



Selbstverletzung und Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter

*Jugendliche in Beratung: bke-Fachtagung Fulda
26.-27.04.2018*

*Arne Bürger und Florian Daxer
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg*



„Modeerscheinung“?



Aber:

- Beschreibungen von „Selbstverstümmelung“ bereits aus der vorchristlichen Zeit
- Antike
- Religiös motivierte Selbstverletzung (Christentum, Islam, Hinduismus)
- Erste ausführliche Beschreibung einer Selbstverletzung (E nukleation) auf Grund einer psychiatrischen Erkrankung durch Dr. Bergmann 1846
- Literatur (z.B. Goethes „Die Leiden des jungen Werther“)

Wenn ich Blut sähe, würds mir besser werden.

Ach, ich hab hundertmal ein Messer ergriffen, um diesem gedrängten Herzen Luft zu machen. Man erzählt von einer edlen Art Pferde, die, wenn sie schrecklich erhitzt und aufgejagt sind, sich selbst aus Instinkt eine Ader aufbeißen, um sich zum Athmen zu helfen. So ist mir's oft, ich möchte mir eine Ader öffnen, die mir die ewige Freyheit schaffte.



Definition NSSI



Freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht, die sozial nicht akzeptiert, direkt und repetitiv ist, sowie meist zu kleinen oder moderaten Schädigungen führt.

(AMDP LL NSSV)



Epidemiologie I



- 13-45% der Jugendlichen, 4% der Erwachsenen (Allgemeinbevölkerung)
- 40-60 % der Jugendlichen, 19-25% der Erwachsenen (klinische Stichprobe)
- Damit häufiger als viele psychiatrische Erkrankungen
- Beginn mit 12-14 Jahren
- Deutliche Zunahmen in den letzten 10 - 20 Jahren
- „Heidelberger Schulstudie“: 1-Jahres-Prävalenz 18,9%, 4% repetitives SVV
- ca. 4% der 15jährigen haben sich zumindest fünf Mal innerhalb des letzten Jahres selbst verletzt

Quelle: Lloyd-Richardson et al 2007, Plener et al 2009/2012, Ross & Heath 2002, Briere & Gil 1998, Klonsky et al 2003, Darche 1990, Di-Clemente et al 1991, Nock 2009, Brunner et al 2007



Epidemiologie II



Ulmer Studie: 665 Schüler (9. Klasse)

- durchschnittliches Alter 14,8 Jahre
- 170 Schüler (25,6%) NSSI, 50 männlich, 120 weiblich, 63 (9,5%) > 4X
- 12-Monats-Prävalenz 19,8%
- 239 Schüler (36,4%) SG/SÄußerungen, 43 Schüler (6,5%) min. ein SV, 4 Schüler > 3 SV
- Vergleich mit ähnlicher Stichprobe in den USA brachte keine signifikanten Unterschiede



Epidemiologie III



- 2 ½ Jahres Follow-up Studie von 103 Jugendlichen (11-14 Jahre bei der Baseline Erhebung) 14% der Jugendlichen haben im Zeitraum neu begonnen sich selbst zu verletzen
- Nur ca. die Hälfte der Jugendlichen, die sich bei der Baseline Erhebung verletzt hatten (8%), taten dies auch noch im Follow-up
- In einem Ein-Jahres Follow-up bei jungen Erwachsenen zeigten nur knapp 63% der ursprünglich Betroffenen noch NSSV



Selbstverletzung ist vor allem ein Symptom bzw. ein Risikomarker!



Komorbiditäten und Begleitstörungen




- Affektive Störungen
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus
- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsstörungen
- Externalisierende Störungen (ADHS, Störung des Sozialverhaltens)
- Angststörungen (vor allem GAS und Soziale Phobie)
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung
- Essstörungen

NSSV kann aber auch ohne eine psychiatrische Diagnose auftreten.


Quelle: nach Nitkowski & Petermann (2011)



| Funktion | Beschreibung |
|--------------------------------------|---|
| Affektregulation | <ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung einer akuten, negativen Affektlage • „um schlechte Gefühle zu beenden“, „um emotionalen Druck abzubauen“ |
| Anti-Dissoziation | <ul style="list-style-type: none"> • Dissoziatives Erleben oder Depersonalisation beenden • „um mich wieder zu spüren“, „um überhaupt etwas zu spüren“ |
| Anti-Suizid | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung/Kompensation suizidaler Impulse • „um mich nicht umzubringen“ |
| Interpersonelle Beziehung | <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie herstellen bzw. sich selbst von anderen zu unterscheiden oder zu distanzieren • „um anders zu sein“, „um Kontrolle zu haben ,die kein Anderer hat“ |
| Interpersonelle Beeinflussung | <ul style="list-style-type: none"> • Hilfe/Zuwendung suchen, Andere an sich binden • „um den Anderen zu zeigen, dass es mir schlecht geht“, „um das Verhalten Anderer zu beeinflussen“ |
| Selbstbestrafung | <ul style="list-style-type: none"> • Gegen die eigene Person gerichtete Wut, Selbstabwertung • „Um mich zu bestrafen“, „um Ärger auf mich abzubauen“ |
| Sensation-seeking | <ul style="list-style-type: none"> • Selbststimulation, Spannungssuche • „um mir einen Kick zu holen“, „aus Spaß“ |

