

Zur Diskussion gestellt

# Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose

## Implikationen des DSM-5 Vorschlages für Forschung und Klinik selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen

Paul L. Plener<sup>1</sup>, Nestor D. Kapusta<sup>2</sup>, Michael G. Kölch<sup>1</sup>,  
Michael Kaess<sup>3,4</sup> und Romuald Brunner<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm, (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. J. M. Fegert), <sup>2</sup>Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien (Ärztlicher Direktor: Univ. Prof. Dr. S. Doering), <sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. F. Resch), <sup>4</sup>Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne, Australia (Executive Director: Prof. Dr. Patrick McGorry)

**Zusammenfassung.** Selbstverletzendes Verhalten stellt in den Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10 ein Symptom der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) dar. In den letzten Jahren konnte empirisch gezeigt werden, dass selbstverletzendes Verhalten auch unabhängig von einer BPS etwa bei depressiven Störungen oder auch bei Jugendlichen ohne klassifizierbare Psychopathologie auftritt. Die wissenschaftliche Diskussion um eine eigenständige diagnostische Kriterienbildung für dieses Phänomen führte nun zu einem Vorschlag zur Neuaufnahme einer Diagnose mit der Bezeichnung «Nicht-suizidale Selbstverletzung» in das sich in Entwicklung befindliche DSM-5. Vor dem Hintergrund aktueller Untersuchungen zur Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen in Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass ca. 4 % der Jugendlichen im mittleren und späten Adoleszenzalter das Kriterium A (mindestens fünf selbstverletzende Handlungen in den vorausgegangenen 12 Monaten) der vorgeschlagenen Störung im DSM-5 erfüllen. Eine auf empirische Untersuchungen basierende Klassifikation selbstverletzender Handlungen wird sowohl für die Forschung, wie auch für die Behandlung und zur Implementierung von Präventionsmaßnahmen hilfreich sein.

**Schlüsselwörter:** Selbstverletzendes Verhalten, DSM-5, Jugendliche, Selbstschädigung, Suizidalität

**Abstract.** *Non-suicidal self-injury as autonomous diagnosis – implications for research and clinic of the DSM-5 proposal to establish the diagnosis of Non-Suicidal Self-Injury in adolescents*

In both classificatory systems DSM-IV and ICD-10 self-injury is a symptom of borderline personality disorder (BPD). But it has been shown empirically that self-injury can also occur independent of BPD, for example, as a component of depressive states or even in adolescents without classifiable psychopathology. The scientific discussion about future diagnostic criteria recently led to a proposal to include Non-Suicidal Self-Injury as an independent disorder in the upcoming DSM-5 classification system. Based on recent epidemiological studies of adolescents in Germany, one may assume that approximately 4% of all youths in middle to late adolescence would fulfill the prevalence criterion (criterion A) of the proposed DSM-5 disorder (that is, at least five self-injury incidents within the previous 12 months). A precise classification of Non-Suicidal Self-Injury based on empirical research is needed to further the research, treatment, and prevention of this diagnosis.

**Keywords:** nonsuicidal self-injury, DSM-5, adolescents, deliberate self-harm, suicidality

## Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten, definiert als freiwillige, direkte, repetitive Zerstörung von Körpergewebe, die nicht suizidal intendiert und nicht sozial akzeptiert ist (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007; Nitkowski & Petermann, 2009), ist ein häufiges Phänomen unter Jugendlichen mit weltweiten Prävalenzraten zwischen 3 und 37 % (Plener, Brunner, Resch, Fegert & Libal, 2010). Auch aus Deutschland wurden eine Lebenszeitprävalenz von 25.6 % unter 15-jährigen (Plener, Libal, Keller, Fegert & Muehlenkamp, 2009) und eine Ein-Jahresprävalenz von 10.9 % für gelegentliches selbstverletzendes und 4 % für repetitives selbstverletzendes Verhalten (Brunner et al., 2007) in eben dieser Altersgruppe berichtet. Während selbstverletzendes Verhalten von 80 % der erwachsenen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) berichtet wird, und 30 % der erwachsenen Patienten mit einer BPS von Selbstverletzungen bereits im Grundschulalter berichteten (Bohus & Schmahl, 2007), zeigt sich in der Allgemeinbevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 5.9 % in einer repräsentativen erwachsenen US-Stichprobe (Klonsky, 2011).

In den letzten Jahren gab es vermehrte Forschungsbemühungen um die Ätiopathogenese von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) besser verstehen zu lernen. Aus dem Bereich der Neurobiologie wurden bisher v. a. Abweichungen im Bereich der endogenen Opiode und im Bereich des serotonergen Systems berichtet. Eindringlich ist hier vor allem der (reversible) Befund einer Hypo- bzw. Analgesie bei länger andauerndem NSSV. Veränderungen der akuten Stressreaktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse wurden kürzlich bei Jugendlichen mit NSSV berichtet (Kaess et al., in press). Im Bereich der psychosozialen Einflussfaktoren wurde als Hauptmotiv für NSSV die Regulation aversiv erlebter affektiver Zustände, sowie die Beeinflussung sozialer Situationen genannt (f. einen Überblick zur Ätiologie s. Plener et al., 2010).

