



Frühintervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Neues aus der Forschung

PD Dr. phil. Marialuisa Cavelti, Leitung Forschung Universitätsklinik für KJPP Bern
09.11.2023, Fachtagung Klinik Sonnenhof

Inhalt

Neues Forschungsergebnisse rund ...



Aktuelle Herausforderungen



Diagnostik



Therapie

Frühintervention der BPS

Aktuelle Herausforderungen



Steigende Nachfrage

Telefonische Beratungen der Pro Juventute

Im Vergleich zu 2019 haben die **Beratungen** zu den Themen **Depressionen, Suizidgedanken** und **Ängste** stark zugenommen

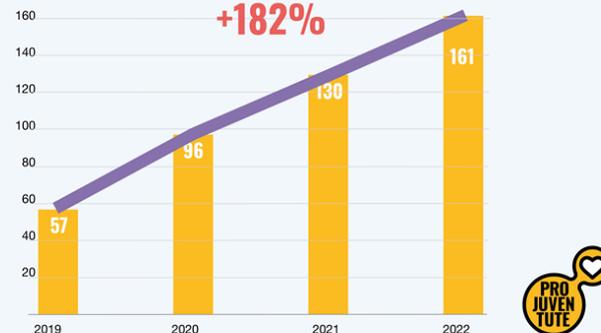
SUIZIDGEDANKEN: **+45%**

ANGST: **+21%**

DEPRESSIONEN: **+61%**

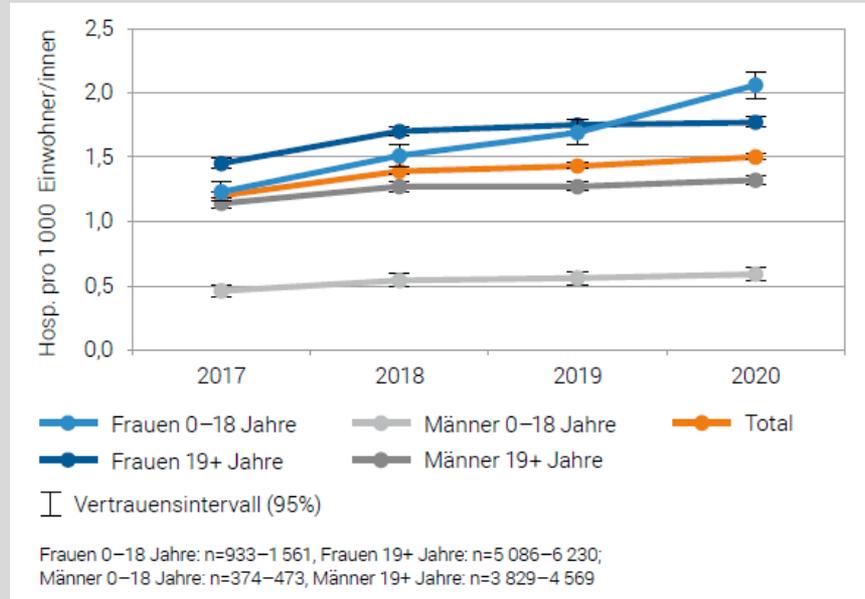
147

Zunahme Kriseninterventionen Jahresvergleich



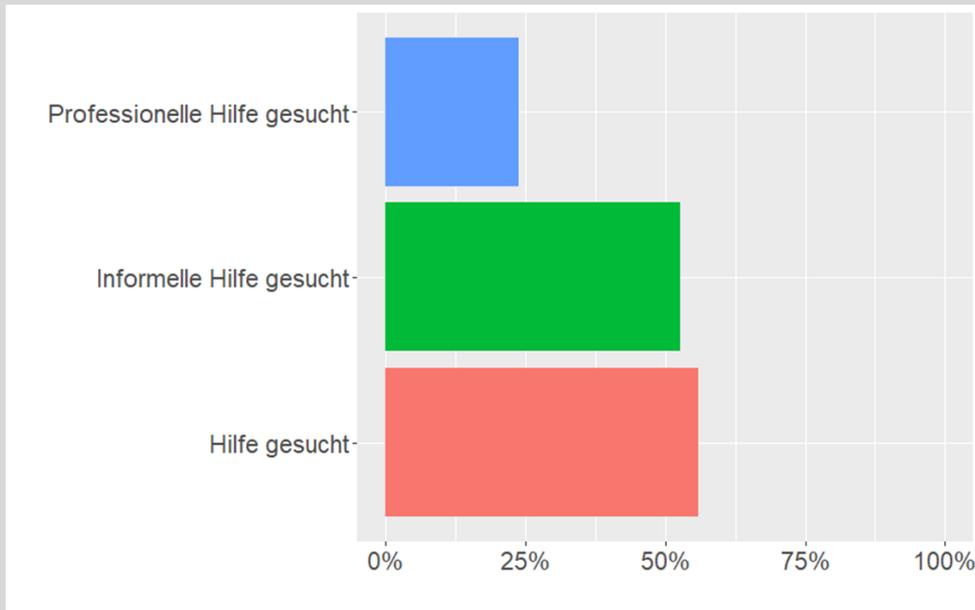
Steigende Nachfrage

Hospitalisierungen nach Suizidversuch



Geringe Behandlungsraten

Wenige erhalten professionelle Behandlung

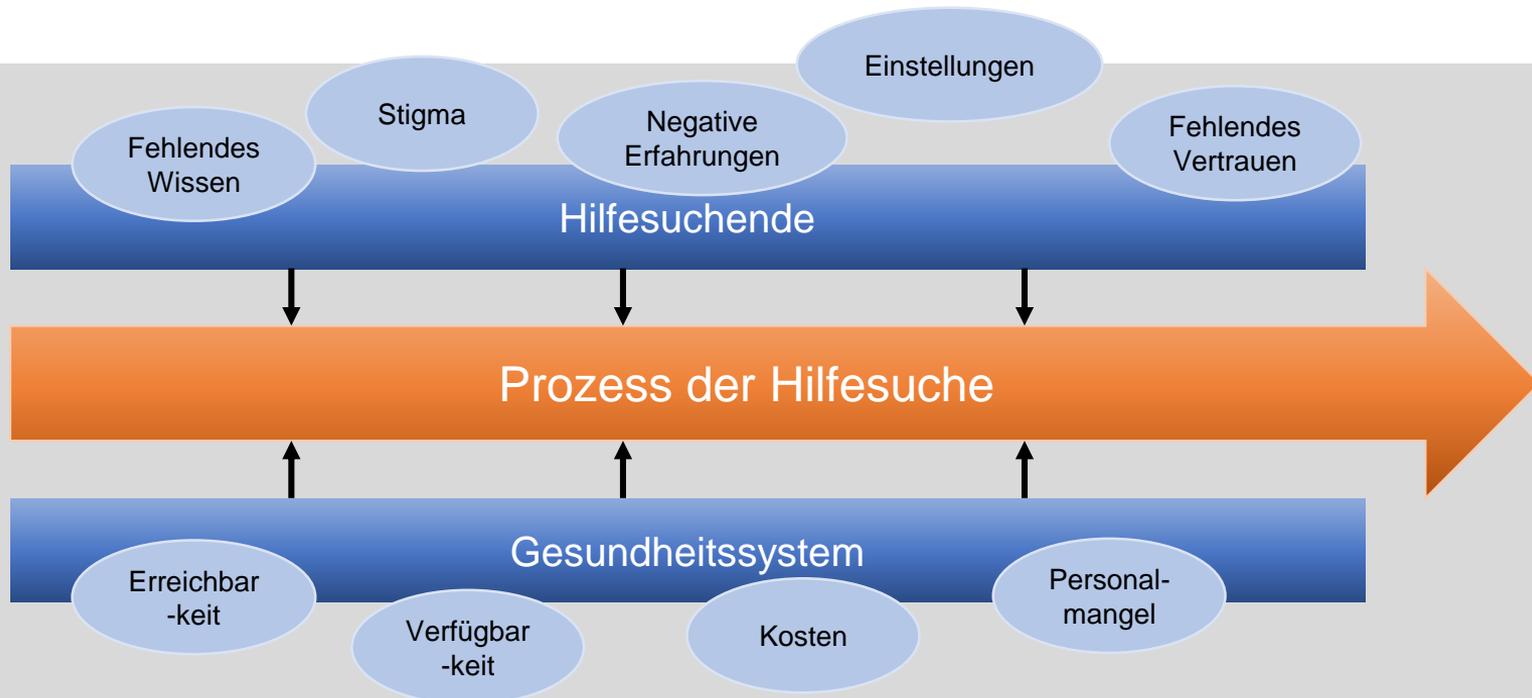


N = 9509 Schüler*innen in Deutschland

- **17% mit psychischen Problemen**
 - **50%** nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (jeweils)
