

Worum es geht: Definition und Epidemiologie

Paul L. Plener

| | |
|------------|-------------------------------------|
| 2.1 | Definitionen – 6 |
| 2.1.1 | Definition von NSSV – 6 |
| 2.1.2 | Definition von Suizidalität – 9 |
| 2.2 | Epidemiologie – 13 |
| 2.2.1 | Epidemiologie von NSSV – 13 |
| 2.2.2 | Epidemiologie von Suizidalität – 17 |
| | Literatur – 21 |

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, was genau unter NSSV zu verstehen ist und wie sich die Differenzierung nichtsuizidaler Verhaltensweisen von suizidalen Verhaltensweisen überhaupt vornehmen lässt. Dazu ist es zunächst notwendig, die Entwicklung der Definitionen im Bereich von NSSV sowie im Bereich suizidalen Verhaltens zu beleuchten, um aufbauend auf diesem Verständnis die aktuelle Entwicklung hin zu den vorgeschlagenen Kriterien für die Sektion 3 des DSM-5 nachvollziehen zu können. In diesem Kapitel wird also das Thema der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen NSSV und suizidalem Verhalten erstmals aufgegriffen, um dann in ► Abschn. 5.1 genauer dargestellt zu werden. Basierend auf den Definitionen wird außerdem die aktuelle Datenlage zur Epidemiologie von NSSV und Suizidalität im Jugendalter dargestellt.

2.1 Definitionen

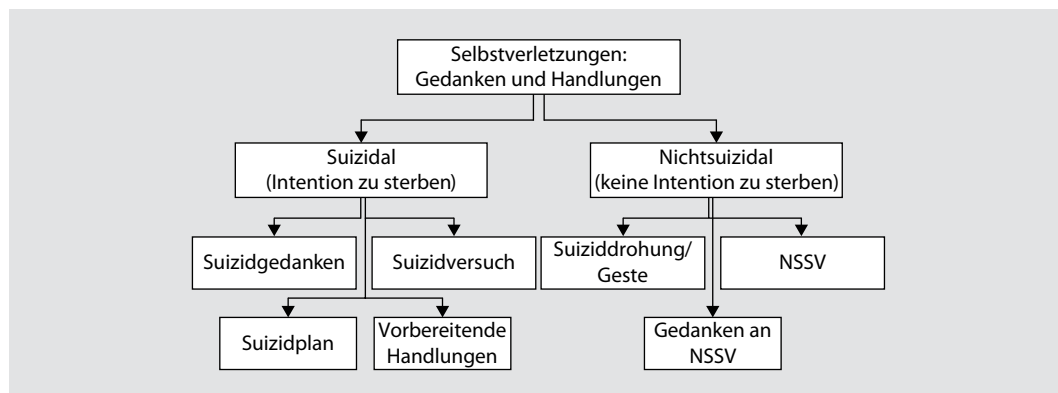
2.1.1 Definition von NSSV

Eine der in der wissenschaftlichen Literatur lange Zeit einflussreichsten Definitionen zu »self-mutilation« wurde von Favazza (1992) erstellt. Er nahm Bezug auf die nichtsuizidale Natur des Verhaltens und unterschied nach Schwere und Häufigkeit der Selbstverletzung schwerwiegende (z. B. Kastrationen, Enucleationen, häufig im Rahmen psychotischer Erkrankungsbilder oder im Rahmen von Intoxikationen) von stereotypen (etwa im Rahmen tiefgreifender Entwicklungsstörungen oder mentaler Retardierung) und moderaten (das heutige NSSV) Selbstverletzungen.