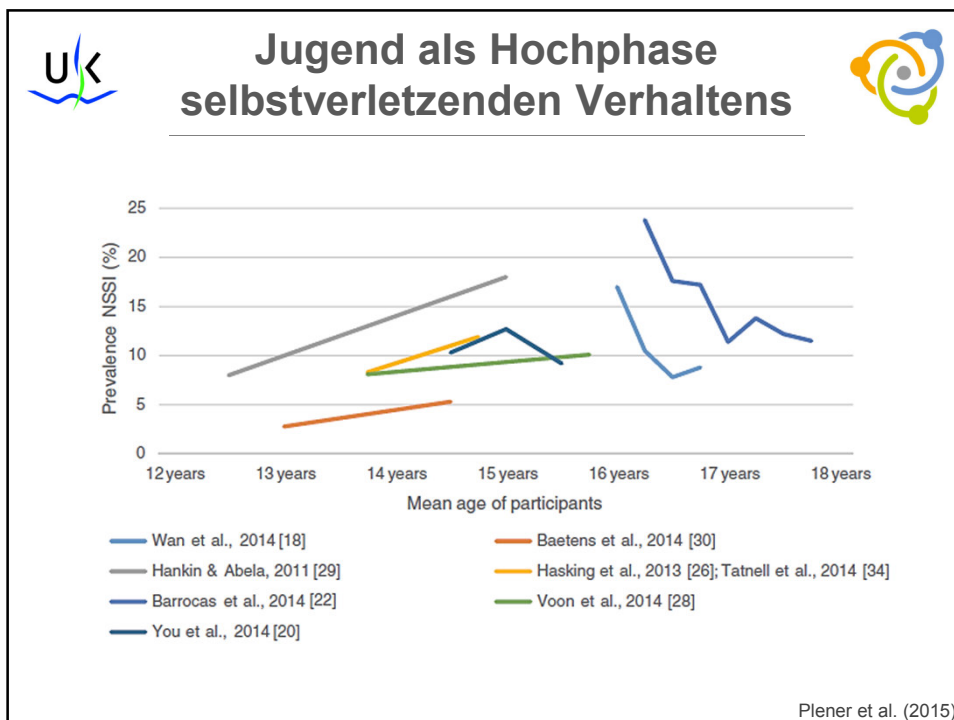


Formen NSSI



| Formen selbstverletzenden Verhaltens | Anteil betroffener Jugendlicher (Prozentangaben in Klammern) | | |
|---------------------------------------|---|--------------------|-------------------|
| | gesamt n = 42 | weiblich n = 36 | männlich n = 6 |
| Schneiden/Ritzen | 41 (97,6) | 35 (97,2) | 6 (100,0) |
| Kratzen | 32 (76,2) | 28 (77,8) | 4 (66,7) |
| Schlagen | 28 (66,7) | 25 (69,4) | 3 (50,0) |
| Ausreißen von Haaren | 24 (57,1) | 24 (66,7) | 0 (0,0) |
| Beißen | 23 (54,8) | 22 (61,1) | 1 (16,7) |
| Störung der Wundheilung | 21 (50,0) | 19 (52,8) | 2 (33,3) |
| Kopfschlagen | 20 (47,6) | 18 (50,0) | 2 (33,3) |
| Nagelbeißen/-verletzungen | 19 (45,2) | 17 (47,2) | 2 (33,3) |
| Verbrennen | 19 (45,2) | 17 (47,2) | 2 (33,3) |
| Durchstechen von Körperteilen | 13 (31,0) | 12 (33,3) | 1 (16,7) |
| Stechen mit Nadeln | 11 (26,2) | 11 (30,6) | 0 (0,0) |
| Versuche, sich die Knochen zu brechen | 6 (14,3) | 6 (16,7) | 0 (0,0) |

Nixon et al (2002)





Borderline - Persönlichkeitsstörung



- Diagnostische Kriterien nach DSM-5 (1) -

1. Verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
2. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet



Borderline - Persönlichkeitsstörung



- Diagnostische Kriterien nach DSM-5 (2) -

3. Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geld ausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Autofahren, Fressanfälle)

Anmerkung: suizidales oder selbstschädigendes Verhalten wird in Kriterium 5 erfasst



Borderline - Persönlichkeitsstörung



- Diagnostische Kriterien nach DSM-5 (3) -

5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, Suizid-
andeutungen oder –versuche oder
selbstschädigendes Verhalten

6. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte
Orientierung an der aktuellen Stimmung
gekennzeichnet ist: z.B. episodische
Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst

Anmerkung: Üblicherweise wenige Stunden und nur selten
länger als einige Tage andauernd