 - **77%** Suizidgedanken (letzte 12 Monate)
 - **12%** Suizidversuch (letzte 12 Monate)

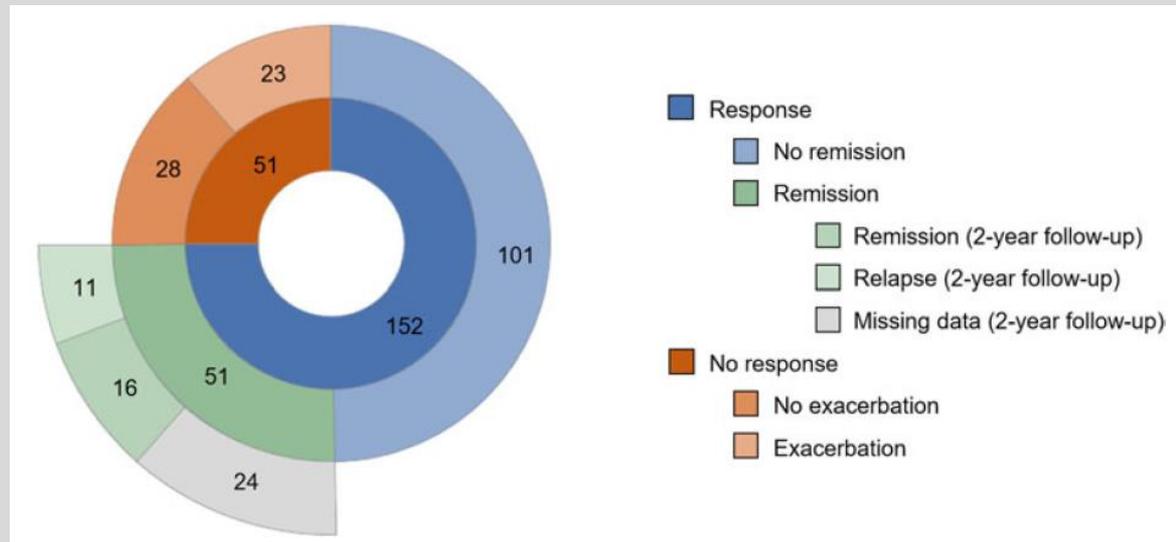
Geringe Behandlungsrate

Gründe



Nicht alle profitieren von der Therapie

Fehlendes Ansprechen



- 203 Patient*innen (12-17 Jahre, 94% weiblich)
- Mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV)

Frühintervention der BPS

Aktuelle Herausforderungen



Frühintervention der BPS

Diagnostische Abklärung



- Wann?
- Wie?

Diagnostische Abklärung: Wann?

Was die Leitlinie uns sagt



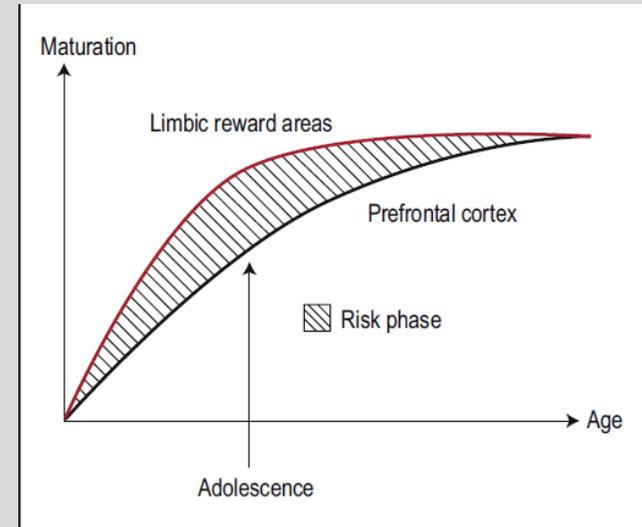
E4	Auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren soll die fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose erwogen und ggf. veranlasst werden bei mindestens einem der folgenden Charakteristika:	●●●	KKP
	<ul style="list-style-type: none">▪ Wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten▪ Erhebliche emotionale Instabilität▪ Gleichzeitiges Vorliegen mehrerer psychischer Störungsbilder▪ Kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien▪ Stark beeinträchtigtes psychosoziales Funktionsniveau.		