Bislang ist selbstverletzendes Verhalten in den Klassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, aktuell: ICD-10) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual der American Psychiatric Association (aktuell: DSM-IV-TR) als Symptom der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erwähnt. Darüber hinaus besteht im Rahmen des multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10 auch die Möglichkeit auf der 4. Achse eine «Vorsätzliche Selbstschädigung» (ICD-10 X77-X79, X88, X84) zu codieren, jedoch ohne, dass diese Gruppe genauer definiert worden wäre, weshalb diese Kategorie im klinischen Alltag häufig nicht verwendet wird. In den letzten Jahren wurde in mehreren Veröffentlichungen (Muehlenkamp, 2005; Plener et al., 2010) vermehrt das Anliegen formuliert, selbstverletzendes Verhalten als eigenständiges Symptom, losgelöst von der Diagnose einer BPS kodieren zu können, da ein Auftreten selbstverletzender Handlungen auch außerhalb dieses Störungsbildes be-

obachtet wurde. Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten erfüllen auch im klinischen Kontext nicht immer die diagnostischen Kriterien einer BPS, im Sinne eines «Vollbildes». In einer Studie bei stationär psychiatrisch behandelten Jugendlichen wurde das Vorliegen einer BPS nur bei etwa der Hälfte aller Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten beschrieben (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). In einer aktuellen Studie wurden 571 ambulant behandelte, erwachsene, psychiatrische Patienten in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten und das Vorliegen einer BPS untersucht (Selby, Bender, Gordon, Nock & Joiner, in press). Dabei zeigte sich, dass eine Gruppe mit selbstverletzendem Verhalten und hohen Depressions- und Angstscores sowie einem niedrigen Funktionsniveau identifiziert werden kann, die nicht die Kriterien einer BPS erfüllt. Im Vergleich zur Gruppe mit einer Kombination aus NSSV und einer BPS fanden sich in dieser Gruppe weniger Fälle von Missbrauch in der Vorgeschichte und mehr männliche Patienten (Selby et al., in press). Auch außerhalb des klinischen Kontextes fanden sich bei einer schulbasierten Erhebung bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten, die die Diagnose einer BPS rechtfertigen (Stanford & Jones, 2009). Daneben gibt es Überlegungen und Ansätze, bereits sub-syndromale Ausprägungen einer BPS im Jugendalter zu diagnostizieren und zu behandeln (Chanen, Jovev, McCutcheon, Jackson & McGorry, 2008). In einer solchen Kategorie könnten sich die oben genannten Gruppen an Jugendlichen mit NSSV eventuell wieder finden. Jedoch ist der Zusammenhang von NSSV und sub-syndromaler bzw. dimensionaler BPS momentan noch nicht hinreichend empirisch untermauert.

Als bislang längstes zeitliches Follow-up ist die Studie von Hankin und Abela (2011) zu werten. Diese verfolgten 103 Jugendliche zwischen 11 und 14 Jahren über 2 ½ Jahre nach. Dabei zeigte sich, dass 18 % sich in diesem Zeitraum selbst verletzten, 14 % zum ersten Mal innerhalb dieses Zeitraumes. Es zeigte sich die Diskontinuität des Verhaltens (nur 50 % der Jugendlichen, die sich zu Beginn der Studie selbst verletzt hatten, taten dies noch nach 2 ½ Jahren). An Risikofaktoren für die Aufnahme von NSSV in diesem Zeitraum konnten das Auftreten einer Depression bei der Mutter und das Vorhandensein negativer Kognitionen bei den Jugendlichen beschrieben werden. Zu den weiteren Prädiktoren zählten eine depressive Symptomatik bei den Jugendlichen und das Fehlen sozialer Unterstützung (Hankin & Abela, 2011).

Von der Arbeitsgruppe um Shaffer and Jacobson (2009b) wurde der Vorschlag gemacht, im DSM-5 erstmalig unter dem Begriff «Nicht-suizidale Selbstverletzung» (s. Kasten 1) eine eigenständige diagnostische Entität einzuführen. Diese Störung wird momentan unter der Kategorie «Sonstige Störungen» geführt und ist bislang noch keiner diagnostischen Gruppe im DSM-5 zugeordnet worden. Shaffer und Jacobson (2009a) argumentieren, dass Selbstverletzung bislang nur im Rahmen einer BPS im DSM-IV repräsentiert sei und es vielfach zu Verwechslungen mit suizidalem Verhalten komme, was sowohl im Hinblick auf pharmakologische Studien als auch bei epidemiologischen Untersuchungen, die diese Dif-

**Kasten 1: Diagnosekriterien der Nicht-suizidalen Selbstverletzung**

(vorgeschlagene DSM-5 Kriterien: Non-Suicidal Self-Injury Disorder ([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); Übersetzung durch die Autoren)