Borderline - Persönlichkeitsstörung

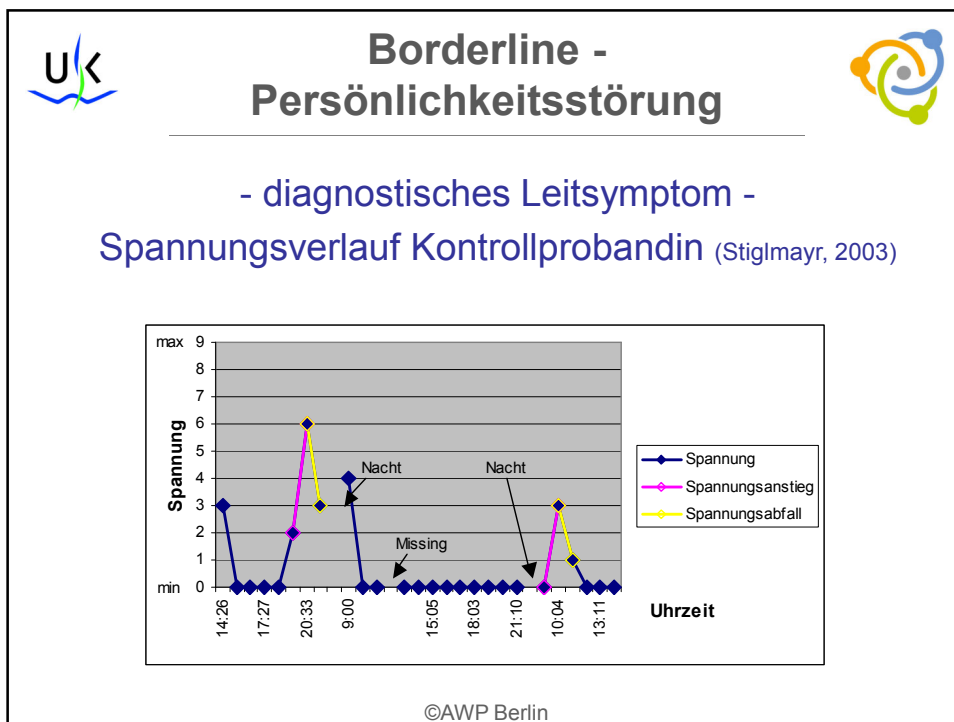
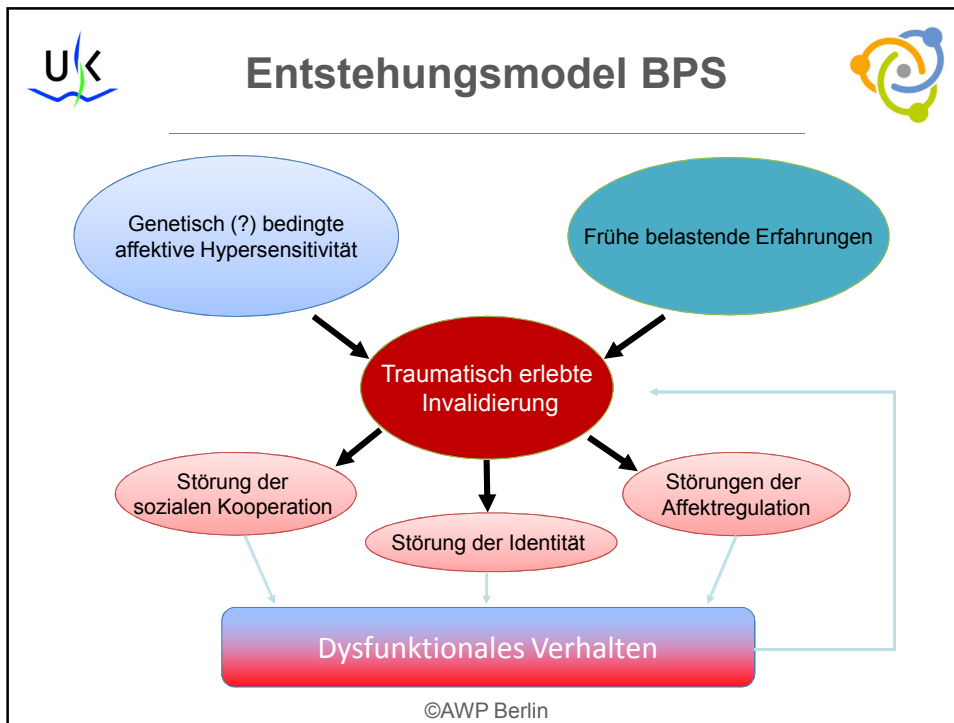