●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens

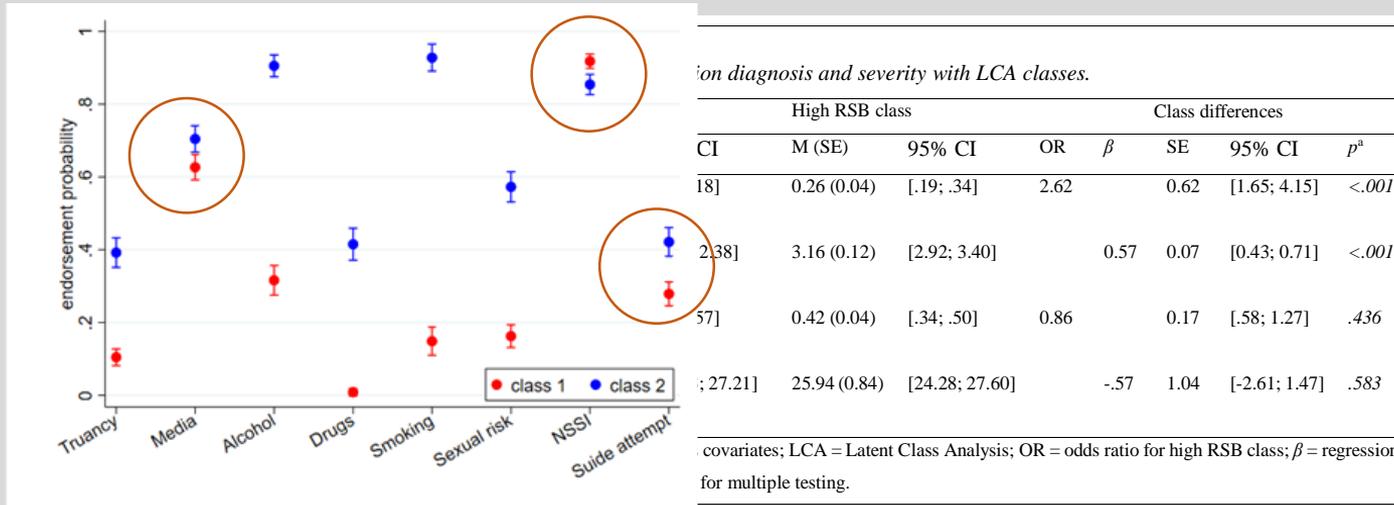
Riskantes und selbstverletzendes Verhalten

Häufig im Jugendalter



Riskantes und selbstverletzendes Verhalten

Zusammenhang mit Depression und BPS



Note. Class 1 = low RSB class; class 2 = high RSB class.

Diagnostische Abklärung

Wann?



E4	Auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren soll die fachgerechte Abklärung einer BPS-Diagnose erwogen	●●●	KKP
----	---	-----	-----

Selbstverletzendes Verhalten alleine: transdiagnostischer Marker für Psychopathologie

Selbstverletzendes Verhalten + Risikoverhalten: spezifischer Marker für BPS



Funktionsniveau.			
------------------	--	--	--

●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens

Frühintervention der BPS

Diagnostische Abklärung



- Wann?
- Wie?

Diagnostische Abklärung: Wie?

Was die Leitlinie uns sagt



E7

Zur Diagnosestellung soll eine sorgfältige klinische Diagnostik durchgeführt werden. Die Diagnosestellung sollte durch den Einsatz eines validierten, halbstrukturierten Interviews unterstützt werden.

●●●

KKP

3.4.2

●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens

Diagnostik der BPS bei Jugendlichen

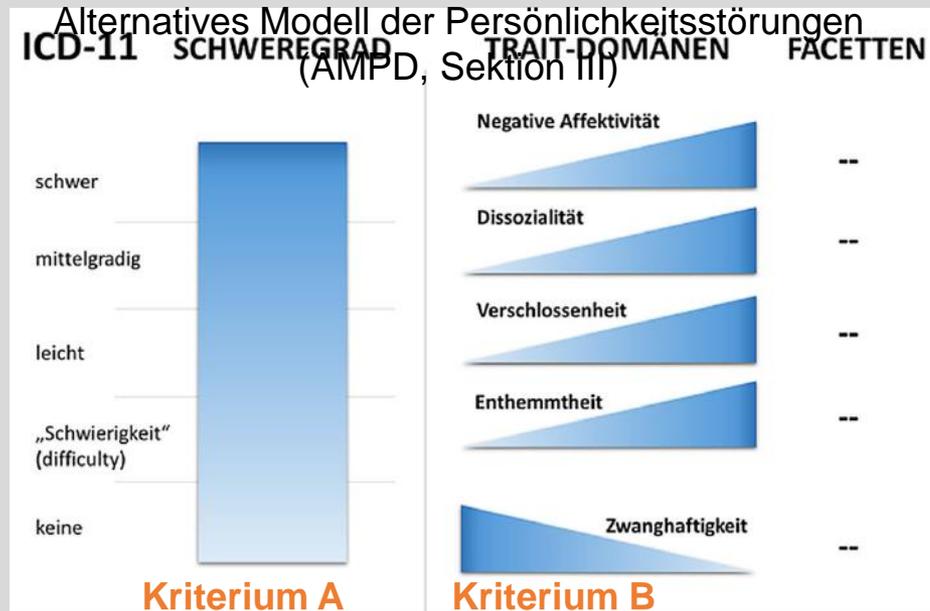
Von kategorial zu dimensional

Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-5, Sektion II)

- 1) Angst vor Verlassenwerden
- 2) Instabile zwischenmenschliche Beziehungen
- 3) Identitätsstörung
- 4) Impulsivität
- 5) Selbstverletzendes Verhalten
- 6) Affektive Instabilität
- 7) Chronisches Gefühl innerer Leere
- 8) Wut
- 9) Vorübergehende, stress-bedingte paranoide und dissoziative Symptome

Diagnostik der BPS bei Jugendlichen

Von kategorial zu dimensional



„Borderline – Muster“

Diagnoseinstrumente

S3-Leitlinien DGPPN



Kategoriale Diagnostik

SKID-II – Halbstrukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II⁹⁴

- Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV
- zweistufiges Verfahren: Screeningfragebogen vorgeschaltet, im Interview Exploration nur der positiven Items
- Borderline-Unterskala: 14 Items
- Dauer abhängig von Anzahl positiver Items, für BPS-Diagnostik bis zu 30 Minuten

SKID-5-PD – Halbstrukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen⁹⁵

- Nachfolger des SKID-II-Interviews
- Klassifikatorische Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5
- zusätzlich dimensionale Bewertung möglich
- Abfrage derselben Kriterien wie SKID-II, Fragen teilweise umformuliert
- Dauer insgesamt 60-90 Minuten, Borderline-Diagnostik ca. 20 Minuten