- A. Innerhalb des letzten Jahres hat sich das Individuum an 5 oder mehr Tagen absichtlich selbst eine Schädigung an der Körperoberfläche zugefügt, in einer Weise, die Blutungen, Quetschungen oder Schmerzen wahrscheinlich macht (z. B. Schneiden, Verbrennen, Stechen, Schlagen, die Haut aufreiben), aus Gründen die sozial nicht akzeptiert sind (z. B. Piercing, Tätowierungen, etc.), aber mit der Erwartung ausgeführt wurden, dass die Verletzung nur zu einem kleinen bis moderaten körperlichen Schaden führt. Die Abwesenheit einer suizidalen Intention wird entweder vom Patienten berichtet oder kann aus der häufigen Anwendung von Methoden hergeleitet werden, von denen der Patient aus Erfahrung weiß, dass sie kein letales Potential besitzen (bei Unsicherheiten, sollte mit «nicht näher bezeichnet 2» codiert werden). Das Verhalten ist nicht von gewöhnlicher oder trivialer Natur wie das Zupfen an einer Wunde oder Nägelbeißen.
- B. Die absichtliche Verletzung ist mit mindestens zwei der folgenden Faktoren assoziiert:
  - 1. Negative Gefühle oder Gedanken, wie Depression, Angst, Anspannung, Wut, generalisierter Stress oder Selbstkritik, welche unmittelbar im Zeitraum vor dem selbstverletzenden Akt auftreten.
  - 2. Vor der Durchführung kommt es zu einer gedanklichen Beschäftigung mit der Handlung, wogegen nur schwer Widerstand geleistet werden kann.
  - 3. Ein Druck, sich selbst zu verletzen, tritt häufig auf, auch wenn nicht immer danach gehandelt wird.
  - 4. Die Aktivität wird mit einem Ziel unternommen; das kann Entlastung von einem negativen Gefühl/gedanklichen Zustand oder interpersonellen Schwierigkeiten oder die Induktion eines positiven Gefühlszustandes sein. Der/ die Patient/in antizipiert, dass dies entweder während oder unmittelbar nach der Selbstverletzung eintritt.
- C. Das Verhalten und seine Konsequenzen verursachen klinisch signifikanten Stress oder Beeinträchtigung in interpersonellen, akademischen, oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Verhalten tritt nicht exklusiv während psychotischer Zustände, im Delirium, oder während Intoxikationen auf. Bei Individuen mit einer Entwicklungsstörung, ist das Verhalten nicht Teil eines Musters repetitiver Stereotypen. Das Verhalten kann nicht durch eine andere psychische oder medizinische Erkrankung erklärt werden (z. B. psychotische Störung, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, mentale Retardierung, Lesch-Nyhan-Syndrom).
- E. Nicht-suizidale Selbstverletzung, NNB, (nicht näher bezeichnet) Typ 1, unter Schwellenwert:  
Die/ der Patient/in erfüllt alle Kriterien für die Nicht-suizidale Selbstverletzung, aber hat sich weniger als fünfmal innerhalb der letzten zwölf Monate verletzt. Dies kann auch Individuen einschließen, die trotz niedriger Frequenz des Verhaltens, häufig darüber nachdenken, den Akt auszuführen.
- F. Nicht-suizidale Selbstverletzung, NNB (nicht näher bezeichnet) Typ 2, unklare Intention:  
Die/ der Patient/in erfüllt die Kriterien für die Nicht-suizidale Selbstverletzung, aber besteht darauf, dass zusätzlich zu den unter B4 angegebenen Gedanken auch eine suizidale Intention vorliegt.

ferenzierung nicht erfassen, die Zahl suizidaler Verhaltensweisen falsch hoch erscheinen lasse. Der vorliegende Beitrag referiert die Entwicklung dieser Definition, um anschließend, basierend auf den Daten aus epidemiologischen Studien in Deutschland, eine Prävalenzschätzung für diese neue diagnostische Kategorie innerhalb des DSM-5 vorzunehmen.

## Entwicklung der Idee eines «Selbstverletzungs-Syndroms»

Neben frühen Beschreibungen eines Selbstverletzungs-«Syndroms» (etwa bei Graff & Mallin, 1967; Pao, 1969; und Rosenthal, Ringler & Walsh, 1972) findet sich erstmals Anfang der 80er-Jahre (Kahan & Pattison, 1984; Pattison & Kahan, 1983) ein empirisch begründeter Versuch ein eigenes Syndrom zu definieren, welches als «Deliberate Self-Harm Syndrome» beschrieben wurde. In der deutschsprachigen Literatur wurden diese Ansätze und der Ein-

fluss neurobiologischer Faktoren erstmals durch Resch, Karwautz, Schuch und Lang (1993) diskutiert. Der Definitionsansatz von Pattison und Kahan wurde später von Walsh (2006) aufgegriffen und weiterentwickelt. Die Definition eines Selbstverletzungs-«Syndroms» wurde auch von Muehlenkamp (2005) vorangetrieben, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Unterscheidung zwischen selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen gelegt wurde. Neben einem eigenständigen Symptommuster können nach Muehlenkamp (2005) Aussagen zum klinischen Bild und assoziierten Faktoren (u. a. Alter zu Beginn, Risikofaktoren, Verlauf) gemacht werden. NSSV tritt im Kontext vieler psychiatrischer Krankheitsbilder auf und es konnte gezeigt werden, dass sich Individuen mit selbstverletzendem Verhalten innerhalb der psychiatrischen Krankheitsbilder von jenen ohne selbstverletzendes Verhalten differenzieren lassen. So zeigten innerhalb einer Stichprobe von Patienten mit einer BPS jene Patienten mit selbstverletzendem Verhalten höhere Depressionsscores und ein

höheres Ausmaß an Hoffnungslosigkeit (Muehlenkamp, 2005).