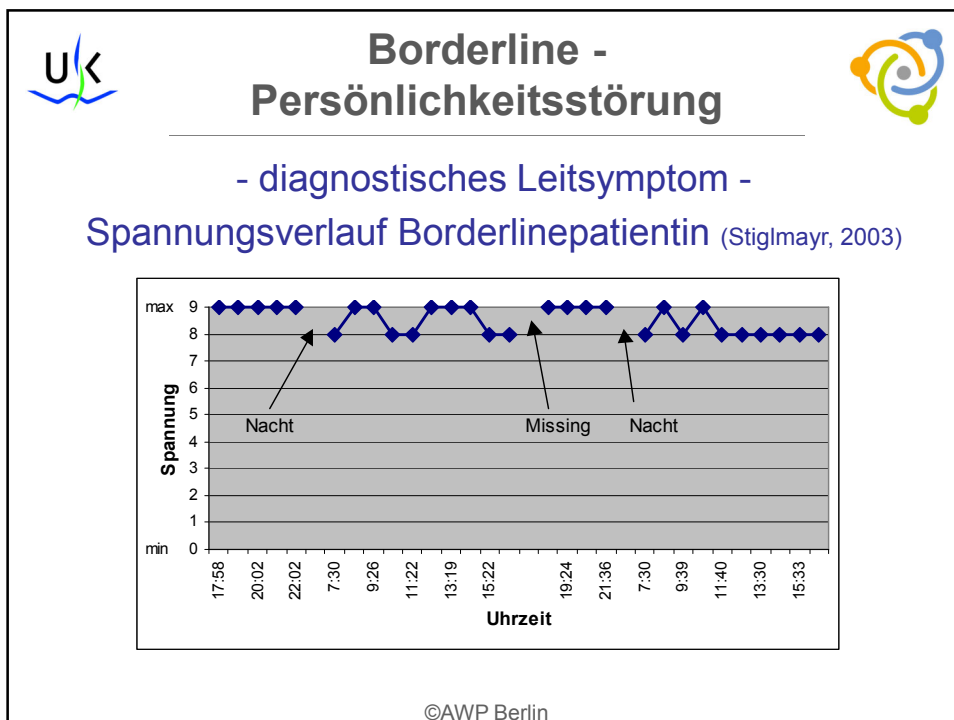
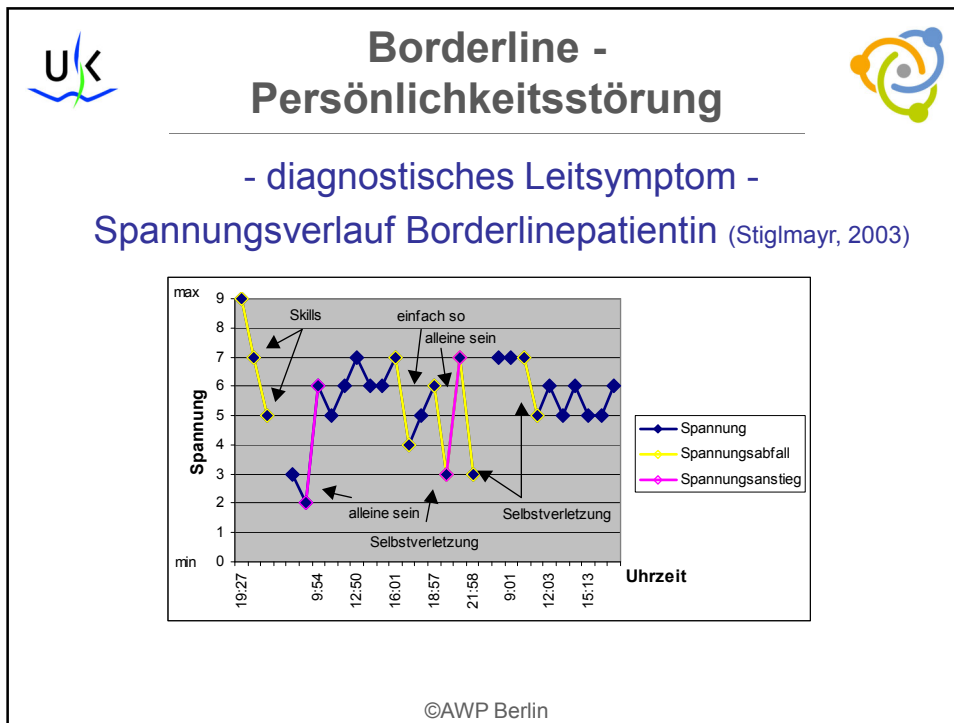
- Diagnostische Kriterien nach DSM-5 (4) -

7. Chronisches Gefühl der Leere

8. Unangemessene, starke Wut oder
Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu
kontrollieren (z.B. Wutausbrüche, andauernder
Ärger, wiederholte Prügeleien)

9. Vorübergehende, *stressabhängige* paranoide
Vorstellungen oder schwere dissoziative
Symptome







Prävalenz Borderline Persönlichkeitsstörung



- Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) im Jugendalter als Herausforderung für das Gesundheitssystem
- Prävalenz:
 - Steigerung von 1,4% auf 3,1% im Verlauf der Adoleszenz (Johnson et al. 2008)
 - 11% im ambulanten Bereich (Chanen 2008)
 - bis zu 50% im stationären Bereich (Grilo et al. 1998)

©AWP Berlin



Klinische Realität - BPS



- frühe Erkennung und Behandlung der Störung verbessern deutlich die Prognose (Kaess 2014)
- Klinische Realität:
 - Pharmakotherapie häufigste Behandlungsform (Cailhol et al. 2013)
 - einseitige Fokussierung auf NSSV und Suizidalität, keine Weiterleitung an spezialisierte Behandlungssettings (Taliaferro et al. 2013)
 - viele Patienten brechen Behandlung ab (Mehlum et al. 2014)

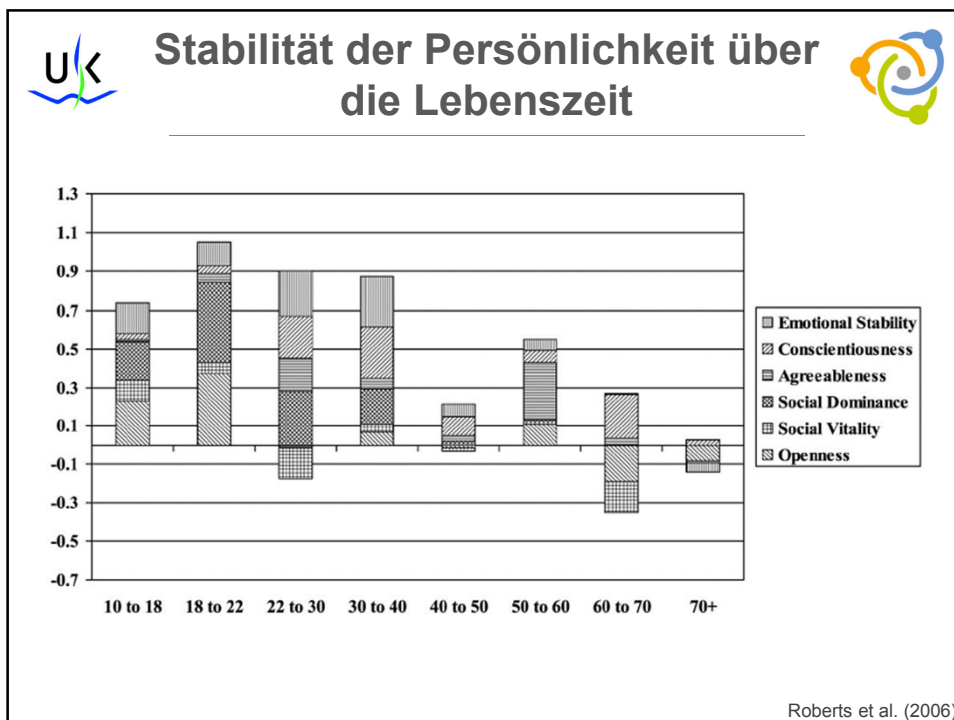
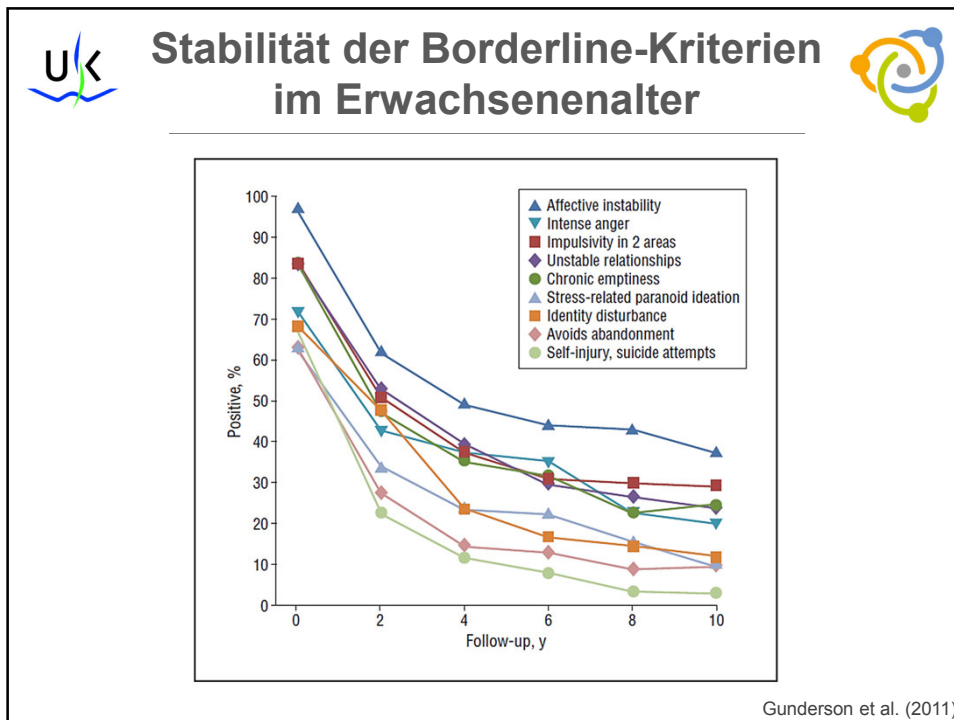
©AWP Berlin



**Die frühe Erkennung und
Behandlung der BPS
verbessert deutlich die
Prognose!**



**Die Diagnose BPS wird im
Jugendalter oft trotz
zutreffender Kriterien nicht
vergeben!**





Vorteile von Früherkennung und -behandlung



- Reduktion der Erkrankungsdauer der BPS
- Reduktion iatrogenen Schädigung, z.B. durch Hospitalisierung oder Polypharmakotherapie (Zanarini et al., 2004)
- Reduktion von rezidivierenden, komorbiden Störungen
- Reduktion von kumulativen traumatischen Erlebnissen (Zanarini et al., 2005)
- Frühzeitige Veränderung von BPS-assozierten soziodemographischen Faktoren

Kaess et al. (2014)



**Selbstverletzung und andere
Formen der Selbstschädigung
sind wichtige
Frühwarnzeichen der
Borderline-Störung**



Klinische Realität BPS



Im Erwachsenenalter Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) derzeit am besten untersuchte effektive Behandlungsform zur Behandlung der BPS (Linehan, Bohus & Lynch 2007)

©AWP Berlin



Wie ist DBT entstanden?



- 80er Jahre (Linehan): störungsspezifisches ambulantes Therapiekonzept
- chronisch suizidale Patientinnen mit BPS
- DBT integriert:
 - therapeutische Methodik aus Bereichen der VT, und der kognitiven Therapie
 - der Gesprächspsychotherapie,
 - der Hypnotherapie und dem ZEN
- Wirksamkeit von vier unabhängigen Arbeitsgruppen in 7 randomisiert-kontrollierten Therapiestudien nachgewiesen

©AWP Berlin



Klinische Realität BPS



- DBT-A adaptiertes Behandlungskonzept für Adoleszente mit BPS traits (Miller & Rathus 2007)
 - verkürzte Behandlungsdauer
 - Integration des Umfeldes
 - zusätzliches Modul „walking the middle path“
 - verschiedene unkontrollierte Studien (Fleischhaker et al. 2011 et al., Rathus & Miller 2004) und eine RCT zeigen die Wirksamkeit der DBT-A (Mehlum et al. 2014)

©AWP Berlin




**Selbstverletzung und auch
die Borderline-
Persönlichkeitsstörung
sind im Jugendalter gut
behandelbar**



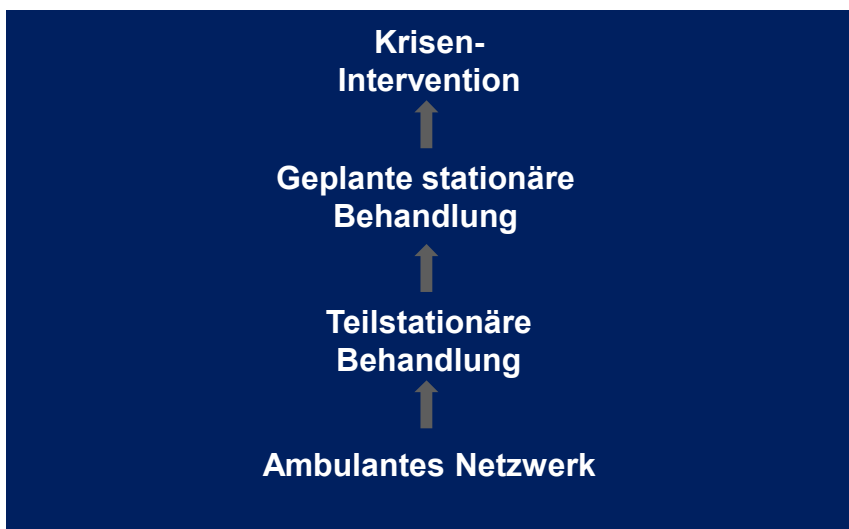

Uniklinikum Würzburg

AtRisk

Spezialambulanz für Risikoverhalten
und Selbstschädigung (AtRisk)



Stepped Care-Treatment



```
graph BT; A[Ambulantes Netzwerk] --> B[Teilstationäre Behandlung]; B --> C[Geplante stationäre Behandlung]; C --> D[Krisen-Intervention]
```

Krisen-Intervention

Geplante stationäre Behandlung

Teilstationäre Behandlung

Ambulantes Netzwerk

©AWP Berlin



Selbstschädigende und riskante Verhaltensweisen im Jugendalter

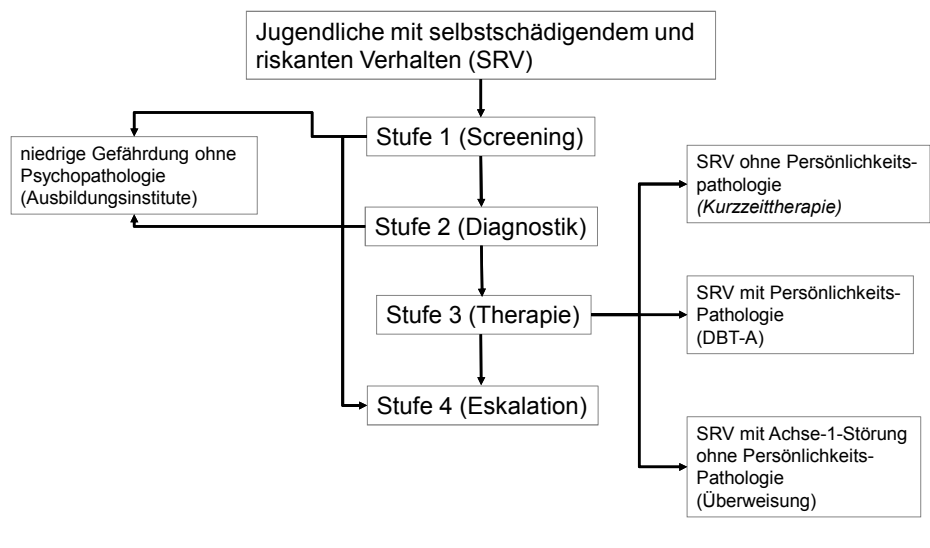


(Kaess et al. 2017)

- Alkohol- und Substanzmissbrauch
- Exzessive Medien- und Internetnutzung
- Riskantes Sexualverhalten
- Schulschwänzen
- Selbstverletzendes Verhalten
- Suizidales Verhalten
- Aggression und Delinquenz
- Anderes Risikoverhalten



Mehrstufiges Interventionskonzept





Stufe 1 (Screening)



- offene Sprechstunde für Jugendliche zwischen 12-17 Jahren mit SRV
- niederschwelliger Zugang; 30-minütiger Termin
- Ziel:
 - Evaluation und Einschätzung der Gefährdung und der Psychopathologie
 - gezielte Zuweisung an entsprechendes Setting
 - Filterfunktion



Stufe 2 (Diagnostik)



- zeitnahe weiterführende Diagnostik
 - SKID-II, SITBI, LPI, SCL-90-R, BDI-2, KIDSCREEN-52, FEEL-KJ, CASI, STAIK, Fragebögen zu riskanten Verhaltensweisen
- Orientierungsgespräch für Auswertung der Ergebnisse Behandlungsempfehlung ggf. erweiterte Anamnese
- Ziel:
 - Frühintervention der BPS bzw. der Entwicklung eines Vollbildes entgegenwirken
 - Überweisung in ein angemessenes Behandlungssetting



Stufe 3 (Therapie)



- ambulante Einzel-Psychotherapie
- ambulantes Skillstraining
- Telefonkontakte
- Behandlung im Team (CT-Team, Supervision)
- kinder- und jugendpsychiatrisches sowie psychosoziales Management
- Ziel:
 - langfristige psychosoziale Integration des Jugendlichen
 - eine stationäre Behandlung wird versucht zu vermeiden



Stufe 3 (Therapie)



- Einschlusskriterien:
 - mind. 3 Kriterien einer BPS
 - Commitment für eine Behandlung (Bereitschaft der Teilnahme an allen Therapiebausteinen, Erledigung der HA)
- Ausschlusskriterien:
 - akute Suizidalität, akute psychotische Episode
 - Abhängigkeitserkrankung
 - Schulabstinenz seit 8 Wochen (komplett)
 - kein fester Wohnsitz, laufendes Strafverfahren (Fremdaggression)



Stufe 3 (Therapie)



- Probatorik
 1. Vorstellung und Klärung (Rahmenbedingungen)
 2. Commitment (Pro & Contra)
 3. Verhaltensanalyse
 4. individuelles Störungsmodell
 5. Zusammenfassung der Mikro- und Makroebene und Erstellung eines Behandlungsplanes (ggf. Wertemodell)
 6. Vorstellung im CT-Team (übergeordnete Behandlungsziele)



Stufe 3 (Therapie)



- Behandlung (Struktur der Stunde)
 1. Achtsamkeitsübung (5-10 min)
 2. Diary Card/Agenda/Wochenziele (5-10 min)
 3. Kernzeit der Stunde (30 min)
 4. Festlegung Ziele/"To Do's"/wind down (5-10 min)
 5. Dokumentation der Stunde (5-10 min)
- eine Klärung über Weiterbehandlung oder Behandlungs- ende sollte rechtzeitig erfolgen (5 Stunden vor Abschluss)



Stufe 3 (Therapie)



- Skillstraining
 - Skills für Beginner
 - 5 Einheiten (Hintergründe & Fakten, Achtsamkeit, Stresstoleranz)
 - Basis-Skills
 - (Achtsamkeit, Stresstoleranz Aufbau, Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten)
 - Aufbau Skills
 - (Achtsamkeit/langfristig wirksame Stresstoleranz/Mediation, Umgang mit Gefühlen, Selbstwert)



Stufe 4 (Eskalation)



- geschlossene stationäre Aufnahme bei akuter Suizidalität
- At Risk Behandlung wird weitergeführt, wenn
 - der Jugendliche sich freiwillig auf die ITE begibt.
 - Der Jugendliche innerhalb von 48 Stunden, die Station wieder verlassen kann.
 - Treffen von ambulanten Therapeut mit Patient auf ITE zur Stärkung des Commitments
- getrennt davon sind geplante stationäre/teilstationäre Behandlungen



Forschung DBT-A



- Kritik an DBT und DBT-A
 - lediglich Veränderung auf Symptomebene (Clarkin et al. 2007, Verheul et al. 2003)
 - RCT zu DBT-A von Mehlum und Kollegen (2014) zeigt keine Veränderung der BPS-Kriterien
 - Selbstverletzung und Suizidgedanken/-versuche können effektiv durch Kurzzeitprogramme vermindert werden (Brent et al. 2014)



Ziele der DBT-A Studie

(Bürger et al. in press)



- Reduktion der BPS Kriterien
 - alle 9 Symptomkriterien zeigen signif. Reduktion
 - „akute“ Symptome (Impulsivität in 2 Bereichen, suizidales und selbstverletzendes Verhalten) zeigen stärkere Reduktion als „chronische Symptome (Angst vor dem Allein sein, Identitätsstörung, affektive Instabilität)
- Reduktion der Frequenz der Suizidversuche, -gedanken, Selbstverletzung, selbst berichtete BPS-Symptomatik



Methode Studie DBT-A

(Bürger et al. in press)



Stichprobe

- 72 Jugendliche zwischen 12-17 Jahren (M = 15.7 SD = 1.18)
- Einschlusskriterien: mind. 3 BPS-Symptome (SCID-II)
- Ausschlusskriterien: akute psychotische Symptomatik, akute Eigen- oder Fremdgefährdung, geistige Behinderung, bipolare Störung und Schizophrenie oder schizoaffektive Störung

Therapie

- DBT-A + ‚good clinical care‘
- Einzeltherapie (50 min) für 25 Wochen
- 20 Sitzungen Skillstraining (120 min),
- familientherapeutische Sitzungen (jede 4. Sitzung)

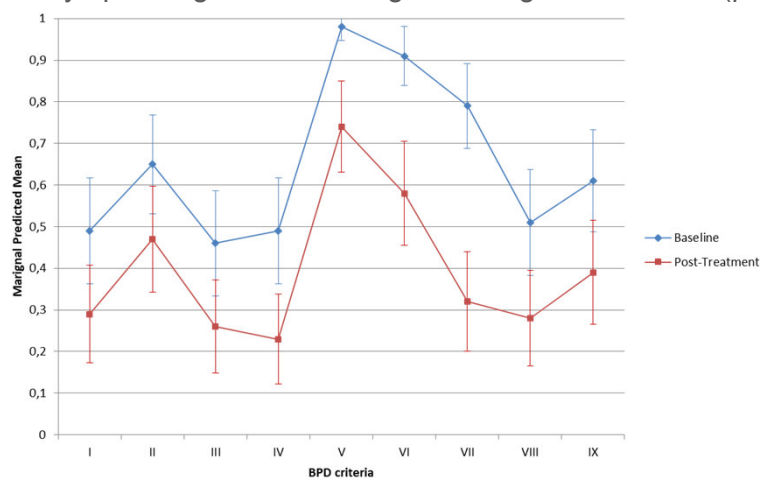



Ergebnisse Studie DBT-A

(Bürger et al. in press)




- 5.8 BPS-Kriterien vor und 3.6 nach DBT-A ($p < .001$)
- alle Symptome gleich rückläufig, keine signf. Interaktion ($p = .52$)





Ergebnisse Studie DBT-A


(Bürger et al. in press)



▪ alle sekundären Zielparameter hochsignf. rückläufig


| Psychopathology | Baseline mean (SD) | Post-treatment mean (SD) | Coefficient | 95% CI | t score | p |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------|-----------------|---------|-------|
| BPD Core symptoms (LPI) | 200.3 (42.8) | 162.3 (54.9) | -37.55 | -49.10 - -26.03 | -5.82 | >.001 |
| Global Severity Index (SCL-90-R) | 1.9 (0.8) | 1.2 (0.8) | -0.65 | -0.89 - -0.41 | -5.29 | >.001 |

| Self-Harm | Baseline mean (SD) | Post-treatment mean (SD) | IRR | 95% CI | t score | p |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|------|-------------|---------|-------|
| Self-harm (past 6 months) | 52.4 (55.4) | 11.8 (26.9) | 0.14 | 0.85 – 0.23 | -7.64 | >.001 |
| Suicide attempts (past 6 months) | 0.7 (1.4) | 0.1 (0.8) | 0.12 | 0.05 – 0.85 | -4.50 | >.001 |



Diskussion Studie DBT-A

(Bürger et al. in press)



- Reduktion aller BPS-Kriterien
 - „akute“ Symptome nicht stärker rückläufig als „chronische“
 - stärkste Reduktion: affektive Instabilität und chronisches Gefühl der Leere
- Veränderungen vergleichbar mit bisherigen DBT-A Studien (Mehlum et al. 2014, Fleischaker et al. 2011)
- größte bisher mit DBT-A evaluierte Stichprobe
- BPS-Kriterien und Komorbidität deutlich stärker ausgeprägt als in bisherigen DBT-A Studien