DIPS Open Access – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen⁹⁶

- Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10
- Bis zu 25 Fragen mit Sprungregeln, die bei eindeutiger Nichterfüllung bestimmter Kriterien einen ökonomischen und effizienten Einsatz durch Auslassen von Fragen ermöglichen
- Dauer für BPS-Diagnostik: abhängig von Anzahl positiver Items, bis zu 30 Minuten
- Kostenlos verfügbar (<https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/100/89/589-1P>)

IPDE - International Personality Disorder Examination – ICD-Modul⁹⁷

- Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10
- Screeningfragebogen vorgeschaltet (59 Items)
- Dauer insgesamt 60-90 Minuten, Borderline-Diagnostik ca. 20 Minuten

Dimensionale Diagnostik

PID-5 (Persönlichkeitsinventar für DSM-5)^{98,100}

- Fünf-Faktoren-Modell (Negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung, Anankasmus/Zwanghaftigkeit), wie dies im Alternativen Modell des DSM-5 (Sektion III) dargelegt ist
- Selbsteinschätzung
- Langform, v.a. für Forschungskontext 220 items
- Kurzform, v.a. für klinische Settings: 25 Items
- Beide Versionen online verfügbar unter <https://www.hogrefe.com/de/downloads/dsm-5-online-material>)

LPFS-SR (Levels of Personality Functioning Scale-Self Report)^{101,102}

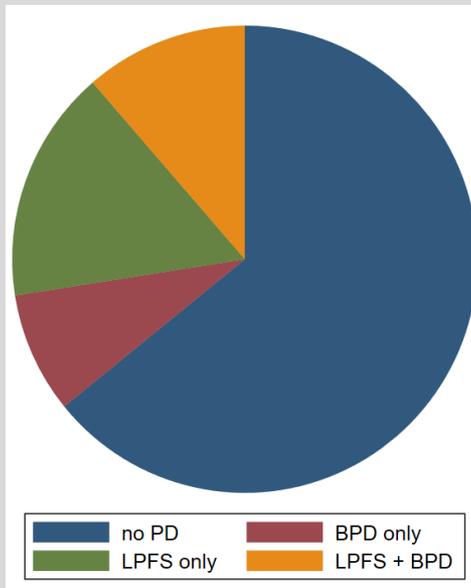
- Schweregradbestimmung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, wie es im A-Kriterium des Alternativen Modell des DSM-5 operationalisiert ist
- Selbstbeurteilungsskala
- jeweils 20 Items beziehen sich auf die vier Faktoren: Nähe-Distanz, Selbstbild, Selbstregulation, Empathie
- deutsche Kurzversion mit 12 Items für die beiden Faktoren „Selbst“ und „interpersonell“ verfügbar¹⁰²

STIP 5.1 (Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5)^{103,104}

- Schweregradbestimmung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, wie es im A-Kriterium des Alternativen Modell des DSM-5 operationalisiert ist
- Semi-strukturiertes Interview
- deutsche Version verfügbar¹⁰¹

Funktionsniveau der Persönlichkeit & BPS

Überlappung



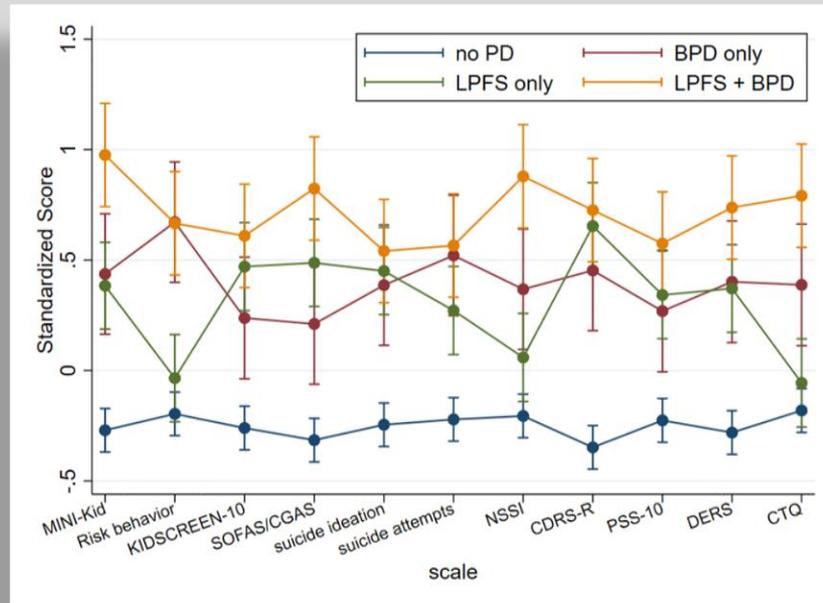
- N = 526 Patient*innen
- Alter: M = 15.41 Jahre (SD = 1.52)
- 78.9% weiblich

Gruppen	Anzahl	Prozent
keine PS	322	64.14%
LPFS	81	16.14%
LPFS & BPS	57	11.35%
BPS	42	8.37%

Diagnostischer Schwellenwert BPS: ≥ 5 Kriterien erfüllt
 Diagnostischer Schwellenwert LPFS: ≥ 2 in mind. 2 Elementen
 LPFS: Level of Personality Functioning Scale

Funktionsniveau der Persönlichkeit & BPS

Überlappung



- keine PS < BPS, LPFS, LPFS + BPS
- LPFS + BPS: am auffälligsten
- BPS vs. LPFS: mehr Risikoverhalten und traumatische Erfahrungen

Diagnostik der BPS bei Jugendlichen

Wie?

- Dimensionale Diagnostik ist in der klinischen Praxis mit Jugendlichen **umsetzbar**
 - Akzeptanz und Validität bestätigt (Weekers et al., 2017)
 - Adaptation an Entwicklungsstufe?
- Dimensionale Diagnostik bringt **Vorteile**
 - Subsyndromale Formen
 - Schweregrad => Veränderung über Zeit
 - Informationen für Therapieplanung (z. B. modularer Ansatz)

Frühintervention der BPS Therapie



- Ab welchem Alter?
- In welchem Setting?
- Stepped-Care-Ansatz
- Smartphone-basierte Erhebung und Intervention

Frühintervention: Ab welchem Alter?