Bislang besteht trotz einer rapide wachsenden Anzahl an Publikationen zu selbstverletzendem Verhalten keine einheitliche Definition, vielmehr findet sich eine Begriffsvielfalt zur Symptomatik selbstverletzenden Verhaltens (Skegg, 2005), die mitunter auch die Vergleichbarkeit von Studien deutlich behindert (Plener et al., 2009, 2010). Während sich in den USA zunehmend der Begriff des «Non-Suicidal Self-injury» (NSSI) (f. eine aktuelle Diskussion s. Nock, 2010) durchzusetzen scheint, findet sich in Publikationen aus Großbritannien und auch aus mehreren anderen europäischen Ländern im Rahmen der «Saving and Empowering Young Lives in Europe» (SEYLE) Studie (Wasserman et al., 2010) der Begriff des «Deliberate Self harm» (DSH), der auf die Definition des CASE Netzwerkes (Child and Adolescent Self-Harm in Europe) zurückgeht (etwa bei Madge et al., 2008). Auch hier liegt vergleichbar der NSSI Klassifikation eine absichtliche Selbstschädigung zugrunde, wiewohl dem Umstand, ob hier durch die/den Betroffene/n Widerstand geleistet wird oder nicht, keine Rechnung getragen wird.

Der Hauptunterschied zwischen der Definition NSSI und DSH besteht darin, dass in der Definition von NSSI Verhaltensweisen mit suizidaler Intention ausgeschlossen werden, während der Begriff DSH keine Unterscheidung in Bezug auf die suizidale Intention der selbstschädigenden Handlung trifft. Aktuell gibt es Bestrebungen auch innerhalb des DSH-Konzeptes eine solche Unterscheidung einzuführen. Hier wird in Verhaltensweisen ohne suizidale Absicht («DSHnd»: Deliberate Self-Harm «No intent to die») und mit suizidaler Absicht («DSHd»: Deliberate Self-Harm «intent to die») unterschieden. Diese beiden Gruppen lassen sich u. a. auch bezüglich ihrer Risikofaktoren unterscheiden. So ist etwa DSH bei einem Familienmitglied ein Risikofaktor für DSH mit suizidaler Absicht (DSHd), während DSH bei peers einen Risikofaktor für nicht-suizidales DSDH (DSHnd) darstellt (Hargus, Hawton & Rodham, 2009). Die Debatte um die Abgrenzung zu suizidalem Verhalten muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass obwohl in den meisten Fällen Menschen mit selbstverletzendem Verhalten kein suizidales Verhalten zeigen (Whitlock & Knox, 2007), es dennoch eine deutliche Überschneidung zwischen der Gruppe der Menschen mit selbstverletzenden Verhalten und suizidalen Verhaltensweisen gibt, sodass selbstverletzendes Verhalten als Risikofaktor für suizidale Verhaltensweisen Beachtung finden muss (Kaess, Brunner & Resch, 2010). Zum Beispiel konnte kürzlich auch in einer Längsschnittstudie gezeigt werden, dass selbstverletzendes Verhalten ein starker Prädiktor (odds-ratio für Suizidversuch: 3.20,  $p = .01$ ) für Suizidversuche im 6-Monats Follow-up depressiver Jugendlicher war (Wilkinson, Kelvin, Dubicka & Goodyer, 2011).

Aufgrund der vielfältigen Definitionen zu diesem Phänomen erscheint es angebracht, einen einheitlichen terminologischen und deskriptiven Klassifikationsstandard für

selbstverletzendes Verhalten voranzutreiben, um auf diesen Standard aufbauend die Zusammenhänge, Unterschiede und Wechselwirkungen zwischen suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen differenziert untersuchen zu können.

## Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen in Deutschland

Zur Prävalenz selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen in Deutschland liegen zwei aktuelle Studien vor (Brunner et al., 2007; Plener et al., 2009), die die Lebenszeitprävalenz bzw. die Ein-Jahres-Prävalenz selbstverletzender Handlungen untersucht haben. In den beiden Studien wurden über 4 und mehr Handlungen als repetitives selbstverletzendes Verhalten definiert, sodass eine annähernde Übereinstimmung zur Mindesthäufigkeit selbstverletzender Handlungen (fünf Handlungen) bei den vorgeschlagenen DSM-Kriterien (s. Kasten 1) besteht. Hier muss jedoch beachtet werden, dass die Häufigkeit in den angegebenen Studien nicht nach Tagen bestimmt wurde.

Hierbei zeigte sich bei Plener et al. (2009), dass 9.5 % der befragten Schüler von 14 bis 17 Jahren angaben, sich innerhalb ihres Lebens 4-mal oder häufiger selbst verletzt zu haben. Innerhalb des letzten Jahres hatten sich insgesamt 19.8 % selbst verletzt, wobei hierbei keine Frequenz abgefragt wurde. In der Befragung von Brunner et al. (2007) zeigte sich bei Schülern mit einem mittleren Alter von 14.9 Jahren ( $SD$ : 0.73), befragt nach der Frequenz selbstverletzenden Verhaltens, eine Rate von 4 % repetitivem ( $\geq 4$  mal) selbstverletzenden Verhaltens innerhalb des letzten Jahres was bezüglich der Frequenzdefinition der für das DSM-5 vorgeschlagenen Klassifikation am nächsten kommt. Bislang unveröffentlichte Daten, die im Rahmen der oben genannten Schulstudie (Plener et al., 2009) mittels des Ottawa Self-Injury Inventory (OSI, Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002) bei Schülern der neunten Klassen erhoben wurden, zeigen ein ähnliches Bild. Hier beantworteten die Teilnehmer die Frage «Wie häufig hast Du Dich in den vergangenen sechs Monaten tatsächlich selbst verletzt ohne dich dabei umbringen zu wollen» mit der in Tabelle 1 dargestellten Häufigkeit.

Von einer konservativen Schätzung ausgehend, dass in der Kategorie «1–5 Mal» kein Teilnehmer sich tatsächlich fünf Mal verletzt hat, wäre bei 3.4 % innerhalb der letzten sechs Monate die in den DSM-5 Kriterien geforderte Frequenz zu finden. Geht man nun davon aus, dass im DSM-5 der Zeitraum, in dem das Verhalten auftritt, auf ein Jahr ausgedehnt ist, ist anzunehmen, dass die Prävalenz dieses Verhaltens bei Jugendlichen in Deutschland tatsächlich über diesem Wert liegt und sich daher auch dem von Brunner und Kollegen (2007) genannten Werten nähert. Diese relativ große Übereinstimmung in



Tabelle 1

*Häufigkeit selbstverletzender Handlungen bei Jugendlichen innerhalb der letzten 6 Monate (n = 653): bislang unveröffentlichte Daten der Ulmer Schulstudie (Plener, Libal, Keller, Fegert & Muehlenkamp, 2009). Die Prozentzahlen in den Klammern beziehen sich bei den Geschlechtern auf die Untergruppe mit selbstverletzendem Verhalten*

Häufigkeit	N (%)	Männlich (%)	Weiblich (%)
nie	560 (85.76)	250 (44.64)	310 (55.36)
1–5 mal	71 (10.87)	24 (33.8)	47 (66.2)
monatlich	13 (1.99)	3 (23.08)	10 (76.92)
wöchentlich	9 (1.38)	4 (44.44)	5 (55.56)
Täglich	0	0	0
Total	653 (100)	281 (43.03)	372 (56.97)

diesen zwei auch methodisch unterschiedlich konzipierten Schulstudien spricht für die Validität der erhobenen Daten. Insgesamt kann also näherungsweise davon ausgegangen werden, dass in Deutschland ca. 4 % der Jugendlichen sich repetitiv selbst verletzt haben. Bezogen auf das Frequenzkriterium der vorgeschlagenen DSM-5-Diagnose (s. Kasten 1) kann hier jedoch aufgrund der gestellten Fragen nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass diese repetitiven Selbstverletzungen an fünf separaten Tagen stattgefunden haben.

Selbstverständlich müssen auch die anderen Kriterien zur Diagnosesicherung berücksichtigt werden (s. Kasten 1), über deren Prävalenz in nicht-klinischen wie auch klinischen Stichproben zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aussagen getroffen werden können.

## Kritische Auseinandersetzung mit der geplanten diagnostischen Kategorie

Angesichts dieser hohen Prävalenzraten, die sich in schulbasierten Studien in Deutschland bei Jugendlichen zeigen, ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit selbstverletzendem Verhalten in der Fachliteratur deutlich unterrepräsentiert.

Von Wilkinson und Goodyer (2011) wurde aktuell die Einführung der DSM-5-Diagnose befürwortet. Sie führen an, dass eine einheitliche Klassifikation die Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten verbessern und damit die Behandlung unterstützen kann. Weiter wird angeführt, dass erst die Einführung einer eigenständigen Entität eine detaillierte Forschung über die Ursachen, den Verlauf und das Ergebnis selbstverletzenden Verhaltens ermöglichen kann, ein Argument, dass auch von Muehlenkamp (2005) ins Feld geführt wurde. Erst über ein durch Forschung begründetes besseres Verständnis können wirksame Therapiestrategien gefunden bzw. optimiert werden.

Trotz dieser offensichtlichen Vorteile der Einführung einer neuen diagnostischen Kategorie müssen jedoch auch mögliche negative Konsequenzen bedacht werden. So kann nach Lane (2007) die Einführung neuer diagnostischer Entitäten unmittelbar mit der Gefahr einer «Psychiatisierung» oder Pathologisierung normalen Verhaltens verbunden sein (Lane, 2007). Hier ist vor allem darauf zu verweisen, dass Selbstverletzungen gerade im Rahmen von (religiösen) Riten eine lange Tradition besitzen, die sich bis in die Antike zurückverfolgen lässt (zur Historie der Selbstverletzung s. Favazza, 1998). Hierbei handelte es sich aber zumeist um sozial akzeptierte Formen (zumindest innerhalb der religiös-kultischen Gruppe) der Selbstverletzung, die jedoch in der vorgeschlagenen Klassifikation ausdrücklich ausgenommen sind. Auch in der Gegenwart sozial akzeptierte Formen einer Schädigung des Körpergewebes, wie etwa Piercings, werden dezidiert aus der Klassifikation ausgeschlossen, sodass hier behauptet werden kann, dass eine «Psychiatisierung» von Verhaltensweisen, die von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert werden, wahrscheinlich nicht stattfinden wird. Dies scheint auch vor dem Hintergrund wichtig, dass Unterschiede in Persönlichkeitseigenschaften zwischen Patienten mit NSSV und solchen mit Piercings und Tätowierungen beschrieben wurden (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005). Piercings waren in dieser Studie positiv korreliert mit Extraversion und Offenheit und negativ mit Gewissenhaftigkeit, während NSSV positiv mit Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit und negativ mit Extraversion und Offenheit korreliert war (Claes et al., 2005). Von Roberti, Storch und Bravata (2004) wurde beschrieben, dass die Zahl an Piercings mit der Zahl an erlebten psychosozialen Stressoren in Verbindung stehen. In einem systematischen Review wurde ein Zusammenhang von Piercings mit Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum beschrieben, allerdings wiesen die Autoren darauf hin, dass in aktuelleren Studien die Effektstärken deutlich schwächer ausfielen, was als Hinweis dafür genommen werden kann, dass Piercings inzwischen als «normales» Verhalten bei Jugendlichen zu werten seien und keinen Devianzmarker darstellen (Bui et al., 2010). Ebenso werden mildere Formen selbstschädigenden Verhaltens wie z. B. Nagelbettreißen (oder -kauen) oder Wunden aufkratzen nicht berücksichtigt. Dies scheint auch vor dem Hintergrund verständlich, dass Prävalenzerhebungen, die u. a. diese Formen eingeschlossen haben sehr hohe Zahlen «selbstverletzenden» Verhaltens (65.9 % bei jugendlichen Probanden) beschrieben haben (Lundh, Karim & Qulisch, 2007) und hier die Trennung zwischen «normalem» und problematischem Verhalten unscharf zu werden scheint. Auch ist neben der Notwendigkeit der Erfüllung des Diagnosekriteriums B (Motive und assoziierte affektive und kognitive Faktoren, s. u.) auch das Kriterium C zu erfüllen. Hier ist das Vorliegen psychosozialer Funktionseinschränkungen gefordert, die sich aus dem selbstverletzenden Verhalten ergeben und zu klinisch bedeutsamen Konsequenzen oder interpersonellen, akademischen oder anderweitigen Einschränkungen geführt haben. Im Gegen-

satz zu den oben geschilderten sozial anerkannten und milden Formen besteht aufgrund der negativen Konsequenzen für die psychosoziale Anpassung bei PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten eine Behandlungsnotwendigkeit, auch wenn sich diese außerhalb des Kontexts bislang klassifizierbarer psychischer Erkrankungen präsentiert.

Zu diskutieren gilt hier auch die Tatsache, dass es im Verlauf der Adoleszenz immer wieder zu passageren Verhaltensdeviationen kommen kann, die per se noch keine psychische Krankheit begründen. So begünstigt im Jugendalter auch die neurobiologisch vorhandene Dysbalance mit verminderten «Kontrollinstanzen» im Gehirn vermehrte Impulsivität und Neugierverhalten mit z. B. erhöhtem Risiko für einen Substanzkonsum (Casey & Jones, 2010). Auch den «Probierkonsum» von Substanzen durch Jugendliche würde man (noch) nicht als psychische Störung klassifizieren. Darüber hinaus findet sich aber bei einigen Jugendlichen ein häufigerer Konsum mit negativen Folgen, der die Stellung einer Diagnose im Sinne eines schädlichen Gebrauchs rechtfertigt. Ein ähnliches Modell würde mit der vorgeschlagenen Klassifikation für NSSV zur Verfügung stehen. Durch die Einführung einer Schwelle wie häufig selbstverletzendes Verhalten aufgetreten sein muss (innerhalb eines Jahres an fünf oder mehr Tagen, s. Kasten 1), sollte die Unterscheidung zwischen repetitivem selbstverletzendem Verhalten und «Probierkonsum» möglich sein. Dies erscheint auch sinnvoll, konnte doch von Brunner und Kollegen (2007) gezeigt werden, dass sich Jugendliche mit repetitivem selbstverletzendem Verhalten bezüglich der Schwere ihrer psychischen Beeinträchtigung von Jugendlichen mit wenig selbstverletzendem Verhalten differenzieren ließen.

Von Stein und Kollegen (2010) sowie von Selby und Kollegen (in press) wurden folgende Kriterien für die Schaffung einer eigenständigen Diagnose angeführt: Verhaltensmuster, die auf eine zugrundeliegende psychische Dysfunktion zurückzuführen sind und klinisch signifikante Konsequenzen haben (Leiden über ein gewöhnliches Maß bei Stress oder Verlust hinaus). Diese Verhaltensmuster sollte nicht primär ein Resultat der Non-Konformität mit der Gesellschaft sein. Vorläufer, prädiktive diagnostische Voraussagemöglichkeit, klinische Anwendbarkeit und eine Differenzierung von diagnostischen «Nachbarn» muss vorhanden sein. Nicht zuletzt müssten die positiven Konsequenzen einer Diagnosemöglichkeit die etwaigen «Schäden» aufwiegen. Für die Diagnose der nicht-suizidalen Selbstverletzung scheinen in der Zusammenschau diese Punkte gegeben.

Folgende Argumente sowie mögliche Gegenüberlegungen für die Einführung einer eigenständigen Störung, wie sie für das DSM-5 angeregt wurde, können hier zusammenfassend formuliert werden:

- Eine Diagnosestellung würde einen Zugang zur Behandlung auch für jene Betroffene mit Veränderungsmotivation erlauben, die derzeit nicht die Kriterien einer anderen psychischen Erkrankung erfüllen. Als Gegenargu-

ment könnte hier herangezogen werden, dass nicht jede erwünschte Behandlung auch gerechtfertigt ist und von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden muss. Als Beispiel sei hier kognitives Enhancement mit Psychostimulanzien außerhalb einer Behandlung einer ADHS angesprochen. Im Falle selbstverletzenden Verhaltens wäre jedoch aufgrund der offensichtlichen Schädigung und des verbundenen körperlichen und psychosozialen Risikos von einer tatsächlichen Behandlungsbedürftigkeit auszugehen, sodass das Gegenargument hier entkräftet werden kann.

- Eine eigenständige Klassifikation selbstverletzenden Verhaltens erlaubt die Entwicklung einheitlicher Instrumente und eine Vergleichbarkeit internationaler Studienergebnisse. Auch könnte die Forschungslücke zwischen den USA und Europa damit geschlossen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, würde jedoch auch die Aufnahme von NSSI in das DSM-5 im Rahmen von Forschungskriterien genügen. Weiters könnte der Einwand erhoben werden, dass eine einheitliche Klassifikation auch durch einen Konsens von Forscherkonsortien (wie etwa der International Society for the Study of Self-injury (<http://www.issweb.org>)) zustande kommen kann und damit kein Argument für eine Klassifikation im Rahmen des DSM-5 besteht.
- Es bleibt fraglich, ob durch die Aufnahme in das DSM-5 ein Fokus erzeugt wird, der Jugendliche dazu veranlasst NSSV zu beginnen oder die Häufigkeit zu steigern, etwa im Sinne des aus der Suizidologie bekannten «Werther Effekts» (vgl. etwa Etzersdorfer, Sonneck & Nagel-Kuess, 1992). Betrachtet man die oben beschriebenen Einflüsse, die NSSV bei Gleichaltrigen haben kann, so ist eine mediale Beschäftigung mit dem Thema sicherlich kritisch zu betrachten. Demgegenüber steht die momentan stattfindende breite Beschäftigung mit dem Thema NSSV in den «neuen» Medien, etwa auf YouTube (s. dazu Lewis, Heath, St Denis & Noble, 2011). Hier ist besonders kritisch zu bemerken, dass die Tendenz vieler YouTube-Videos dazu geht NSSV als «normales» Verhalten darzustellen (Lewis et al., 2011). Hier würde durch eine Aufnahme in das DSM-5 diesbezüglich zumindest ein klares Statement getroffen werden. Es wäre wünschenswert, wenn ähnliche Richtlinien, wie sie etwa für die mediale Berichterstattung von Suiziden postuliert wurden, auch im Bereich NSSV Anwendung finden würden. Letztendlich zeigt aber die derzeitige mediale Abdeckung, dass eine mediale Beschäftigung bereits ohne Diagnose im DSM-5 vorhanden scheint.
- Die Einführung einer eigenständigen Diagnose würde dazu führen, dass Patienten mit selbstverletzendem Verhalten nicht selbstverständlich das «Label» einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus tragen, sondern eine differenziertere Beurteilung stattfinden kann. Problematisch scheint, dass die Diagnose einer BPS einer Vielzahl der jugendlichen Patienten mit selbstverletzendem Verhalten nicht gerecht wird (vgl. Nock et al., 2006), da dieses Verhalten auch

isoliert oder auch in Verbindung mit anderen psychiatrischen Syndromen auftreten kann (s. auch Wilkinson & Goodyer, 2011). Als Gegenargument könnte hier ins Feld geführt werden, dass durch ein solches «Label» ein Zugang zu Therapie eröffnet wird. Dies ist vor allem von Bedeutung, da therapeutische Interventionen aus dem Bereich der BPS wie etwa die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) auch eine gute Wirksamkeit auf selbstverletzendes Verhalten zeigen konnten (Fleischhaker et al., 2011). Auch über eine eigenständige Diagnose könnte jedoch ein solcher Zugang geschaffen werden und spezifischere Interventionen entwickelt werden.

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der wissenschaftlichen Diskussion um selbstverletzendes Verhalten und die Diagnose einer BPS noch eine zentrale Rolle einnehmen wird, ist die zunehmend dimensionale Betrachtung von Persönlichkeitsmerkmalen in der aktuellen Forschung (APA, 2011). So vertreten einige Autoren inzwischen das Konzept eines sub-syndromalen Ansatzes der BPS bei Jugendlichen (Chanen, Jovev et al., 2008). Diese Diagnose dient bisher in erster Linie der Früherkennung und -intervention von Jugendlichen mit Merkmalen einer BPS (hierunter würde auch NSSV fallen), die aber nicht ausreichend diagnostische Kriterien zur Diagnose einer BPS erfüllen (Chanen, Jackson et al., 2008). Hier werden zukünftige Studien weitere Erkenntnisse über den Zusammenhang von NSSV und dimensional Merkmalen der BPS bringen.

