgruppe	• Prävalenz
Allgemeinbevölkerung	4 – 38%
Borderline- Persönlichkeitsstörung	73 – 90%
Schizophrenie	26 – 51,5%
Depression	10 – 20%
Essstörung	ca. 35%
Posttraumatische Belastungsstörung	50 – 67%

Selbstverletzendes Verhalten als Symptom einer Psychischen Erkrankung

- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Dissoziative Störungen
- Depersonalisationssyndrome
- Schizophrene Psychosen
- Hirnorganische Psychosyndrome
- Affektive Störungen und Suizidalität (Depressive und bipolare Episoden)
- Essstörungen
- Zwangs- und Angststörungen
- Abhängigkeits-/Suchterkrankungen
- Störungen des Sozialverhaltens

Kinder- und Jugendpsychiatrische Störungen mit gehäuftem selbstverletzenden Verhalten (nach Resch, 2001)



Borderline-Persönlichkeitsstörung

diagnostische Kriterien DSM-IV

- Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginiertes Alleinsein zu verhindern
- Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen
- Identitätsstörung
- Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Substanzmissbrauch, sexuelle Beziehungen)
- Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen, oderversuche oder selbstverletzendes Verhalten
- Affektive Instabilität
- Chronisches Gefühl der Leere
- Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut und Arger zu kontrollieren
- Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Erwartungen die bei Borderline- Patientinnen mit SVV in Zusammenhang stehen (nach Kleindienst et al. 2008)

- Spannungsreduktion
- Reduktion unangenehmer Gefühle
- Selbstbestrafung
- Wiedererlangung von Kontrolle
- Den Körper wieder spüren
- Wiedererlangung des Realitätsgefühls
- Zuwendung bekommen
- Stimmung auf ein angenehmes Niveau heben
- Das eigene Leiden zeigen
- Konzentrationsverbesserung
- Erlangung einer Art Rausch/Kick
- Erleben eines Lustgefühls

Dissoziative Störungen

- Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen... Störungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen..., des Identitätsbewußtseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen (ICD 10).
- Ursache: Überforderung, Traumatisierung

Dissoziative Störungen

- SVV als Mittel um dissoziative Zustände zu beeinflussen oder zu beenden
- Dissoziative Zustände erleichtern ggf. durch Minderung der Schmerzempfindung das SVV
- Die Dissoziation kann die – erwünschte oder unerwünschte – Folge von selbstverletzendem Verhalten darstellen
- Gemeinsame Vulnerabilitätsfaktoren (wie eine unsichere Mutter-Kind-Bindung) können die hohe Komorbidität der beiden Störungen bedingen

PTSD: Dimensionen der Symptomatik



- 1) **Wiedererleben** des Traumas
(Wiederinszenierung im Spiel, Zeichnungen, verbal)
- 2) **Vermeidung** von Schlüsselreizen, -situationen
- 3) **emotionale Taubheit** oder **emotional negative Aktivitäten und Rückzug**, sowie **autonome Übererregung**

PTSD: Symptomatik (1)

Angst:

- vor und in Situationen, die an das Trauma erinnern,
 - vor Gegenständen oder Personen,
 - nicht selten mit Panikattacken kombiniert
-
- vor Dunkelheit, dem alleine schlafen,
 - Trennungsangst, Somatisierungsbeschwerden
 - Übermäßige Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit



PTSD: Symptomatik (2)

Schlafstörung:

- Alpträume, die Aspekte des Traumas beinhalten
- häufige unspezifische Alpträume
- Ein- und Durchschlafstörungen



PTSD: Symptomatik (3)

Kognitive Auffälligkeiten:

- Suche nach einem Sinn des Traumas
- Schuldzuweisungen
- Eigenverantwortlichkeit
- negative Zukunftserwartung
- kein Vertrauen mehr in Bezugspersonen
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- u.a.