Was die Leitlinie uns sagt



u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

E14	Patientinnen und Patienten im Alter von 14 bis 18 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie angeboten bekommen.	●●●	EBR	4.3.1
E15	Betroffenen unter 14 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen psychotherapeutische Unterstützung und Begleitung angeboten werden, und Angehörige und andere Bezugspersonen einbezogen werden.	●●●	KKP	4.3.1

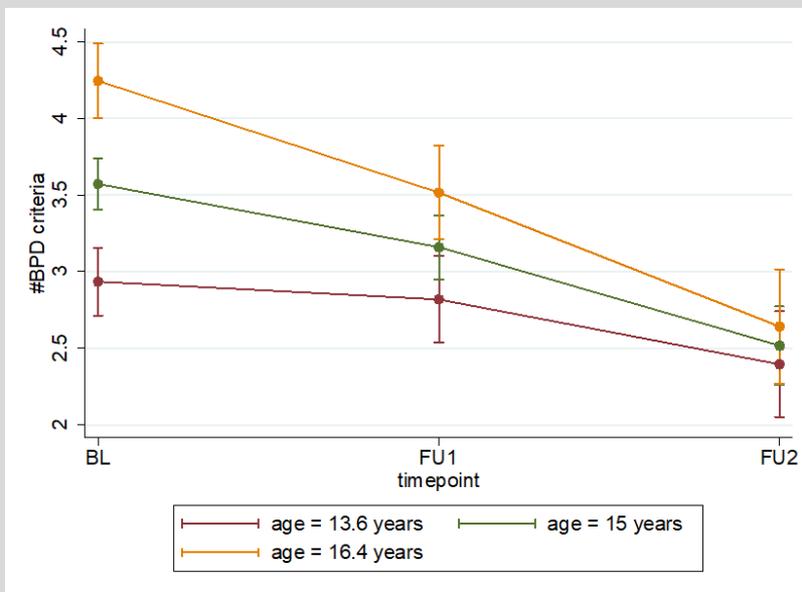
●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens

EBR = Evidenzbasierte Empfehlung

Frühintervention

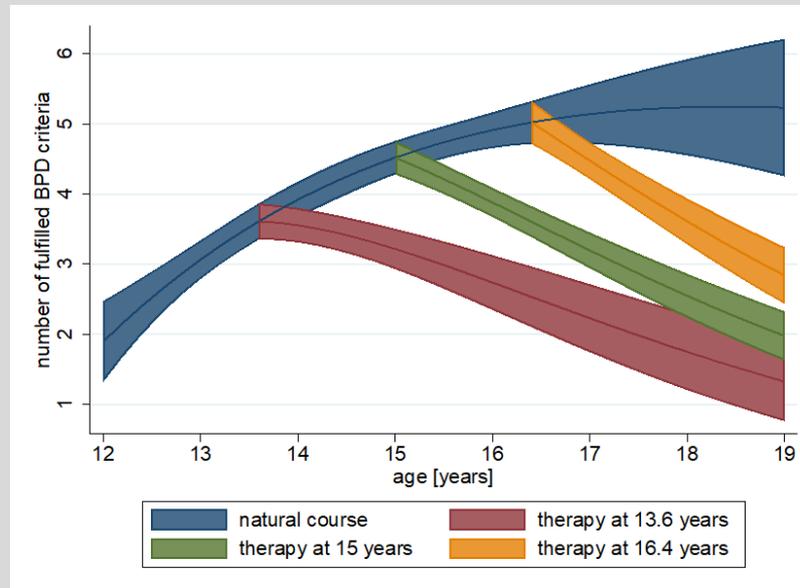
Ab welchem Alter?



- N = 626
- Alter: M = 15.02 Jahre (SD = 1.42)
- 82.7% weiblich

Frühintervention

Ab welchem Alter?



Frühintervention: Ab welchem Alter?

Ab welchem Alter?



E14	Patientinnen und Patienten im Alter von 14 bis 18 Jahren mit BPS oder deutlich ausgeprägter BPS-Symptomatik sollen eine strukturierte, BPS-spezifische Psychotherapie angeboten bekommen.	●●●	EBR	4.3.1
-----	---	-----	-----	-------

Frühintervention bei der BPS ist bereits ab einem Alter von **12 Jahren** wirksam.
Die **Therapieeffekte** fallen in Abhängigkeit des Alters bei Therapiebeginn **unterschiedlich** aus.

●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens
EBR = Evidenzbasierte Empfehlung

Frühintervention der BPS Therapie



- Ab welchem Alter?
- In welchem Setting?
- Stepped-Care-Ansatz
- Smartphone-basierte Erhebung und Intervention

Frühintervention: In welchem Setting?

Was die Leitlinie uns sagt



E32	<p>32.1 Im Allgemeinen soll die Behandlung ambulant durchgeführt werden.</p> <p>32.2 Stationäre oder teilstationäre Behandlungen sollten entweder der kurzzeitigen psychiatrischen Krisenintervention (z.B. bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, lebensgefährdenden Selbstverletzungen) dienen oder im Rahmen von länger dauernden, zeitlich definierten störungsspezifischen elektiven Behandlungsprogrammen durchgeführt werden.</p>	●●●	KKP	5.2
-----	---	-----	-----	-----

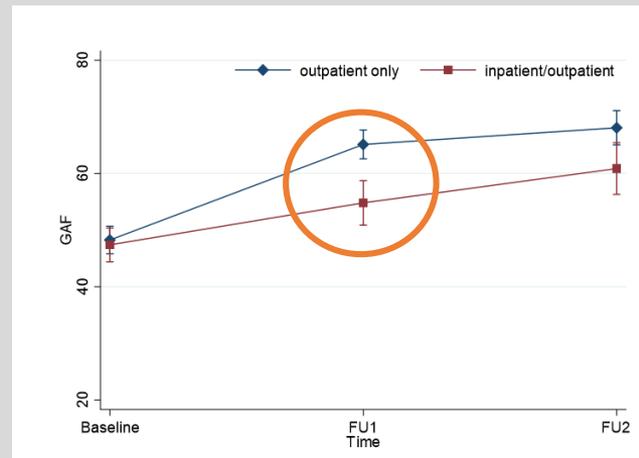
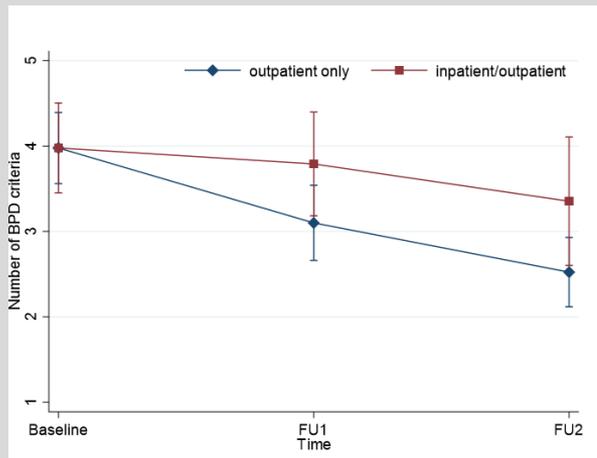
●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens
EBR = Evidenzbasierte Empfehlung

Frühintervention

In welchem Setting?

- «ambulant»: n = 115; 14.73 Jahre alt; 94% weiblich
- «stationär/ambulant»: n = 63 (stationäre Behandlung von ≥ 8 d im ersten Jahr), 15.17 Jahre alt, 87% weiblich



Frühintervention: In welchem Setting?

Was die Leitlinie uns sagt

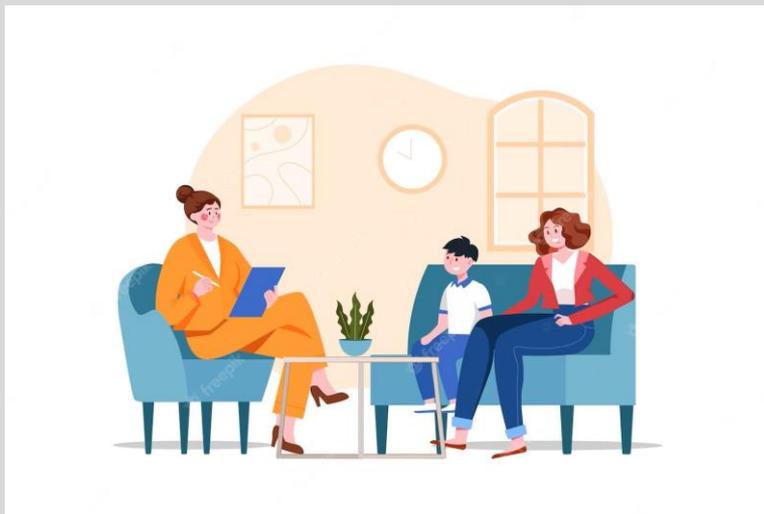


E32	32.1 Im Allgemeinen soll die Behandlung ambulant durchgeführt werden.	●●●	KKP	5.2
«Ambulant vor stationär»:				
Gilt auch für die Frühintervention der BPS				
	elektiven Behandlungsprogrammen durchgeführt werden.			

●●● Starke, so genannte „soll“/„soll-nicht“-Empfehlungen (Empfehlungsgrad A)

KKP = klinischer Konsenspunkt / Expertenkonsens
EBR = Evidenzbasierte Empfehlung

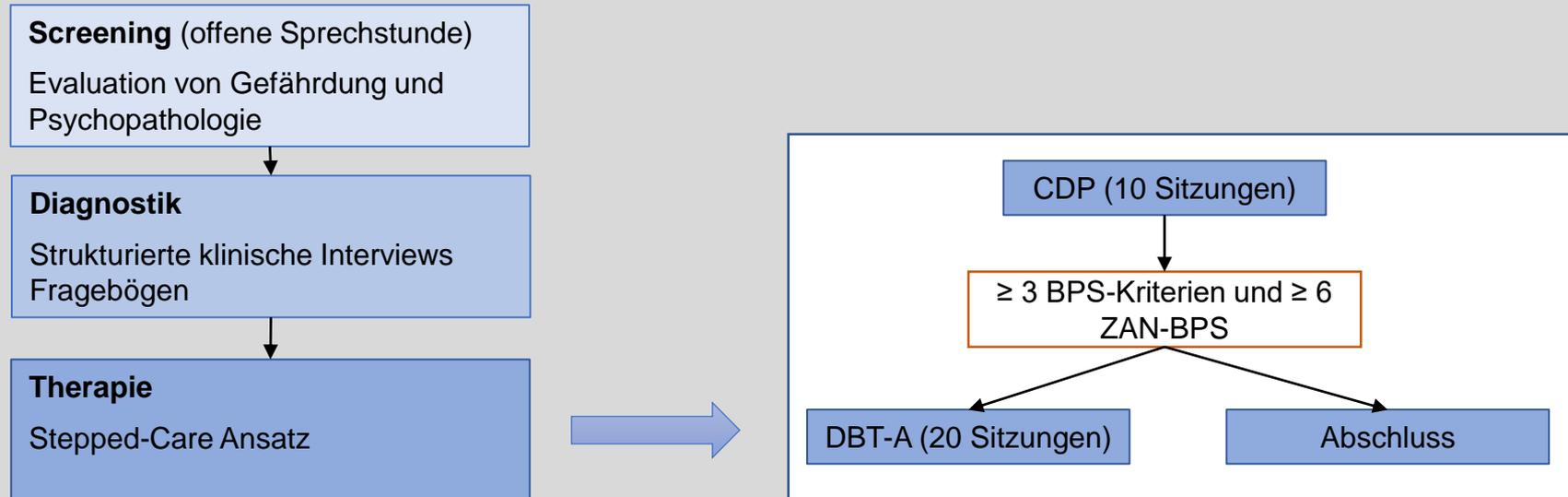
Frühintervention der BPS Therapie



- Ab welchem Alter?
- In welchem Setting?
- Stepped-Care-Ansatz
- Smartphone-basierte Erhebung und Intervention

Frühintervention

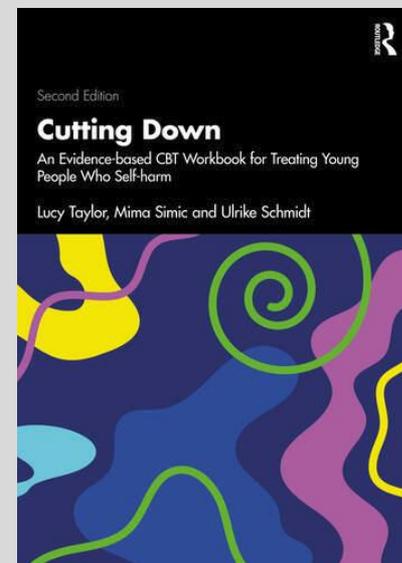
Stepped Care-Ansatz



Therapie von NSSV

Cutting Down Program (CDP)

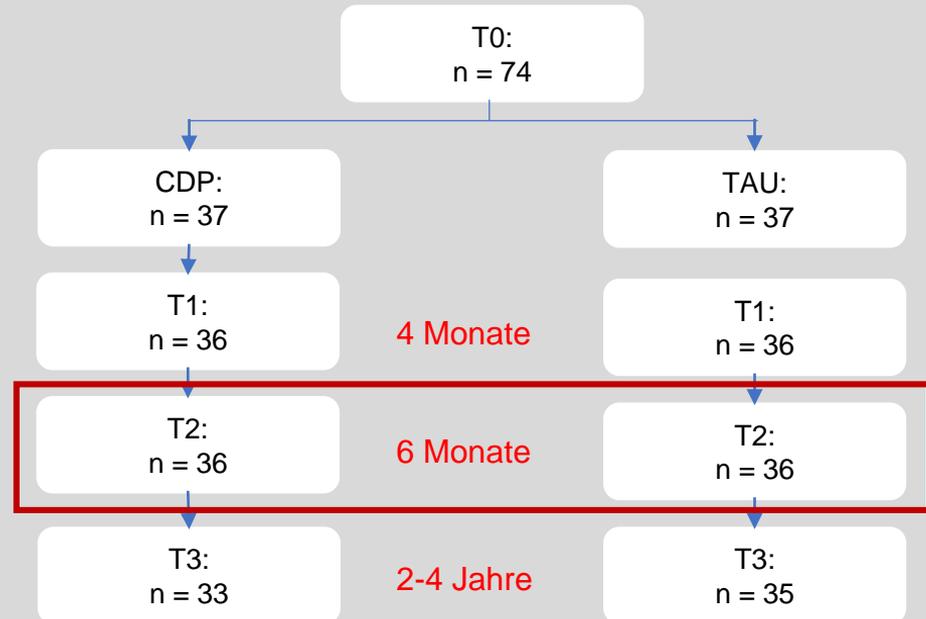
- Manualisiertes Programm für Jugendliche mit NSSV
- 8-12 Sitzungen
- Basiert auf CBT und DBT
- Erfordert keine umfassende Ausbildung



Wirksamkeit des CDPs

Prä-Post

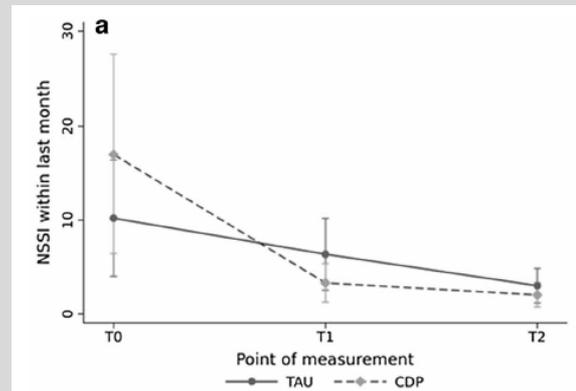
- AtR!Sk Heidelberg (D)
- Alter: $M = 14.9$ years (SD = 1.2)
- Weiblich: $n = 71$ (96%)
- ≥ 5 Mal NSSV in den letzten 6 Monaten und 1x NSSV im letzten Monat



Wirksamkeit des CDPs

Prä-Post

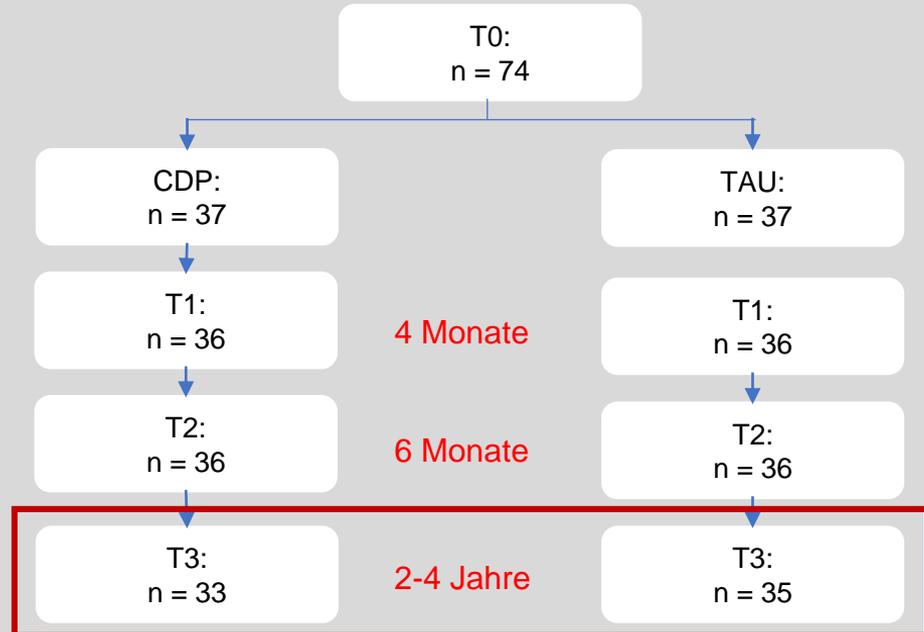
	CDP (n = 37)	TAU (n = 37)	Gruppenunterschied
50% Reduktion in der NSSV-Häufigkeit in den letzten 6 Monaten	n = 26 (70.3%)	n = 27 (73.0%)	$X^2 (1) = 0.07$, $p = 0.797$
Anzahl Therapiesitzungen	$M = 12.9$ ($SD = 7.9$)	$M = 19.3$ ($SD = 14.0$)	$p = 0.021$



Wirksamkeit des CDPs

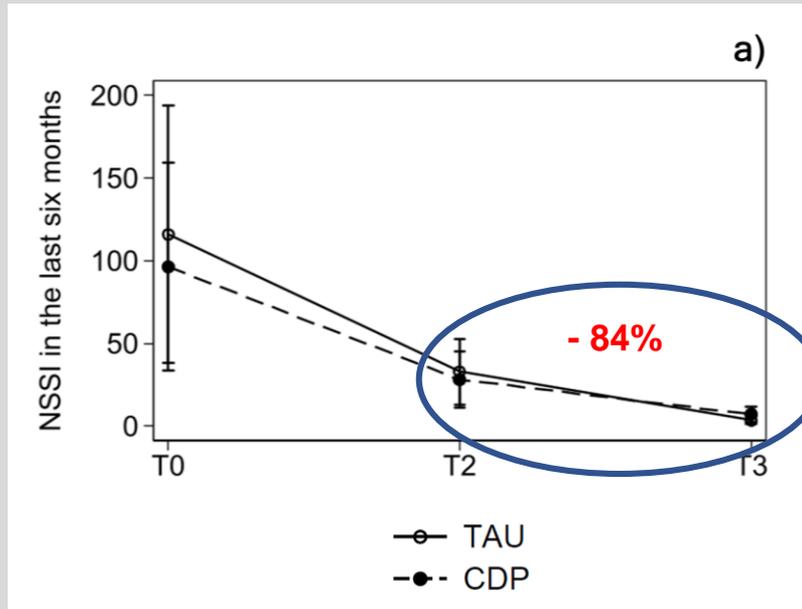
2-4-Jahres Follow-up

- AtR!Sk Heidelberg (D)
- Alter: $M = 14.9$ years (SD = 1.2)
- Weiblich: $n = 71$ (96%)
- ≥ 5 Mal NSSV in den letzten 6 Monaten und 1x NSSV im letzten Monat