In der von Lloyd-Richardson et al. (2007) dargestellten Definition wurde ebenfalls eine suizidale Intention des Verhaltens ausgeschlossen, außerdem fand sich hier auch der Hinweis darauf, dass das selbstverletzende Verhalten sozial nicht akzeptiert sein sollte, was etwa Schädigungen der Körperoberfläche durch Piercings, Dermal-Anker oder andere Formen der Körpermodifikation aus dem Rahmen der Definition von NSSV ausschloss. Nach Lloyd-Richardson et al. (2007) ist demnach unter NSSV eine »freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht« zu verstehen, und NSSV ist »sozial nicht akzeptiert, direkt, repetitiv und führt zu kleinen oder moderaten Schädigungen.« Auch in der deutschsprachigen Literatur findet sich dieses Konzept bei Nitkowski u. Petermann (2009) wieder, die Selbstverletzungen als »funktionell motivierte, direkte und offene Verletzungen des eigenen Körpers« definieren, »die nicht sozial akzeptiert sind und ohne Suizidabsicht vorgenommen werden.«

Basierend auf der Definition von Lloyd-Richardson wurde von Nock u. Favazza (2009) eine Definition eingeführt, wonach selbstverletzende Verhaltensweisen anhand ihrer Intention in nichtsuizidale und suizidale Handlungen eingeteilt werden (■ Abb. 2.1).

Klassifikation selbstverletzender Verhaltensweisen



■ **Abb. 2.1** Einteilung selbstverletzender Handlungen. (Adaptiert nach Nock u. Favazza 2009 mit freundl. Genehmigung)

Bislang fand sich NSSV im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; International Classification of Diseases, 10. Aufl.) sowie im bisherigen Klassifikationssystem der APA (DSM-IV-TR) nur als Diagnosekriterium einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (BPS). Wenngleich NSSV im Erwachsenenalter häufig ein Symptom der BPS darstellt, so konnte vielfach gezeigt werden, dass gerade im Jugendalter NSSV auch unabhängig von der Diagnose einer BPS auftritt (Stanford et al. 2009; Nock et al. 2006; zur Diskussion vgl. Plener et al. 2012, s. ► Abschn. 3.1.1). Um u. a. ein falsches »Labeling« zu vermeiden, wurde daher auch ein Vorschlag zur Aufnahme von NSSV in das DSM-5 erarbeitet (vgl. Plener et al. 2012).

Im DSM-5 wurde nun im Rahmen der Forschungskriterien (also nicht als formal anerkannte Diagnose) eine Definition für Nonsuicidal self-injury (NSSI) festgehalten, die viele der zuvor genannten Kernelemente vereint: fehlende suizidale Intention, Ausschluss verschiedener Formen der Selbstverletzung sowie Ausschluss sozial oder kulturell akzeptierter Selbstverletzungen (s. folgende Übersicht).

NSSV und BPS

Diagnosekriterien der nichtsuizidalen Selbstverletzung (nach American Psychiatric Association 2013, Übersetzung durch den Autor)

- Selbstverletzung min. an fünf oder mehr Tagen innerhalb eines Jahres,
- Selbstverletzung erfolgt durch Schädigung an Körperoberfläche: Blutungen, Quetschungen oder Schmerzen wahrscheinlich (z. B. durch Schneiden, Verbrennen, Stechen, Schlagen, die Haut aufreißern),

- ─ Erwartung eines lediglich kleinen bis moderaten körperlichen Schadens,
- ─ keine suizidale Intention.

Erwartung bei der Selbstverletzung:

- ─ Verbesserung eines negativen Gefühls oder kognitiven Zustands,
- ─ Lösung einer interpersonellen Schwierigkeit,
- ─ Auslösen eines positiven Gefühlszustandes.

Dabei eventuell repetitives Verhalten, das ähnlich wie eine Abhängigkeit wirken kann

Zusammenhang mit (min. eine Nennung):

- ─ interpersonellen Schwierigkeiten oder negativen Gefühlen oder Gedanken unmittelbar vor der Selbstverletzung,
- ─ gedanklicher Beschäftigung mit der Selbstverletzung vorab (häufig nur schwer kontrollierbar),
- ─ häufigem Nachdenken über Selbstverletzung.

Durch die Selbstverletzung oder die resultierenden Konsequenzen muss klinisch signifikanter Stress oder eine Beeinträchtigung in interpersonellen, akademischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen entstehen.