PTSD: Symptomatik (4)

Verhaltensauffälligkeiten:

- Vermeidungsverhalten (Ort, Personen und Situationen), deutlich seltener bei Kindern
- Entwicklungsrückschritte (Spiel- Sprachfähigkeit, Sauberkeit)
- **(auto)aggressives Verhalten**
- **Verlust der Impulskontrolle**



Selbstverletzendes Verhalten

- Intelligenzminderung (Geistige Behinderung)
- Autismus (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen)
- Angeborene Syndrome (z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom)



Autoaggressionen bei Mehrfachbehinderung/Deprivation



Assoziierte Symptome bei selbstverletzendem Verhalten (Petermann&Winkel, 2009)

- Impulsivität
- Affektive Instabilität
- Spannungszustände
- Ängstlichkeit
- Dissoziative Zustände
- Sich aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks)
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa)
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
- Substanzmißbrauch

Psychische Funktion

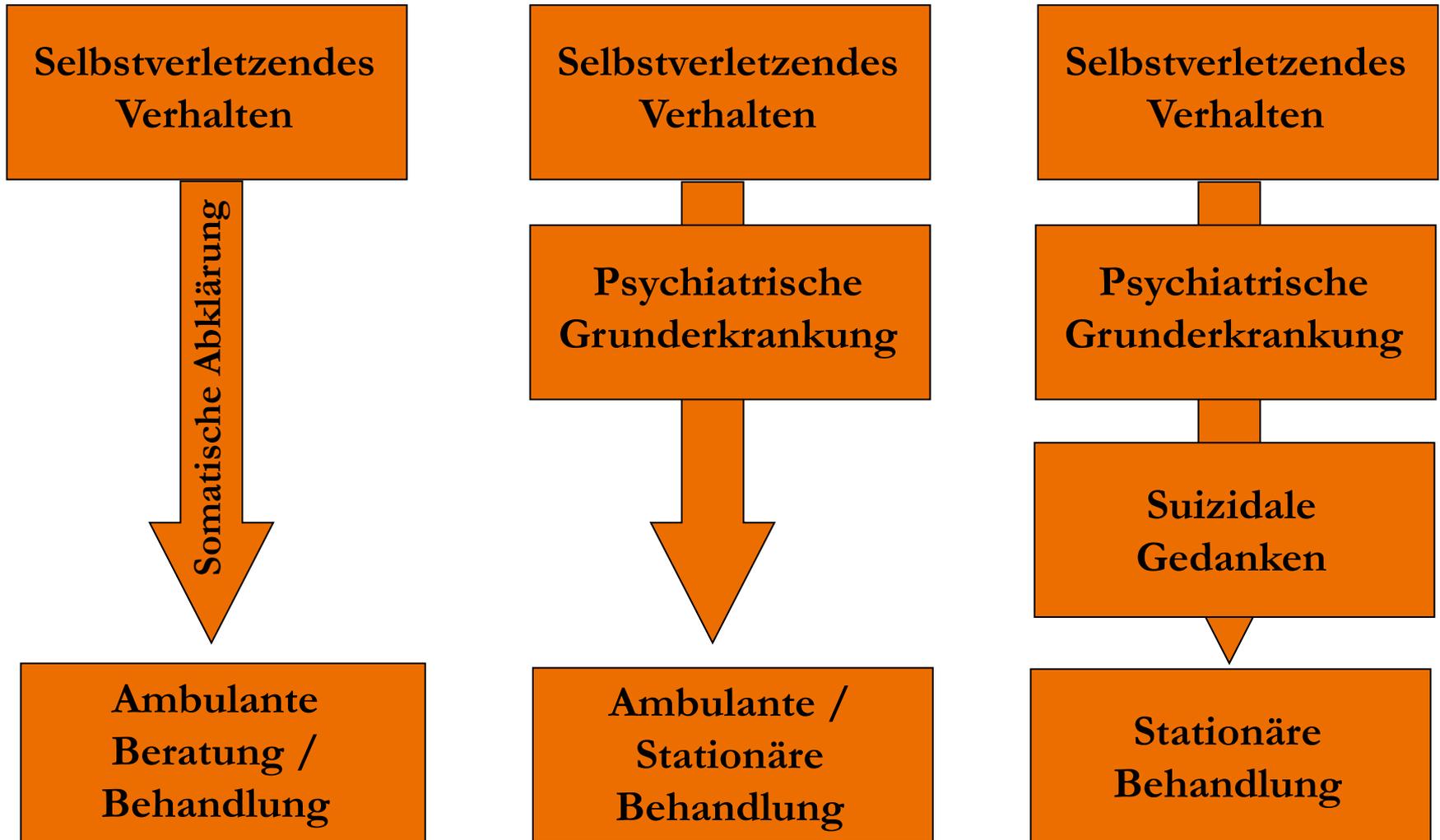
Untersuchung von Briere & Gil (1998) sowie Nixon et al. (2002) → inhaltliche Faktoren bei Jugendlichen