- Die bislang vorgeschlagenen Kriterien lassen einige Punkte offen. Während durchaus vorstellbar ist, dass die Ingestion von etwa Rasierklingen oder ätzenden Flüssigkeiten (so sie denn nicht aus suizidalen Motiven heraus unternommen wird) im weitesten Sinn als Beschädigung von Körpergewebe (wenn auch nicht als Beschädigung der Körperoberfläche) gewertet werden können, so finden andere Fälle, die uns auch als Kliniker beschäftigen, wie etwa bei Jugendlichen mit Diabetes die Fehldosierung von Insulin um sich selbst zu schaden, keinen Niederschlag in dieser Klassifikation. Weiters scheinen das Ausmaß der geforderten Beeinträchtigung oder klinisch signifikanten Stress schwer objektiv operationalisierbar. Selbstverständlich gilt aber auch, dass durch die Definition nicht jeder Aspekt von NSSV erfasst werden kann und wohl auch hier (wie auch in vielen anderen Krankheitsdefinitionen) ein Rest an «Unschärfe» bleibt.
- Zukünftige Forschungsprojekte zu Ätiologie, Behandlung und Prävention sind bei Vorliegen einer diagnostischen Entität den verschiedenen (Kosten-) Trägern des Gesundheitssystems besser zu vermitteln. Auch wenn dieses Argument praktisch keine Relevanz für die Begründung einer Krankheitsentität haben kann, so muss doch festgehalten werden, dass bislang die Forschungsprojekte zu selbstverletzendem Verhalten im Jugendalter in Deutschland nur unzureichend Fördermittel erhalten haben. Eine «Bekräftigung» des Konzepts selbstver-

letzenden Verhaltens könnte hier zu einem Umdenken und Wahrnehmung auch der Notwendigkeit präventiver Maßnahmen führen.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (2011). *Personality Disorders, in APA DSM-5 development*. <http://dsm5.org/proposedrevision/Pages/PersonalityDisorder.aspx>
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2007) Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 78, 1069–1081.
- 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.
- Bui, E., Rodgers, R., Cailhol, L., Birmes, P., Chabrol, H. & Schmitt, L. (2010). Body piercing and psychopathology: A review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 125–129.
- Casey, B. J. & Jones, R. M. (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: Implications for substance use disorder. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 49, 1189–1201.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., ... McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 477–484.
- Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J. & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 48–57.
- 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.
- Etzersdorfer, E., Sonneck, G. & Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *New England Journal of Medicine*, 327, 502–503.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259–268.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behaviour and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3.
- Graff, H. & Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 74–80.
- 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.
- Hargus, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2009) Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 39, 518–537.
- Kaess, M., Brunner, R. & Resch, F. (2010). Selbstverletzendes Verhalten: ein zunehmendes Problem bei Jugendlichen. *Kinder- und Jugendmedizin*, 10, 89–94.



- Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, C., Resch, F. & Brunner, R. (in press). Neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*.
- Kahan, J. & Pattison, E. M. (1984). A proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 17–35.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*. Epub.
- Lane, C. (2007). *Shyness. How normal behaviour became a sickness*. Binghamton, NY: Vail-Ballou Press.
- 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-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.
- Lundh, L. G., Karim, J. & Qulisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33–41.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm with in an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667–677.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324–333.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009). Verhaltensdiagnostik selbstverletzenden Verhaltens. *Nervenheilkunde*, 28, 227–231.
- 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, 333–341.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 15.1–15.25.
- Nock, M. K., Joiner, 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.
- Pao, P. N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195–206.
- Pattison, E. M. & Kahan, J. (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867–872.
- Plener, P. L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J. M. & Libal, G. (2010) Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 77–89.
- 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.
- Resch, F., Karwautz, A., Schuch, B. & Lang, E. (1993). Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 21, 253–259.
- Roberti, J. W., Storch, E. A. & Bravata, E. A. (2004). Sensation seeking, exposure to psychosocial stressors, and body modifications in a college population. *Personality and Individual Differences*, 37, 1167–1177.
- Rosenthal, R. J., Ringler, C. & Walsh, R. (1972). Wrist-cutting syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1363–1368.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K. & Joiner, T. E. (in press). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*.
- Shaffer, D. & Jacobson, C. (2009a). *Nonsuicidal self-injury*. Available at <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>
- Shaffer, D. & Jacobson, C. (2009b). *Proposal to the DSM-5 childhood disorder and mood disorder work groups to include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-5 disorder*. Available at <http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471–1483.
- 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.
- Stein, D. J., Philips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z. & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40, 1759–1765.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury*. New York: Guilford.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., . . . Hoven, C. W. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.
- Whitlock, J. & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behaviour and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 634–640.
- Wilkinson, P. & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 103–108.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Dubicka, B. & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050718

Manuskripteingang	8. Juli 2011
Nach Revision angenommen	25. Oktober 2011
Interessenkonflikte	Nein

Dr. med. Paul L. Plener

---

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Universität Ulm  
Steinhövelstraße 5  
DE - 89075 Ulm  
paul.plener@uniklinik-ulm.de