Nicht als NSSV gewertet werden:

- ─ schwach ausgeprägte Formen selbstverletzenden Verhaltens (z. B. Zupfen an Schorf oder Nägelbeißen),
- ─ sozial akzeptierte Formen des selbstverletzenden Verhaltens (Piercings, oder im Rahmen von religiösen- oder Kulthandlungen),
- ─ Selbstverletzungen, die ausschließlich während psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen oder im Substanzentzug auftreten,
- ─ Selbstverletzungen, die bei Menschen mit einer Entwicklungsstörung im Sinn von repetitiven Stereotypen vorkommen,
- ─ selbstverletzendes Verhalten, das durch andere psychische oder medizinische Erkrankungen erklärbar ist.

Im Rahmen dieses Vorschlages wird die Funktionalität von NSSV betont, indem emotionale Zustände beschrieben werden, die durch NSSV beeinflusst werden sollen. Ebenso wurde hier ein Frequenzkriterium eingeführt (NSSV an mindestens fünf Tagen innerhalb eines Jahres), was dazu führt, dass einmalige oder seltene Selbstverletzungen nicht »pathologisiert« (im Sinne der Zuschreibung einer Diagnose) werden. Diese Einteilung macht auch vor dem Hintergrund Sinn, dass in Studien deutliche Unterschiede zwischen Jugendlichen mit

vorübergehendem und repetitivem NSSV gezeigt werden konnten, wobei letztere eine erheblich höhere psychopathologische Belastung aufwiesen (Brunner et al. 2007).

Ein weiterer wesentlicher Begriff, der im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten häufig in der Fachliteratur zu finden ist, ist der des »Deliberate Self Harm« (DSH). Unter diesem Begriff werden alle selbstschädigenden Verhaltensweisen zusammengefasst, wobei keine Unterscheidung hinsichtlich der suizidalen Intention getroffen wird, sodass etwa auch Intoxikationen durch Tabletten oder eben auch NSSV unter diesen Überbegriff fallen (s. Madge et al. 2008). Hier zeigte sich in der Vergangenheit häufig das Problem, dass Studien aus dem nordamerikanischen Raum den Begriff DSH zumeist nur für selbstschädigende Verhaltensweisen gebrauchten, die nicht suizidal intendiert waren, während Studien aus England oder Ländern des ehemaligen Commonwealth keine Unterscheidung hinsichtlich der suizidalen Intention trafen (Skegg, 2005).

Der Begriff »parasuicide«, der ebenfalls selbstschädigende Handlungen beschreibt und dem DSH Konzept ähnelt, wurde in den letzten Jahren zunehmend seltener verwendet. Im Rahmen der »WHO EURO multicenter study on parasuicide« wurde er von Platt et al. (1992) definiert als »an act with nonfatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences«, während Linehan (1986) drei Kategorien des »parasuicide« unterscheidet: Suizidversuche (»suicide attempts«), ambivalente Suizidversuche (»ambivalent suicide attempts«) und nichtsuizidale Selbstverletzungen (»nonsuicidal self-injury«).

➤ **Im Rahmen des vorliegenden Buches soll NSSV (angelehnt an die aktuelle DSM-5 Klassifikation) definiert werden als freiwillige, selbst zugefügte, repetitive Verletzung der Körperoberfläche, die ohne suizidale Absicht unternommen wird und nicht sozial akzeptiert ist (s. Plener et al. 2010).**

Deliberate Self Harm (DSH)

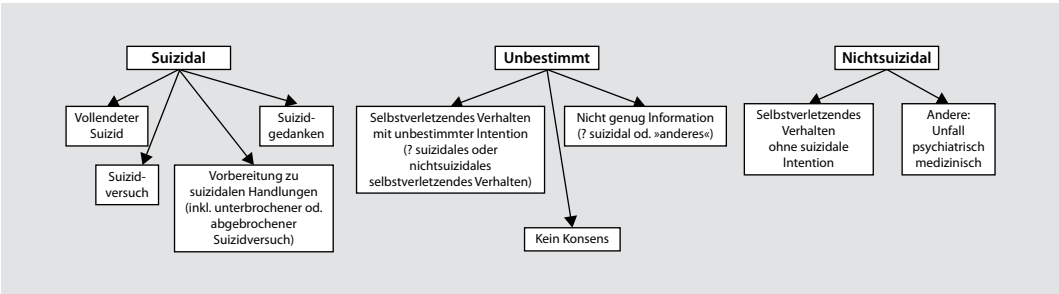
Aktuell seltener verwendet:
»parasuicide«

2.1.2 Definition von Suizidalität

Wie in ► Abschn. 1.2 dargestellt, existieren im Bereich der Entstehungsmodelle und damit auch der Definitionen von Suizidalität mehrere Modelle, die sich häufig auch in großen Bereichen überlappen. In den letzten Jahren zeigte sich eine zunehmende Systematisierung, ausgehend von dem von O'Carroll (1996) definierten Modell zur Suizidterminologie, das in der Folge weiterentwickelt wurde (Silverman et al. 2007), was nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Notwen-

| | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------|--------------------------------|----------|
| Selbst zugefügter unwillentlicher Tod | Selbst veranlasster Tod unbestimmter Intention | Suizid | Tödliche Körperschädigung | Ergebnis |
| Selbstschädigung II | Unbestimmte suizidverwandte Verhaltensweisen II | Suizidversuch II | Nichttödliche Körperschädigung | |
| Selbstschädigung I | Unbestimmte suizidverwandte Verhaltensweisen I | Suizidversuch I | Keine Körperschädigung | |
| Keine | Unbestimmt | Vorhanden | | |
| Suizidale Intention | | | | |

■ Abb. 2.2 Einteilung selbstschädigender und suizidaler Verhaltensweisen. (Adaptiert nach Silverman et al. 2007 mit frendl. Genehmigung)



■ Abb. 2.3 Klassifikation suizidalen und nichtsuizidalen Verhaltens. (Adaptiert nach Posner et al. 2007 mit frendl. Genehmigung, Übersetzung durch den Autor)

digkeit einer genauen Beschreibung von Suizidalität im Rahmen von Medikamentenstudien (z. B. der Antidepressivaeinnahme im Jugendalter) geschah. Das von Silverman et al. (2007) vorgeschlagene Modell sieht eine Differenzierung anhand der vorhandenen suizidalen Intention und des Ergebnisses der Handlungen vor (■ Abb. 2.2).

Anhand der Daten zu den genannten Antidepressiva-Studien und der Notwendigkeit, das Auftreten suizidaler Verhaltensweisen in diesen Studien standardisiert erfassen zu können, wurde von Posner et al. (2007) ein Modell vorgeschlagen, das große Ähnlichkeiten mit dem Modell von Silverman et al. (2007) aufweist (■ Abb. 2.3).

Der Wunsch, durch ein Verhalten das Leben zu beenden (die suizidale Intention), wird hier zum wichtigsten Unterscheidungskriterium. Eine suizidale Handlung liegt dann vor, wenn dieser Handlung der Wunsch zugrunde liegt, durch diese Handlung aus dem Leben zu scheiden. Daneben existieren auch andere Formen mit unbestimmten Wunsch zu sterben. In beiden Modellen wird

Suizidale Intention als Hauptkriterium

auch NSSV integriert als Verhalten, dem kein Wunsch zu sterben zugrunde liegt. Die zentrale Rolle der Intention zu sterben findet sich auch im Modell von Nock u. Favazza (2009), in dem unter konsequenter Anwendung des Blicks auf die suizidale Intention die Suiziddrohungen als nichtsuizidale Handlung verstanden werden (s. ■ Abb. 2.1). Als suizidale Verhaltensweisen werden dabei Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide aufgefasst. Dabei wird in einer weiteren Arbeit von Nock (2010) jeder Gedanke daran, sich das Leben zu nehmen, als Suizidgedanke verstanden, ein Suizidplan beschreibt das Vorliegen einer konkreten Planung, auf welche Art und Weise jemand aus dem Leben zu treten gedenkt, während als Suizidversuch jeder Versuch gewertet wird, das Leben zu beenden, sofern dieser Versuch mit dem Wunsch unternommen wird, bei der Handlung zu versterben. Die potenzielle Letalität des Suizidversuchs spielt hier keine Rolle.

➤ **Das Modell von Nock u. Favazza (2009) ist insofern von großer Bedeutung, als es als erstes einen Gesamtkontext herstellt, in dem NSSV und suizidales Verhalten nebeneinander gestellt und diese noch dezidierter als in den Modellen von Posner et al. (2007) und Silverman et al. (2007) voneinander abgegrenzt werden.**

Betrachtet man das vorgeschlagene Modell einer suizidalen Verhaltensstörung (SVS) im DSM-5, so finden sich auch hier deutliche Parallelen zu den vorgestellten Modellen, vor allem etwa bzgl. der geforderten Intention zu sterben (s. folgende Übersicht). Während unter dem Begriff »Suizidalität« ein breiteres Konstrukt verstanden wird, das neben Suizidversuchen auch Suizidpläne und Suizidgedanken mit einschließt, nimmt die SVS nur auf stattgefundene Suizidversuche Bezug.

Diagnosekriterien der suizidalen Verhaltensstörung (nach APA 2013, adaptiert und gekürzt durch den Autor)

- Suizidversuch während der letzten 24 Monate
- Suizidversuch: selbst-induzierte Verhaltenssequenz eines Individuums, welches zum Zeitpunkt des Beginns der Handlung erwartet, dass diese Handlung tödlich enden wird
- Kriterien für nichtsuizidale Selbstverletzung nicht erfüllt, also keine Selbstverletzung der Körperoberfläche zur Entlastung von einem negativen Gefühl oder zur Erlangung eines positiven Gefühlszustands
- Keine Diagnose, wenn lediglich Suizidgedanken oder vorbereitende Handlungen vorliegen, oder wenn die Handlung in delirantem Zustand oder während eines Verwirrtheitszustandes begonnen wurde. Ebenso keine Diagnose, wenn

Ausschluss von NSSV, Suizidgedanken und vorbereitenden Handlungen

die Handlung ausschließlich aus politischen oder religiösen Gründen durchgeführt wurde

- Unterteilung in »gegenwärtig« (≤12 Monate seit letztem Suizidversuch) oder »in früher Remission« (12–24 Monate seit dem letzten Suizidversuch)

Wie hier ersichtlich wird, finden sich als Ausschlusskriterien sowohl Zustände der fehlenden Steuerungsfähigkeit als auch Taten, die aus anderen Motiven (politisch, religiös) verübt werden. Die schon zuvor angesprochenen verschiedenen Dimensionen des Suizids finden hier (wenngleich auch in sehr verkürzter Form) ihre Repräsentation. Als weitere Differenzierung wird – für die hier vorgelegte Arbeit besonders relevant – NSSV ausgeschlossen. Es wird also ebenfalls eine klare Trennlinie hinsichtlich der (suizidalen) Intention selbstschädigenden Verhaltens gezogen. Im Unterschied zu den vorgenannten Klassifikationssystemen von Silverman et al. (2007), Posner et al. (2007) oder Nock u. Favazza (2009) werden Suizidgedanken oder vorbereitende Handlungen nicht klassifiziert, was selbstverständlich – bei Anwendungen im Rahmen von Studien – unmittelbaren Einfluss auf die Prävalenz der vorgeschlagenen Diagnose hat. Dies ist besonders für das Jugendalter relevant, bedenkt man die hohen Differenzen zwischen der Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen.

Im DSM-5 werden neben der Definition der Kriterien auch weitere Ausführungen zur Bestimmung von Risikofaktoren betrachtet (s. dazu die folgende Übersicht.). Hier wird einerseits auf die Umstände der SVS Bezug genommen (Grad der Planung, Agitation, Änderung vom Therapiemodalitäten), andererseits wird aber auch (potenziell traumatischen) Lebensereignissen Bedeutung zugemessen, ein Befund, der in der Forschung zu Risikofaktoren des Suizids mehrfach repliziert werden konnte.

Risikomarker für die suizidale Verhaltensstörung nach DSM-5 (APA 2013, Übersetzung und Zusammenfassung nach Plener et al., in Druck)

- Grad der Planung (Auswahl von Ort und Zeit, um Entdeckung/ Rettung oder Unterbrechung durch Andere zu entgehen)
- Psychischer Zustand bei Suizidversuch (akute Agitation besonders besorgniserregend)
- Kürzliche Entlassung aus stationärer Behandlung
- Kürzliches Absetzen einer stimmungsstabilisierenden Medikation wie etwa Lithium oder Beendigung einer antipsychotischen Therapie (etwa mit Clozapin) im Falle einer schizophrenen Störung

- Beispiele von Auslösern aus der Umwelt: kürzlich gestellte Diagnose einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung wie etwa Krebs, Erleben des plötzlichen und unerwarteten Verlustes eines nahen Verwandten oder Partners, Arbeitsplatzverlust oder Wohnungsverlust

2.2 Epidemiologie

2.2.1 Epidemiologie von NSSV

Die Literatur zur Epidemiologie von NSSV bei Jugendlichen ist vergleichsweise jung, bedenkt man, dass die erste Untersuchung zur Prävalenz in einer Schulpopulation erst im Jahr 2002 erfolgte. Inzwischen liegen aus verschiedenen Erdteilen Prävalenzangaben zur Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens vor, wobei häufig vor allem Lebenszeitprävalenzen von zumindest einmaligem selbstverletzendem Verhalten erfasst wurden. Erst in den letzten Jahren wurden zunehmend Studien veröffentlicht, die ihr Augenmerk vor allem auf repetitives selbstverletzendes Verhalten richteten, also eher den nun vorgeschlagenen Kriterien im DSM-5 entsprechen.

■ Die Situation international

Im Rahmen eines systematischen Reviews zu allen zwischen 2005 und 2011 durchgeführten Prävalenzuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen in Schulsettings weltweit wurden 52 Studien identifiziert. Es wurden sowohl Studien eingeschlossen, die NSSV ohne suizidale Intention untersucht hatten, wie auch Studien, die Selbstverletzungen im Sinne von Selbstschädigungen nach dem DSH Konzept untersuchten. Dabei zeigten sich keine signifikanten Prävalenzunterschiede ($p=0,3$) zwischen Studien, die eine NSSV-Definition benutzten (mittlere Lebenszeitprävalenz: $18 \% \pm 7,3$) und jenen, die eine DSH-Definition benutzten (mittlere Lebenszeitprävalenz: $16,1 \% \pm 11,6$) (Muehlenkamp et al. 2012). Im Rahmen dieses systematischen Reviews zeigte sich auch, dass Studien, die eine einfache »ja/nein« Abfrage hinsichtlich des Vorhandenseins selbstverletzender Verhaltensweisen verwendeten, niedrigere Prävalenzangaben aufwiesen als solche Studien, bei denen spezifische Fragebögen angewendet wurden (für NSSV: $p<0,01$; für DSH: $p<0,03$). Interessanterweise konnte im Vergleich der berichteten Prävalenzraten zwischen den Jahren 2005 und 2011 kein Anstieg der allgemeinen Prävalenz berichtet werden.

In einer aktuellen systematischen Metaanalyse aller Studien (also inkl. der Studien aus Erwachsenenpopulationen) wurden ähnliche Ergebnisse berichtet (Swannell et al. 2014). Aus 119 Studien aus 18 Ländern, die zwischen 1993 und 2012 durchgeführt wurden ($N_{\text{kumulativ}}$: 231.553), wurden 128 Prävalenzschätzungen in drei Altersgruppen (Adoleszenten, junge Erwachsene und Erwachsene) verglichen. Dabei zeigte sich,

**Prävalenzuntersuchung bei
Kindern und Jugendlichen**

**Metaanalyse aller Studien (inkl.
Erwachsene)**

dass in 49,2 % der Studien Daten aus US-amerikanischen Stichproben berichtet wurden, es also hier eine deutliche Überrepräsentation im internationalen Vergleich gab. Die meisten Studien waren in Schulen und Universitäten durchgeführt worden (85 %). Dabei zeigte sich eine Ein-Jahres-Prävalenz von 15,4 % für Adoleszente, 10,5 % für junge Erwachsene und 4,2 % für Erwachsene, sowie eine Lebenszeitprävalenz von 17,2 % für Adoleszente, 13,4 % für junge Erwachsene und 5,5 % für Erwachsene. Auch in dieser Studie zeigte sich keine Zunahme der Prävalenz über die Jahre, sofern für andere methodologische Faktoren der Erhebungen kontrolliert worden war.

Methodologische Einflussfaktoren

Ähnlich wie im Review von Muehlenkamp et al. (2012) konnten jedoch mehrere methodologische Faktoren identifiziert werden, die die Prävalenzangaben beeinflussten und von denen jeder für sich zumindest ≥ 5 % der Varianz beeinflussten: das Antwortformat (Checklisten > dichotome Antworten), die Zahl der angegebenen Methoden (je mehr angegeben, desto höhere Prävalenzraten), Belohnung für die Teilnahme (wenn Belohnungen gegeben wurden, wurden höhere Prävalenzraten angegeben), die Zusicherung von Anonymität (höhere Raten), die Erhebungsart (Fragebogen > Interview) und der Forschungsfokus (höhere Raten, wenn die Studie explizit als zur Erforschung von NSSV oder DSH angekündigt worden war).

Prävalenz bezogen auf DSM-5-Kriterien

Abgesehen von diesen großen Übersichtsarbeiten, die zumeist auch die Lebenszeit oder auch Ein-Jahres-Prävalenz von einmaligen selbstverletzenden Handlungen untersuchten, existieren bereits einige Studien, die die Prävalenz bezogen auf die 2013 veröffentlichten DSM-5-Kriterien untersuchten (was dadurch ermöglicht wurde, dass ein – nur geringfügig anderslautender – Vorschlag zur DSM-5-Klassifikation bereits 2010 veröffentlicht worden war). So konnte in einer schwedischen Studie bei Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren ($n=3060$) aus dem Schulsetting, von denen 35,6 % einmalige Selbstverletzungen berichteten, gezeigt werden, dass 6,7 % die NSSV-Kriterien erfüllten (Zetterqvist et al. 2013). Von Glenn u. Klonsky (2013) wurde eine Prävalenz von NSSV gemäß der DSM-5 Kriterien von 50 % in einer Population von 198 kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zwischen 12 und 18 Jahren berichtet. Betrachtet man die zuvor geschilderten Prävalenzraten, so fällt auf, dass bei Untersuchungen an Jugendlichen höhere Raten berichtet werden als bei Untersuchungen an Erwachsenen.

Tatsächlich beginnen die meisten Jugendlichen sich um das 12. Lebensjahr selbst zu verletzen. In der ersten Longitudinalstudie, die Jugendliche und junge Erwachsene aus Australien zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr verfolgte, konnte gezeigt werden, dass es zu einer deutlichen Abnahme von selbstverletzendem Verhalten im jungen Erwachsenenalter kommt (Moran et al. 2012). Dieses Ergebnis passt zu den zuvor genannten geringeren Ein-Jahres-Prävalenzraten im Erwachsenenalter, allerdings werden dadurch nicht die niedrigeren Lebenszeitprävalenzen im Erwachsenenalter (etwa bei Klonsky 2011) erklärt, da diese ja kumulieren sollten. Von Nock (2010) werden in

Suizidales Verhalten und nichtsuizidale
Selbstverletzungen

Plener, P.L.

2015, VIII, 160 S. 19 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-44337-8