



Kinder und Jugendliche mit Störungen der Emotionsregulation und selbstverletzenden Verhaltensweisen

Bedeutung für die Suizidprävention und klinische Praxis Serie Teil 3

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) ist bei Kindern und Jugendlichen häufig und klinisch relevant. Studien zeigen, dass bis zu 20 % der Jugendlichen zumindest einmal im Leben NSSV berichten [1, 6]. NSSV ist nicht gleichbedeutend mit Suizidalität, stellt jedoch einen wichtigen Risikofaktor für suizidale Gedanken und Handlungen dar. Für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen ergibt sich daraus eine zentrale Rolle in der Früherkennung und Prävention.

Klinische Einordnung und Funktion

NSSV tritt häufig im Kontext von Störungen der Emotionsregulation auf. Betroffene berichten von intensiven, schwer steuerbaren Gefühlen wie Anspannung, Leere oder innerer Unruhe. Das Verhalten dient meist der kurzfristigen Entlastung, etwa durch Spannungsabbau oder Affektregulation.

Diese funktionale Perspektive ist zentral: Wer NSSV vorschnell als „manipulativ“ einordnet, verkennt die meist zugrunde liegende psychische Not. Gleichzeitig zeigen aktuelle Übersichtsarbeiten, dass wiederholtes NSSV mit einem erhöhten Risiko für spätere Suizidversuche einhergeht [2, 6].

Risikofaktoren und entwicklungsbezogene Aspekte

Neben Emotionsregulationsdefiziten spielen komorbide Störungen (v. a. depressive Störungen, Angststörungen, externalisierende Störungen), belastende Lebensereignisse und familiäre Konflikte eine wichtige Rolle [2].

Im Jugendalter kommen entwicklungsbedingte Faktoren hinzu: erhöhte Impulsivität, eine noch nicht ausgereifte Emotionsregulation sowie ein starker Einfluss von

Peers und sozialen Medien. Suizidale Krisen entwickeln sich oft rasch und verlaufen situativ. Gerade deshalb müssen auch scheinbar vorübergehende Krisen ernst genommen werden.

Bedeutung für die somatische Praxis

Viele betroffene Jugendliche stellen sich zunächst in allgemeinmedizinischen oder pädiatrischen Settings vor. Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen nehmen daher eine Schlüsselrolle ein.

Wichtig ist, aktiv und wertfrei nachzufragen. Offene Fragen („Hast Du dich in letzter Zeit selbst verletzt, dich zum Beispiel geschnitten?“ oder „Gab es Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen?“) erhöhen nicht das Suizidrisiko, sondern eröffnen häufig erstmals einen Zugang zum Gespräch [1].

Warnsignale sind u. a. wiederholte ungeklärte Verletzungen, sozialer Rückzug, ausgeprägte Stimmungsschwankungen oder Hinweise auf innere Anspannung. NSSV isoliert stellen keine Indikation für eine sofortige psychiatrische Abklärung dar. Entscheidend ist die Einschätzung der aktuellen Suizidalität. Bei konkreten Suizidgedanken oder eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit sollte umgehend eine fachpsychiatrische Abklärung erfolgen.

Suizidprävention und Behandlung

Zentral für die Suizidprävention ist eine tragfähige therapeutische Beziehung. Validierung wirkt häufig bereits deeskalierend. Auch kurze Interventionen können helfen, etwa Strategien zur Spannungsreduktion oder das Aktivieren von Unterstützungssystemen.

Evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren stehen zur Verfügung. Für die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Ado-

leszente (DBT-A) zeigen randomisiert kontrollierte Studien eine Reduktion von NSSV und suizidalen Symptomen [4, 5]. Wichtig ist jedoch eine differenzierte Indikationsstellung: Nicht jedes NSSV ist behandlungsbedürftig – und nicht jede Behandlung erfordert DBT-A. Entscheidend sind Schweregrad, Funktion des Verhaltens und Komorbiditäten. Häufig genügen zunächst niedrigschwellige und psychosoziale Interventionen [1, 2].

Fazit

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ist bei Kindern und Jugendlichen häufig und klinisch bedeutsam. Es dient meist der Emotionsregulation und ist ein wichtiger Risikofaktor für Suizidalität. Für die Praxis gilt:

- NSSV aktiv und wertfrei ansprechen
- Suizidalität konsequent mit erfassen
- Warnsignale ernst nehmen
- frühzeitig weitervermitteln

Eine strukturierte, zugewandte und interdisziplinäre Versorgung kann wesentlich zur Suizidprävention beitragen.

Charlotte Sachs

Fachärztin für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -
psychotherapie,
Leitung DBT-
A-Station,
Universitätsmedizin
Frankfurt,



Foto: privat

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters

E-Mail via: haebl@laekh.de

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.