- **Selbstregulation** (Gefühlserkennung, -ausdruck, -kontrolle; Selbstbestrafung, -fürsorge, Identitätsfindung)
- **Bewältigung von Lebensereignissen** (vergangene oder aktuelle, traumatische Erlebnisse mit überwältigender Angst, Wut, Trauer; Kontrolle von „Dissoziationen“ oder Suizidgedanken u.a.)
- **Soziale Funktion** (Kommunikation, Aufmerksamkeit, Zuwendung, Regelung von Nähe und Distanz, Vermeidung, Gruppenzugehörigkeit u.a.)

Differentialdiagnosen/Abgrenzungen

- **Suizidalität:** primärer Wunsch zu Sterben
- **Artifizielle Störung** (Münchhausen Syndrom):
 - Erfinden oder Verschlimmern von Krankheitssymptomen um die Krankenrolle zu erlangen
 - Erfinden und Erzählen nicht wahrheitsgetreuerer „Krankheitsgeschichten“, z.T. unter Angabe falscher Namen und Verfälschung der Biographie
 - Häufiges Wechseln von Ärzten und Krankenhäusern

Therapie



Therapieansätze

- Psychotherapeutisch (kognitiv-verhaltenstherapeutisch und/oder tiefenpsychologisch)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- Psychopharmakologisch

DBTA

Dialektisch Behaviorale Therapie für Jugendliche

(vgl. Fleischhacker et al., 2005, S. 115)

Schwierigkeiten	Fertigkeiten
Identitätsstörung	Achtsamkeit
Impulsivität	Stresstoleranz
Emotionale Instabilität	Emotionsregulation
Zwischenmenschliche Probleme	Zwischenmenschliche Fertigkeiten
Jugendspezifische Dilemmata	Walking the Middle Path

Therapie

Modell zur Orientierung für eine Psychopharmakologische Behandlung (mod. nach Kapfhammer, 2003, S.152, zit. nach Plener et. al, 2009)

1. Psychopharmaka behandeln die dem selbstverletzenden Verhalten zugrundeliegende Störung, z. B. Psychose.
2. Psychopharmaka beeinflussen die mit dem selbstverletzenden Verhalten assoziierten Symptome bzw. Symptomcluster.
3. Psychopharmaka beeinflussen das selbstverletzende Verhalten direkt.

Therapie

Behandlungsschritt	Psychopharmakologische Intervention	Zielsymptome
Stufe 0 (Bedarfsmedikation oder PRN in Akutsituationen)	Niedrigpotente Neuroleptika (primär sedierend)	Akute Spannungszustände, „Ritzdruck“, aggressive Impulsdurchbrüche, Schlafstörungen
Stufe 1	Atypische Neuroleptika	Spannungszustände, Impulskontrolldefizite, affektive Labilität, Angst, depressive Zustände, Schlafstörungen, Suizidgedanken, anorektische Symptomatik
Stufe 2	SSRI	Depressive Zustände, Flashbacks, Zwänge, Angst, bulimische Symptomatik, Impulskontrolldefizite
Stufe 3	Opiatantagonisten	Suchtartiger Charakter des SVV, dissoziative Zustände
Stufe 4	Mood stabilizer	Aggression, Störungen der Impulskontrolle, affektive Labilität, chronische Suizidalität

Libal, G. & Plener, P.L. (2008). Pharmakotherapie selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter (S.165-194). In R. Brunner & F. Resch (Hrsg.). Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Literatur zum Thema



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit