

Nichtsuizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS)

Prof. Dr. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy

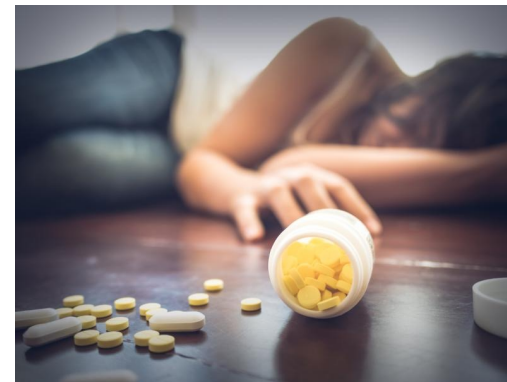
Selbstverletzung vs. Suizidversuch

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)



- bewusste, freiwillige und direkte Schädigung von eigenem Körpergewebe
- ohne suizidale Absicht
- kulturell/ sozial nicht akzeptiert

Suizidversuch



- bewusste, freiwillige, selbstschädigende Handlung, initiiert mit der Intention zu sterben

NSSV: Methode/ Lokalisation

Selbstverletzungsmethode	%	Lokalisation der Verletzung am Körper	%
Schneiden/ Ritzen	61.8	Arme (Ober- und Unterarme)/ Handgelenke	64.3
Kratzen/ Kneifen	42.7	Hand/ Finger	45.0
Beissen	29.4	Beine (insb. Oberschenkel)	36.9
Stechen	27.6	Kopf/ Hals/ Gesicht	26.4
An-/ Selbstschlagen	26.5	Bauch	25.5
Abheilungsstörung	25.6	Unterleib/ Genitalien	15.6
Verbrennen/ Verbrühen	22.0	Brust	15.2



NSSV ist nicht
immer sichtbar

- **Sonderform:** Fremdkörperingestion
- Häufig werden mehrere Methoden angewendet (können sich über Zeit ändern)
- Methodik ist teilweise **geschlechtsabhängig:**
 - Mädchen häufiger Schneiden/ Ritzen
 - Jungen häufiger Verbrennen, sich Schlagen

Prävalenz

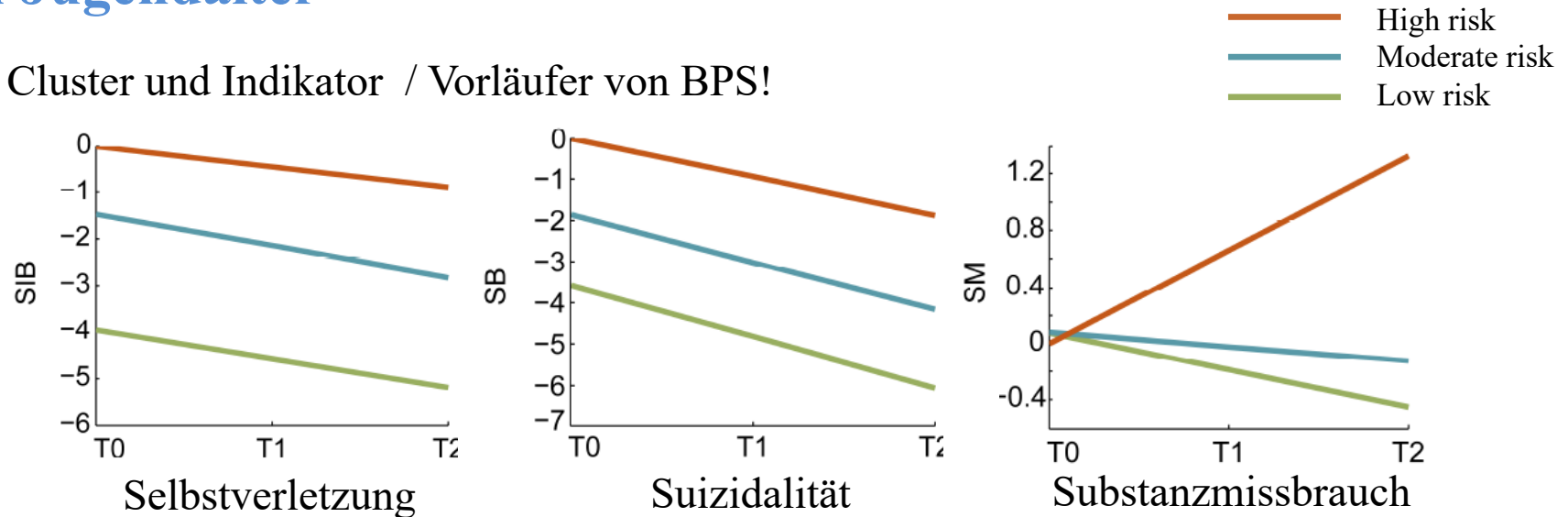
- **Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten**
 - Ca. 18% Lebenszeitprävalenz (international) von mind. einmaligem NSSV
 - Mind. einmaliges NSSV bei 25–35% der Jugendlichen aus Schulstichproben (Deutschland), 10-12% repetitiv
 - Bei 50% repetitives NSSV in Stichproben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- **NSSV**
 - Häufigkeitsgipfel: Alter 15-16 Jahre in Stichproben der Allgemeinbevölkerung
 - Ca. 4% der Jugendlichen erfüllen DSM-5 Kriterien von NSSV
 - Erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und Suizidversuche
 - Häufig Vorläufer von schwerer Psychopathologie

Nachahmung, Ansteckung?

- Erste Selbstverletzung: meist intrapersonelle Funktion
- Vor der ersten Selbstverletzung (64.7%):
 - Soziale Ansteckung: persönlicher Kontakt mit Personen, die NSSV aufweisen: 39.2%; medialer Kontakt mit NSSV: 25.4%; beides: 35.4%

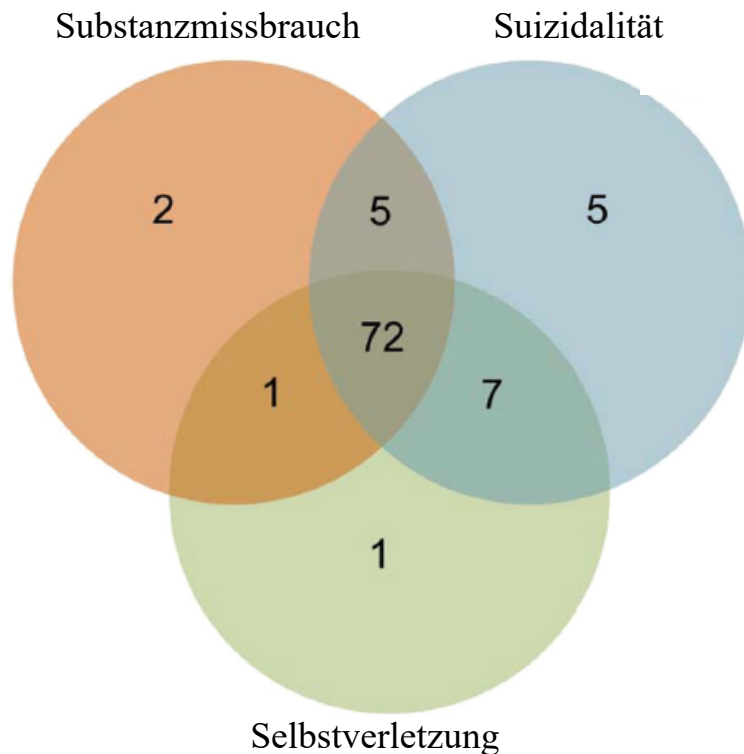
Verlauf selbstschädigender Verhaltensweisen im Jugendalter im Jugendalter

Cluster und Indikator / Vorläufer von BPS!



- 513 Jugendliche (15-17 Jahre, Deutschland), jährliche Erhebungen über zwei Jahre
- Risikoverhalten und Selbstschädigung: Beides assoziiert mit affektiver Dysregulation und Impulsivität.
- Ähnliches Muster des Abfalls schädigender Verhaltensweisen in Bezug auf Selbstverletzung und Suizidalität.
- Anstieg von Substanzmissbrauchs in der Hochrisikogruppe: Symptomverschiebung, assoziiert mit BPS; möglicherweise früher Risikoindikator.

Ein selbstschädigendes Verhalten kommt selten allein



- **77.4%** der Jugendlichen (N= 93) der Hochrisikogruppe, **waren Teil aller drei Hochrisikogruppen**
- Überlappung assoziiert mit **BPS-Symptomatik**

Anmerkung: Zahlen = Anzahl Individuen

- **Komorbide Störungen treten gehäuft** im Zusammenhang mit NSSV (deliberate self-injury behavior, D-SIB) auf: Ergebnisse der SEYLE Studie (Saving and Empowering Young Lives in Europe)
 - 11 Europäische Länder, schulbasierte Stichproben
 - N = 12068 Jugendliche (mittleres Alter = 14.9 (*SD*=0.89))

Table 3 Frequencies of demographic and psychological factors by D-SIB-group

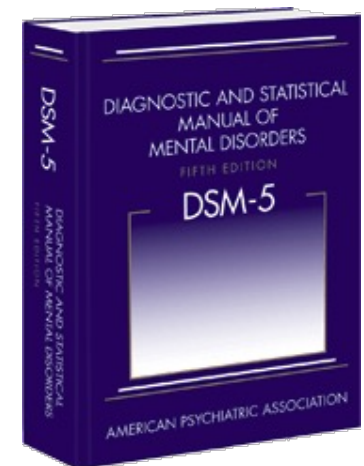
	No lifetime D-SIB	Occasional D-SIB	Repetitive D-SIB	Total study sample
Age; mean (<i>SD</i>)	14.9 (.89)	14.9 (.89)	15 (.94)	14.9 (.89)
Female gender; <i>n</i> (%)	4,709 (53.9)	1,427 (59.9)	581 (61.5)	6,717 (55.7)
Student perceived himself/herself as a religious person; <i>n</i> (%)	3,961(46.6)	925(40.1)	294(32.2)	5,180 (44.2)
Parental unemployment; <i>n</i> (%)	736(8.6)	290(12.5)	164(17.9)	1,190 (10.1)
Student does not live with biological parent or relative; <i>n</i> (%)	109(1.3)	52(2.2)	27(2.9)	188 (1.6)
Parents do not understand student's problems; <i>n</i> (%)	3,442(39.8)	1,306(55.4)	650(69.2)	5,398 (45.2)
Parents do not pay attention to student; <i>n</i> (%)	2,934(33.9)	1,156(49.3)	545(58.7)	4,635 (38.9)
Loneliness/Social relationship problems; <i>n</i> (%)	262(3.0)	192(8.1)	192(20.5)	646 (5.4)
Peer victimization; <i>n</i> (%)	424(4.9)	282(12.0)	210(22.5)	916 (7.7)
Depression; <i>n</i> (%)	932(10.8)	670(28.5)	537(58.1)	2,139 (17.9)
Anxiety; <i>n</i> (%)	312(3.7)	267(11.5)	306(33.7)	885 (7.6)
Suicidality; <i>n</i> (%)	612(7.1)	561(23.8)	505(54.0)	1,678 (14.0)
Sensation-seeking and delinquent behaviors; <i>n</i> (%)	477(5.5)	297(12.6)	224(24.0)	998 (8.4)
Tobacco use; <i>n</i> (%)	1.390(16.7)	771(34.6)	419(48.3)	2,580 (22.6)
Alcohol consumption; <i>n</i> (%)	2,035(23.4)	976(41.2)	533(56.8)	3,544 (29.5)
Illegal drug consumption; <i>n</i> (%)	237(2.7)	162(6.9)	147(15.8)	546 (4.6)
Truancy; <i>n</i> (%)	229(2.6)	132(5.6)	84(9.0)	445 (3.7)

⇒ Jugendliche mit **repetitivem NSSV**:

58.1% depressive Symptome, **33.7%** Angstsymptome, **54.0%** Suizidalität

Diagnostik von NSSV

- Forschungsdiagnose im DSM-5
- Definition: direkte absichtliche Verletzung des eigenen Körpers (Zerstörung/ Veränderung des Körpergewebes)
 - Ohne suizidale Intention
 - Funktionell motiviert
 - Sozial nicht akzeptiert



DSM-5 Sektion 3: Diagnosekriterien NSSV

A) Innerhalb des **letzten Jahres** hat sich das Individuum an **fünf 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), mit der Erwartung, dass die Verletzung nur zu einem **kleinen bis moderaten körperlichen Schaden** führt (**ohne suizidale Intention**).

B) Das Individuum unternimmt das selbstverletzende Verhalten mit einer oder mehr der folgenden **Erwartungen**:

1. Um **Erleichterung** von einem negativen Gefühl oder kognitiven Zustand zu bekommen
2. Um eine interpersonelle **Schwierigkeit zu lösen**
3. Um einen **positiven Gefühlszustand** herbeizuführen

DSM-5 Sektion 3: Diagnosekriterien NSSV

C) Die absichtliche Selbstverletzung ist mit mindestens einem der folgenden **Umstände** assoziiert:

1. Interpersonelle Schwierigkeiten oder **negative Gefühle** oder Gedanken, wie Depression, Angst, Anspannung, Wut, allgemeine Verzweiflung oder Selbstkritik, welche unmittelbar im Zeitraum vor dem selbstverletzenden Akt auftreten
2. Vor der Durchführung kommt es zu einer **gedanklichen Beschäftigung** mit der Handlung, die nur **schwer kontrolliert werden kann**
3. **Häufiges Nachdenken** über Selbstverletzung, auch wenn nicht immer danach gehandelt wird

DSM-5 Sektion 3: Diagnosekriterien NSSV

D) Das Verhalten ist **sozial nicht akzeptiert** (z. B. Piercing, Tätowierungen, Teil eines religiösen oder kulturellen Rituals) und ist nicht auf das Zupfen an Schorf oder Nägel beißen beschränkt.

E) Das Verhalten oder seine Konsequenzen verursachen **klinisch signifikanten Stress oder eine Beeinträchtigung** in interpersonellen, akademischen, oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

F) Das Verhalten tritt **nicht ausschließlich während** psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen durch Substanzen oder im Substanzentzug 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, Autismus-Spektrums-Störung, mentale Retardierung, Lesch-Nyhan-Syndrom, stereotype Bewegungsstörung mit Selbstverletzungen, Trichotillomanie[Haarausreißen], Exkoration [Hautzupfen]).

Open Access: <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/101>

Nichtsuizidale Selbstverletzungen

(DSM-5 Sektion III, Forschungsdiagnose)

Im Folgenden geht es um selbstverletzendes Verhalten.

- *1.1 *Verletzt Du Dich absichtlich selbst, um Dir Schmerzen zuzufügen, zu bluten oder Dich zu quetschen beispielsweise durch Schneiden, Ritzen, Verbrennen, exzessives Reiben, Stechen oder Schlagen?* JA ____ NEIN ____

Beschreiben: _____

Zudem: Frage nach...

- Art und Gegenständen
- Häufigkeit
- Beginn
- Suizidale Intention
- Erwartungen vor, während und nach NSSV
- Gefühle als Auslöser
- Drang/ Gedanken und Kontrolle

*2. *Wie verletzt Du Dich selbst?*

- Schneiden
- Ritzen
- Kratzen
- Wundmanipulation
- Schädigung der Nägel
- Verbrennen
- Exzessives Reiben
- Schlagen
- Quetschen
- Stechen
- Anderes
- Falls JA bei Anderes:

Entstehung und Aufrechterhaltung von NSSV

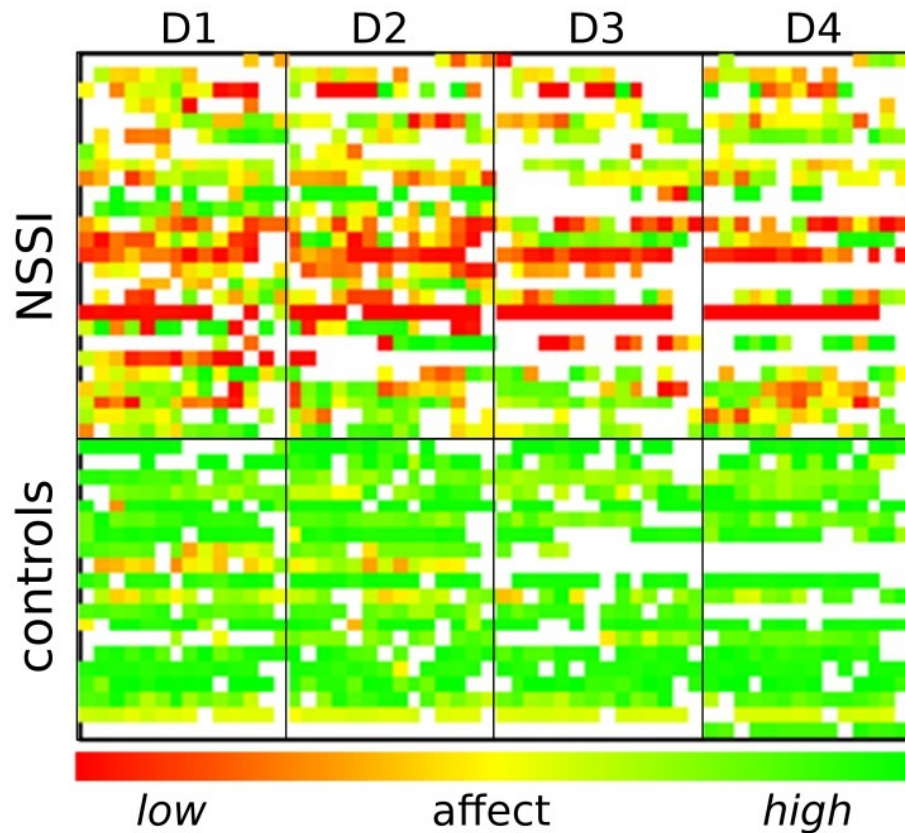
Prädisposition: Hohe emotionale Sensitivität & Reaktivität, Defizite Impulskontrolle & Emotionsregulation

Auslöser: subjektiv unerträglicher Affekt vor der Selbstverletzung

Verstärkung: Erwartung einer Entlastung (↵) oder eines positiven Zustands durch die Selbstverletzung (C+)

- Häufigkeit unterschiedlicher **Funktionen** von NSSV (N=13396 Studierende, 18-29 Jahre, USA):
 - **Um etwas zu fühlen: 27%**
 - Um weinen zu können: 10%
 - Um einen Kick/ Energieschub zu bekommen: 12%
 - **Um den emotionalen Schmerz in einen körperlichen Schmerz umzuwandeln: 37%**
 - Mit Frustration umgehen: 38%
 - Mit Wut umgehen: 26%
 - **Um Druck/ Anspannung/ Stress abzubauen: 44%**
 - **Um mit unangenehmen Gefühlen umzugehen: 52%**
 - Um Kontrolle wiederzuerlangen: 20%
 - Um zu zeigen, dass etwas nicht stimmt: 19%
 - Um mich von Problemen abzulenken: 21%
 - Um Suizidversuch zu verhindern: 4.5%
 - Wegen meines Selbsthasses: 15%
 - Als Selbstbestrafung: 19%

NSSV & emotionale Dysregulation

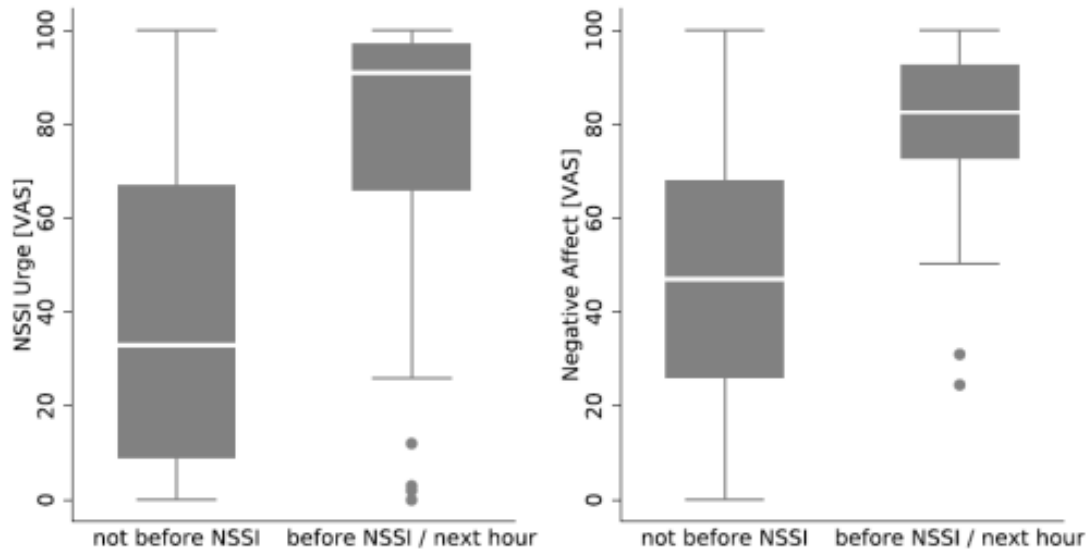


nonsuicidal self-injury (NSSI)

- **Klinische Fall-Kontroll-Studie, Ecological Momentary Assessment (EMA) über 4 Tage:**
 - NSSV: n=26 (100% weiblich, 15.9 Jahre alt)
 - Kontrollen: n=20 (100% weiblich, 15.8 Jahre alt)
 - Signifikant mehr negativer Affekt und höhere Instabilität ($p < .001$) im Affekt bei Jugendlichen mit NSSV

NSSV: Drang und negativer Affekt

- EMA-Studie mit 73 weiblichen Jugendlichen mit NSSV über 4 Tage
- Prädiktoren von NSSV:
 - Between-subject: **Drang zu NSSV**
 - Within-subject: **Negativer Affekt**
- Jedoch: **Negativer Affekt nahm nach NSSV weiter zu** → positive Effekte (z.B. Reduktion negativer Affekt) sind (wenn überhaupt) von sehr kurzer Dauer



➤ Erklärungsansatz

- geringere Schmerzsensitivität / veränderte Cortisolstressreaktion bei sozialen Stressoren
- Chronische Überaktivierung der Stressantwortsysteme

Zusammenfassung ätiologischer Faktoren

■ **Biologische Faktoren**

- Genetische Prädisposition für hohe emotionale und kognitive Reaktivität, Stressreaktivität (elterliche Depression)
- Endorphinausschüttung, dadurch euphorisierende und schmerzlindernde Wirkung, reduzierte Schmerzempfindung bei 80% der Patienten

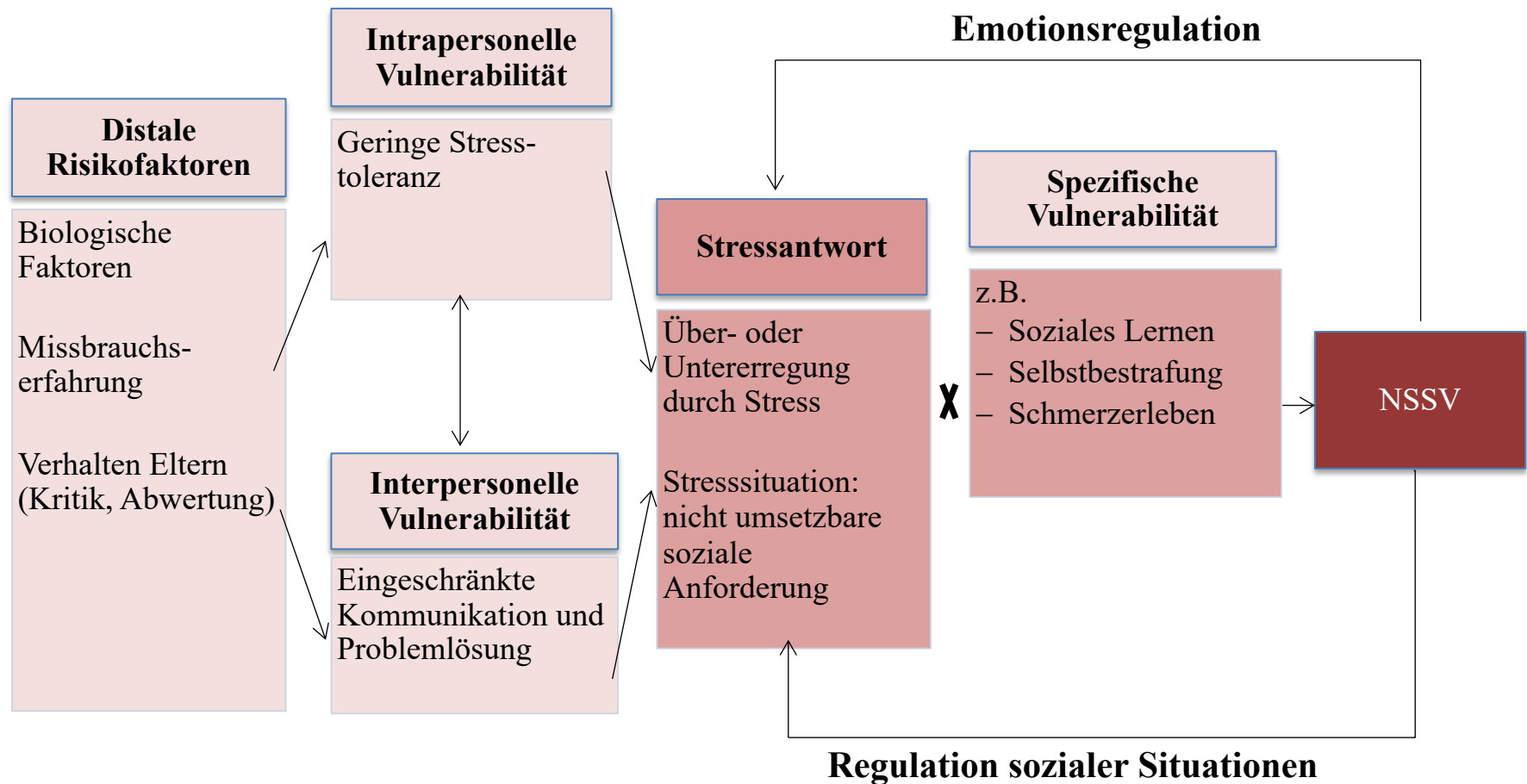
■ **Psychische Faktoren**

- Geringe Stresstoleranz
- Emotionsregulationsdefizite/ Impulsregulationsdefizite
- Mangelnder Selbstwert/ ausgeprägte selbstkritische Grundhaltung
- Negativer kognitiver Stil („niemand versteht mich, nur NSSV hilft, ich verdiene das“)

■ **Soziale Faktoren**

- Dysfunktionale Beziehungen, geringe soziale Unterstützung (Kritik, Abwertung), belastende Lebenserfahrungen (Missbrauch, Vernachlässigung), Medien (direkte und indirekte Imitation, soziale Akzeptanz)

Integratives Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von NSSV nach Nock



Behandlung: Leitlinien

Als Elemente der psychotherapeutischen Behandlung von NSSV **sollten** folgende Bereiche beachtet werden:

klare **Absprachen zum Vorgehen** bei Suizidalität und NSSV

Aufbau einer **Behandlungsmotivation**

Psychoedukation & Identifikation von Faktoren, die NSSV **auslösen oder aufrechterhalten**

Vermitteln von **alternativen** Handlungs- oder Konfliktlösestrategien

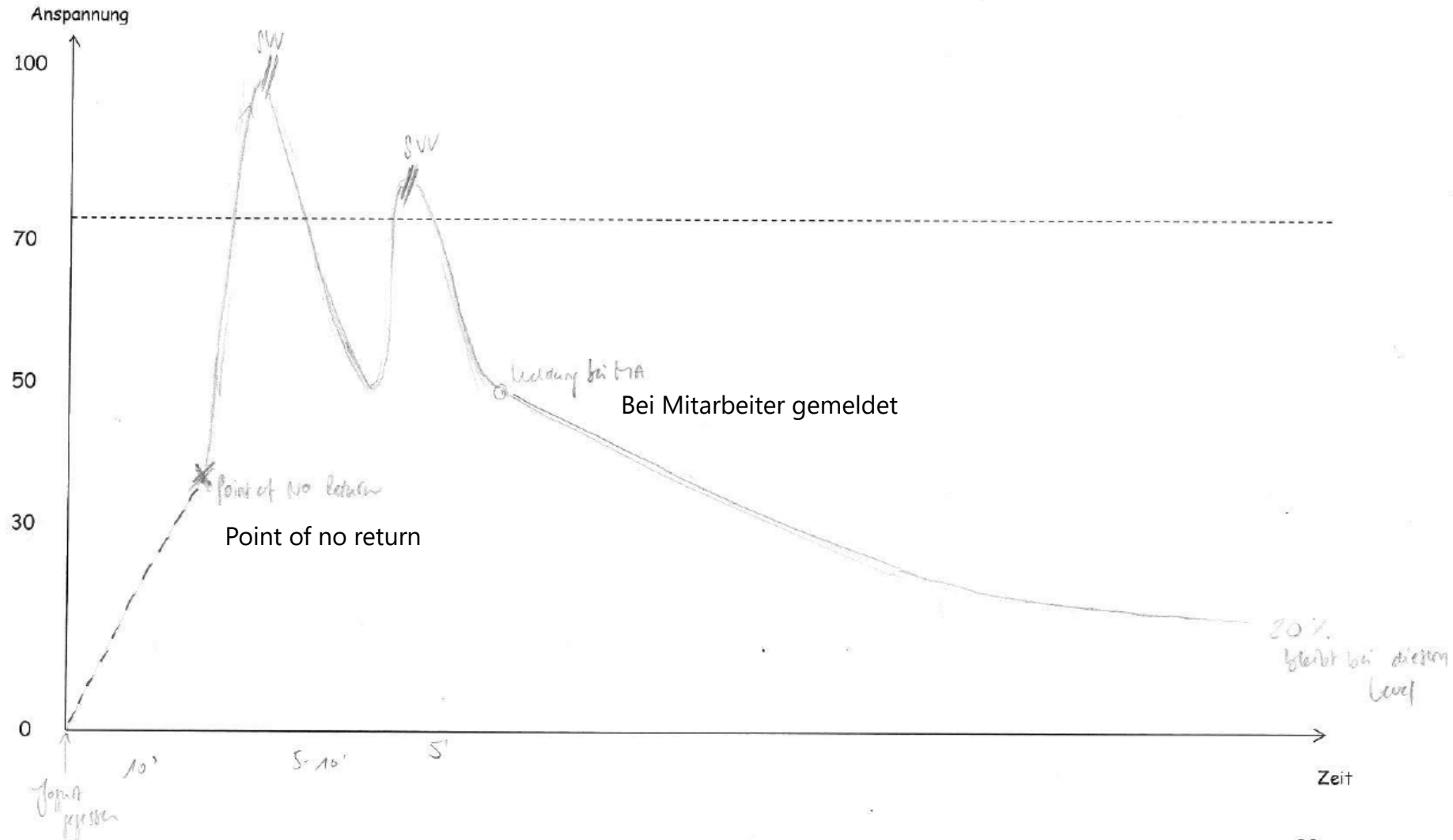
Leitliniengerechte Behandlung **komorbider psychischer Störungen**

Bsp. 4-Felder-Schema: Funktionalität & Motivation

	Vorteile +	Nachteile -
Veränderung durch die Therapie	<p>1. Persönlich relevante Vorteile der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine neuen Wunden/ Narben - Das eigene Leben im Griff haben - Unabhängig sein, in Ruhe gelassen werden - Es schaffen (Erfolg) 	<p>3. Persönlich relevante Nachteile der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unangenehme Auseinandersetzung - Über Gefühle und Belastungen sprechen müssen - Es nicht allein können
Beibehaltung des Verhaltens/ der Problematik	<p>4. Persönlich relevante Vorteile des Verhaltens/ der Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anspannung reduzieren - Erleichterung - Kontrolle behalten über innere Anspannung - „Erfolgserlebnis“ durch Kontrolle - Gefühl frei zu sein 	<p>2. Persönlich relevante Nachteile des Verhaltens/ der Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorge/ Zuwendung von anderen - „Versteckspiel“ durch Aufräumen aller Sachen und Verdecken der Wunden - Schamgefühl - Enttäuschung

Anspannungskurve Bsp. Lisa: Zwischenmenschliche Verletzung

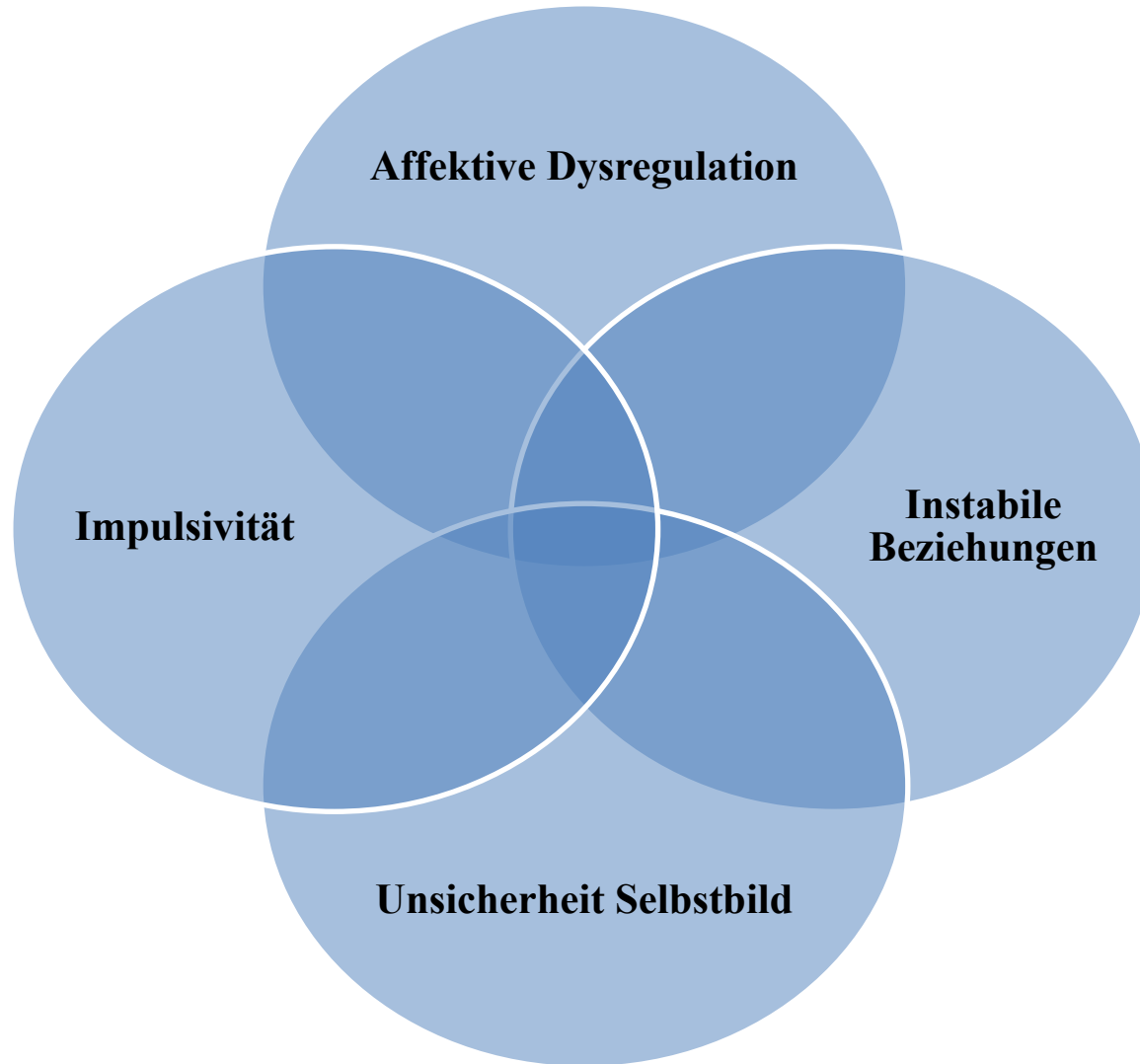
Anspannungsprotokoll



Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)



Kernmerkmale der BPS



Affektive Dysregulation

Impulsivität

**Instabile
Beziehungen**

Unsicherheit Selbstbild

DSM-5 Sektion II (kategoriale Diagnose): Borderline-Persönlichkeitsstörung

- A. Ein tiefgreifendes Muster von **Instabilität** in **zwischenmenschlichen Beziehungen**, im **Selbstbild** und in den **Affekten** sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. **Mindestens fünf** der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein.

DSM-5 Sektion II (kategoriale Diagnose): Borderline-Persönlichkeitsstörung

1. **Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.** (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
2. Ein Muster **instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen**, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. **Identitätsstörung:** ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. **Impulsivität** in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder-drohungen oder **Selbstverletzungsverhalten**.
6. **Affektive Instabilität** infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische **Gefühle von Leere**.
8. Unangemessene, **heftige Wut** oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste **paranoide Vorstellungen** oder schwere **dissoziative Symptome**.

Epidemiologie

- **Lebenszeitprävalenz BPS: 5%**, Geschlechterverhältnis ausgeglichen
 - Frauen öfter in psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung
 - Männer geraten häufiger mit Gesetz in Konflikt/ häufiger in Justizverfahren involviert

- **Jugendalter**
 - Punktprävalenz bis zu **3%** in der Allgemeinbevölkerung
 - Prävalenz von **11%** (ambulanten Versorgung) bis **78%** (Notfallversorgung wegen Suizidalität)

Verlauf BPS-Symptome im Jugendalter

Längsschnittliche Untersuchung der Veränderung von Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung (PS) im Jugendalter (816 Jugendliche 14-22 Jahre)

Insgesamt: **Reduktion der PS-Merkmale** in Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter (28% Abnahme)

Jedoch: Adoleszente mit einer **PS-Diagnose** haben in der Tendenz erhöhte PS-Merkmale im jungen Erwachsenenalter

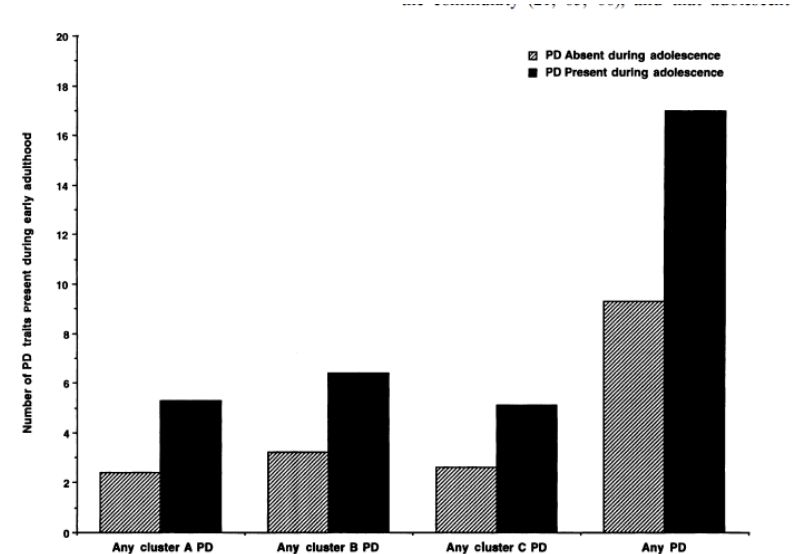
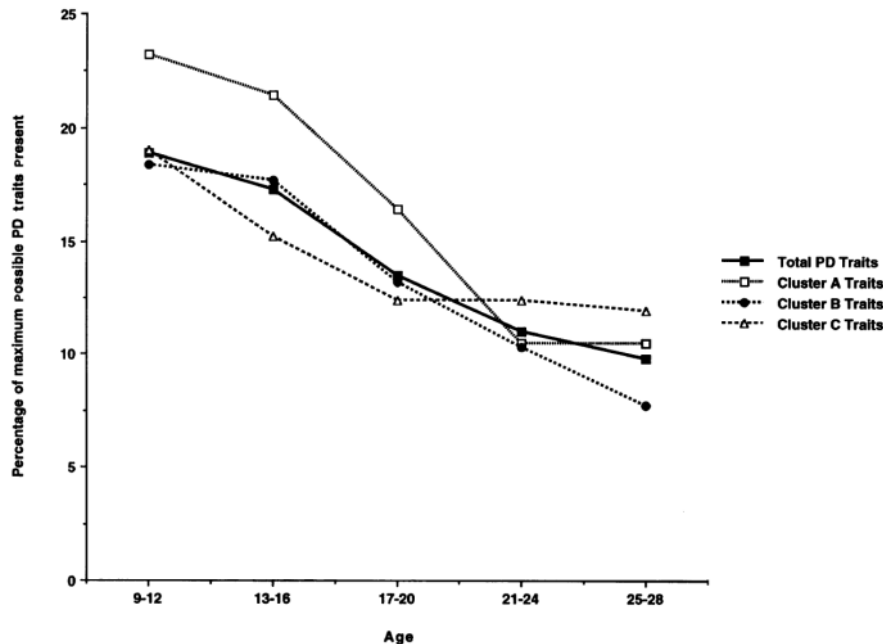


Fig. 2. Association between adolescent PD diagnoses and early adulthood PD traits. Note: forty-two adolescents were diagnosed with Cluster A PDs, 51 were diagnosed with Cluster B PDs, 35 were diagnosed with Cluster C PDs, and 103 were diagnosed with one or more overall PDs.

Früherkennung & Frühintervention: Eine späte Diagnosestellung kann schädlich sein

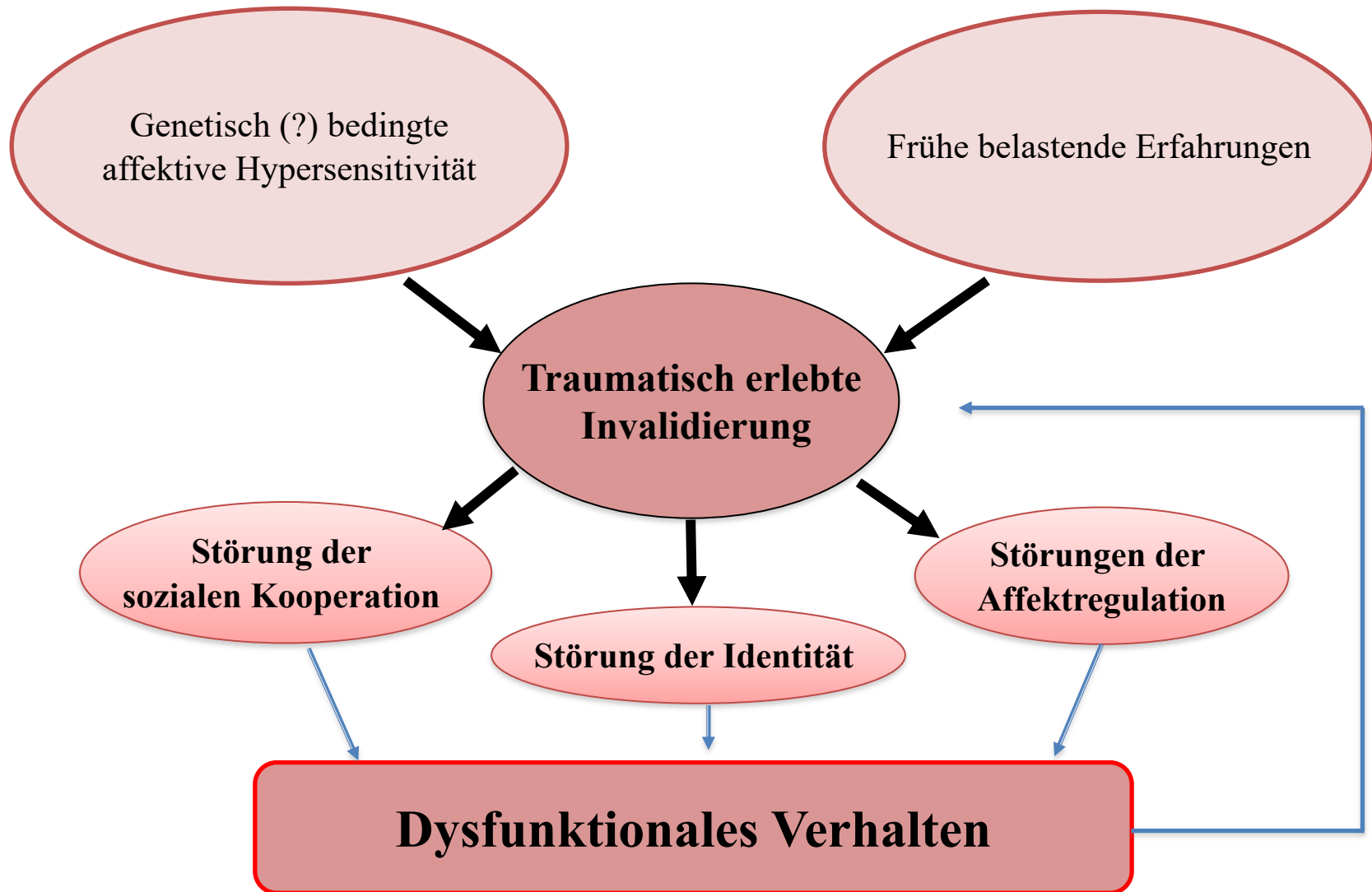
- Hohe Evidenz für Validität von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz
- Symptome einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 19 Jahren als Prädiktor für Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau
- Bedeutsamkeit der Früherkennung und Frühintervention

- Je länger die Störung unbehandelt bleibt, desto schlechter der Verlauf
 - Reduzierte Wahrscheinlichkeit adäquater Behandlung
 - Erhöhte Wahrscheinlichkeit inadäquater oder schädlicher Behandlung
 - Nicht erreichte Entwicklungsaufgaben
 - Funktionseinbussen bestehen bereits und reduzieren die Erfolgchancen wirksamer Behandlung

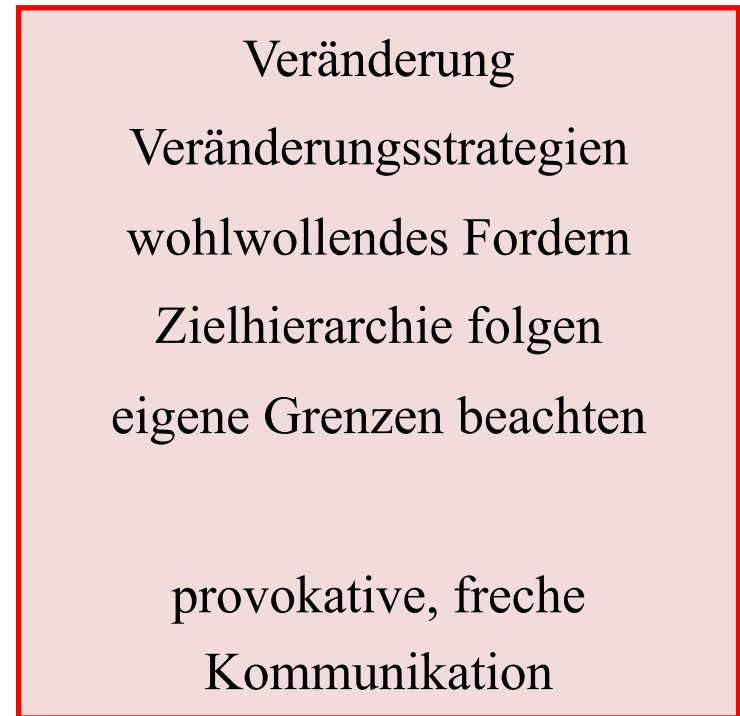
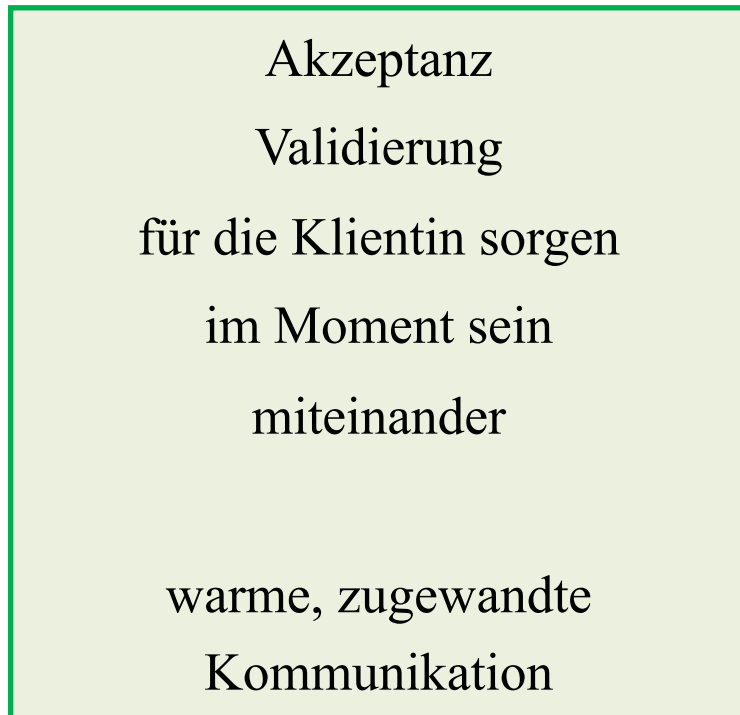
Ätiologie!?



Entstehung und Aufrechterhaltung der BPS



Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT-A)



DBT-A: Validieren – Commitment – Veränderung

Validieren

V1: ungeteilte

Aufmerksamkeit

V2: genaue Reflexion

V3: Verbalisierungshilfen

V4: Bezug zur Biografie/
Disposition

V5: Bezug zu aktivierten
Schemata

V6: Radikale Echtheit,
Einbezug der Norm

V7: Reziproke

Vulnerabilität/
Selbstoffenbarung

Commitment

C1: Freie

Wahlmöglichkeit

C2: Erinnerung an frühere
Zustimmung

C3: Pro & Contra

C4: Fuss-in-die-Tür/ Tür-
ins-Gesicht

C5: Advocatus Diaboli

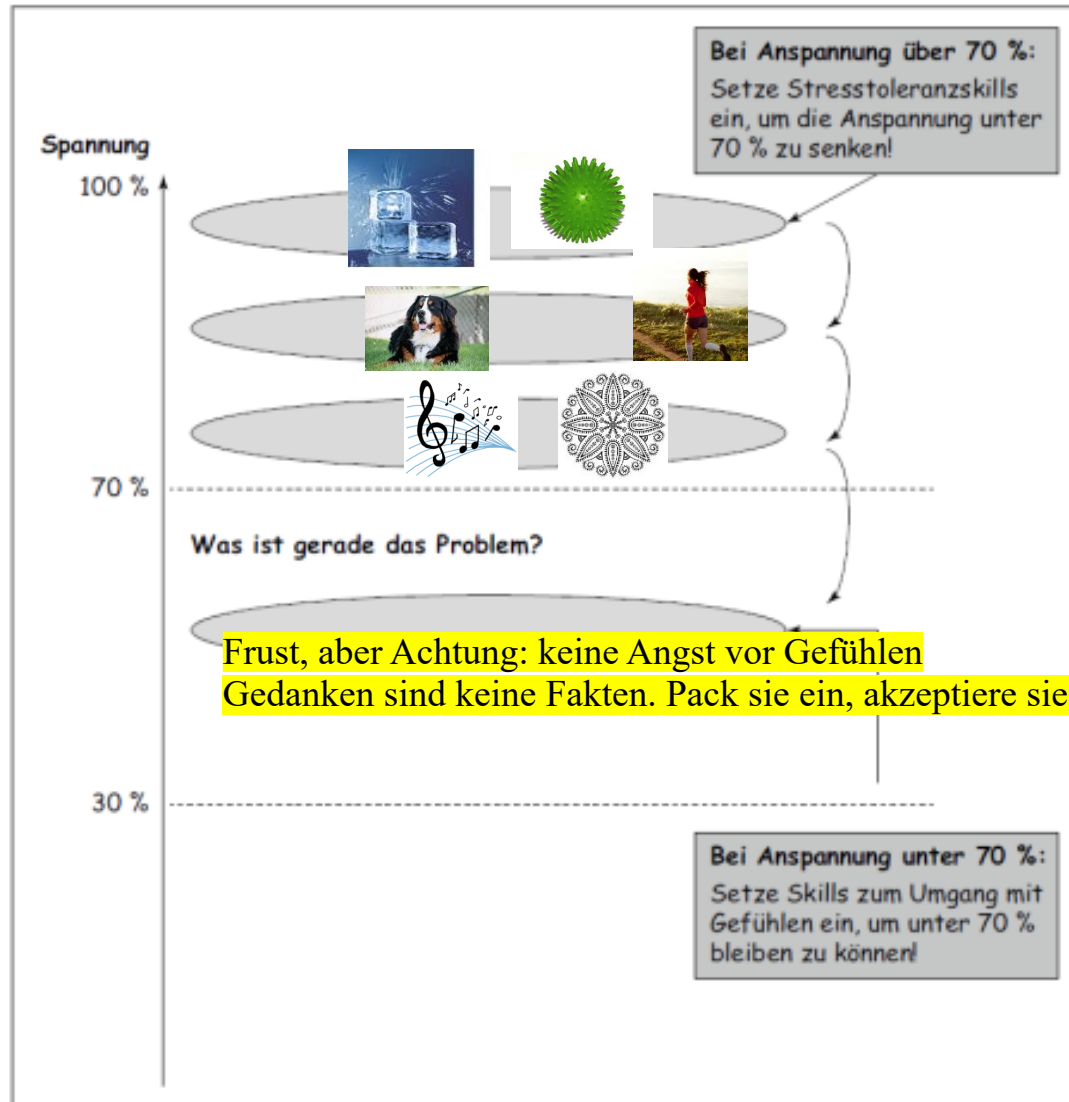
C6: Cheerleading

Veränderung



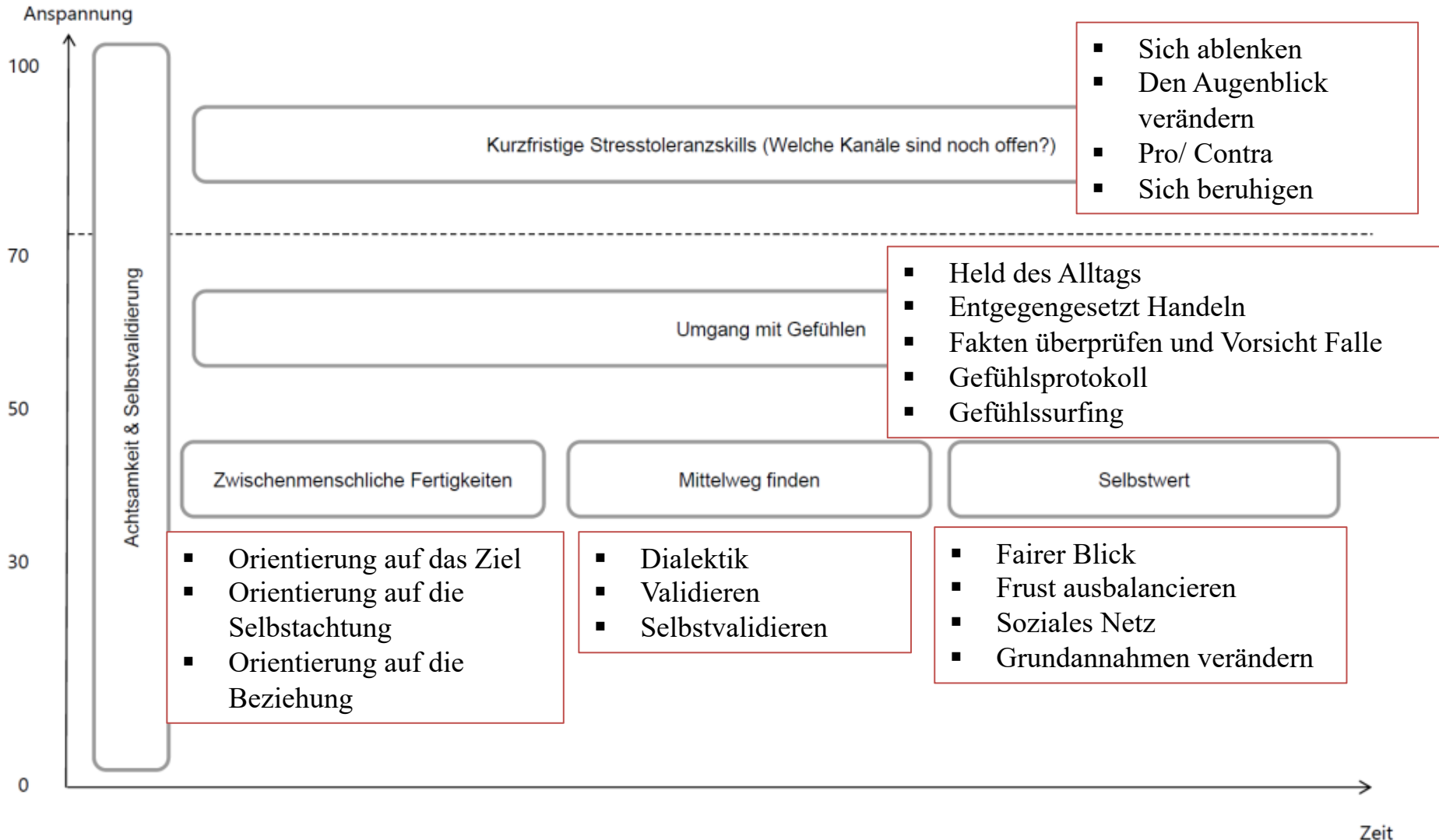
Validieren vor Commitment vor Veränderung!

Skills-Kette: Beispiel von Lisa



Interventionen: Übersicht

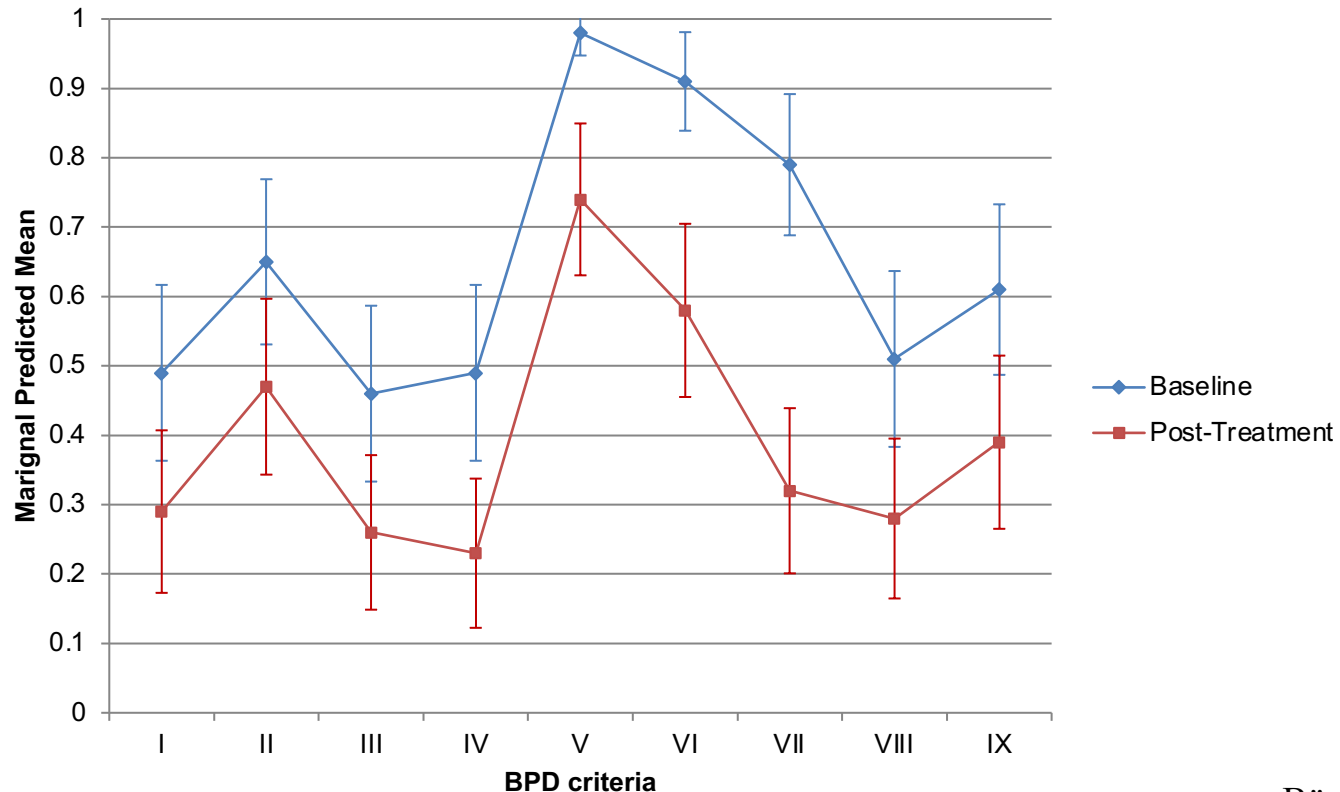
Anspannung und Anwendung von Skills



Wirksamkeit DBT-A

- 72 Jugendliche, 12-17 Jahre, mind. 3 BPS Kriterien
- Ambulante DBT-A Behandlung (25 Sitzungen Einzeltherapie, 20 Sitzungen Skills-Training)

	Baseline	Postline
NSSV (verg. 6 M.)	52.4 (<i>SD</i> =55.4)	11.8 (<i>SD</i> = 26.9)
BPS Kriterien	5.9 (<i>SD</i> =1.4)	3.6 (<i>SD</i> =2.2)
BPS Diagnosen	87.5%	30.5%



Literaturempfehlungen

- Von Auer, A. K. & Bohus, M. (2017). *Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A)*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- In-Albon, T., Plener, P. L., Brunner, R., & Kaess, M. (2015). *Selbstverletzendes Verhalten*. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (Vol. 19). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(3), 23-30.