Wirksamkeit des CDPs

2-4-Jahres Follow-up



	CDP (n = 37)	TAU (n = 37)	Gruppenunterschied
Anzahl Therapiesitzungen	M = 34.67 (SD = 39.49)	M = 33.74 (SD = 43.99)	$t(68) = 0.09$, $p = 0.926$
Keine Therapie	n = 11 (32.4%)	n = 8 (22.2%)	$\chi^2(1) = 0.91$, $p = 0.341$

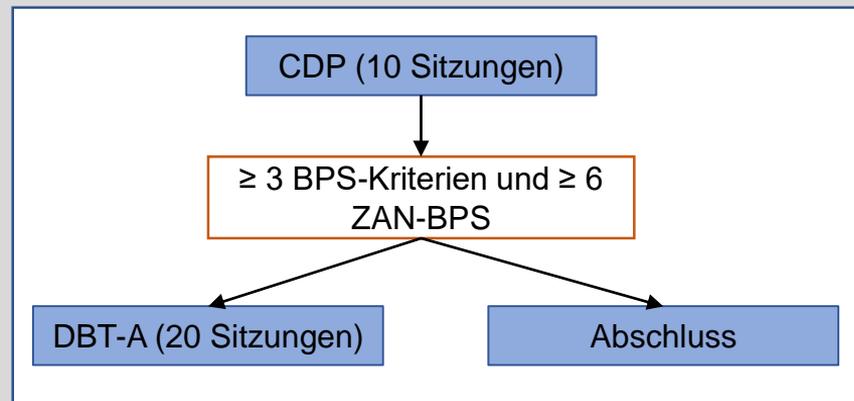
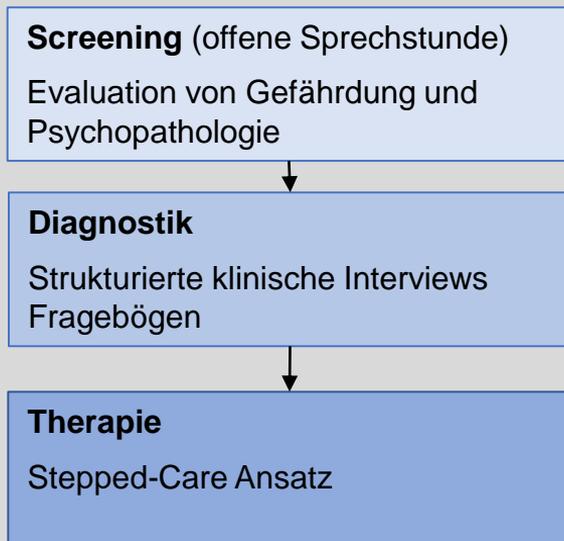
Wirksamkeit des CDPs

Zusammenfassung

- CDP reduzierte nachhaltig **NSSV** (vergleichbare Effekte für **Suizidversuche**, **Depressivität** und **Lebensqualität**)
- Die CDP-Gruppe erhielt **weniger Therapiesitzungen** während des ersten Behandlungszeitraums und eine ähnliche Anzahl von Therapiesitzungen danach.

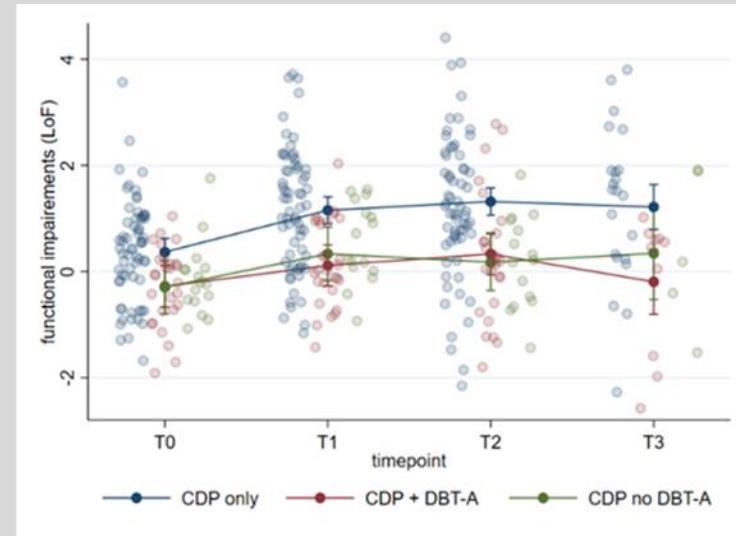
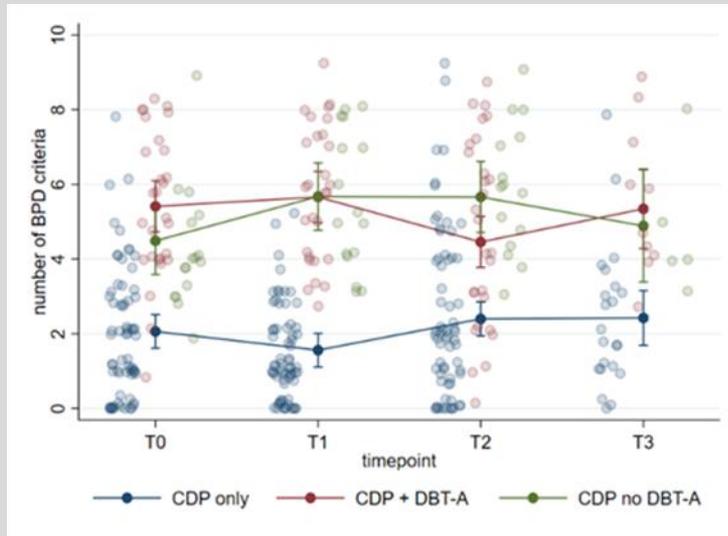
Frühintervention

Stepped Care-Ansatz



Stepped-Care Ansatz

Cut-off „ ≥ 3 BPS-Kriterien und ≥ 6 ZAN-BPS“ gerechtfertigt?



Frühintervention

Stepped Care-Ansatz

- CDP ist eine kurze, niederschwellige und ökonomische Behandlungsoption für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten (NSSV, suizidales Verhalten)
- Für Jugendliche mit umfassenderen Schwierigkeiten in den Selbst- und interpersonellen Persönlichkeitsfunktionen ist eine intensivere Therapie (z. B. DBT-A) notwendig
- Cut-off „ ≥ 3 BPS-Kriterien und ≥ 6 ZAN-BPS“ gerechtfertigt

Frühintervention der BPS Therapie



- Ab welchem Alter?
- In welchem Setting?
- Stepped-Care-Ansatz
- Smartphone-basierte Erhebung und Intervention

Frühintervention

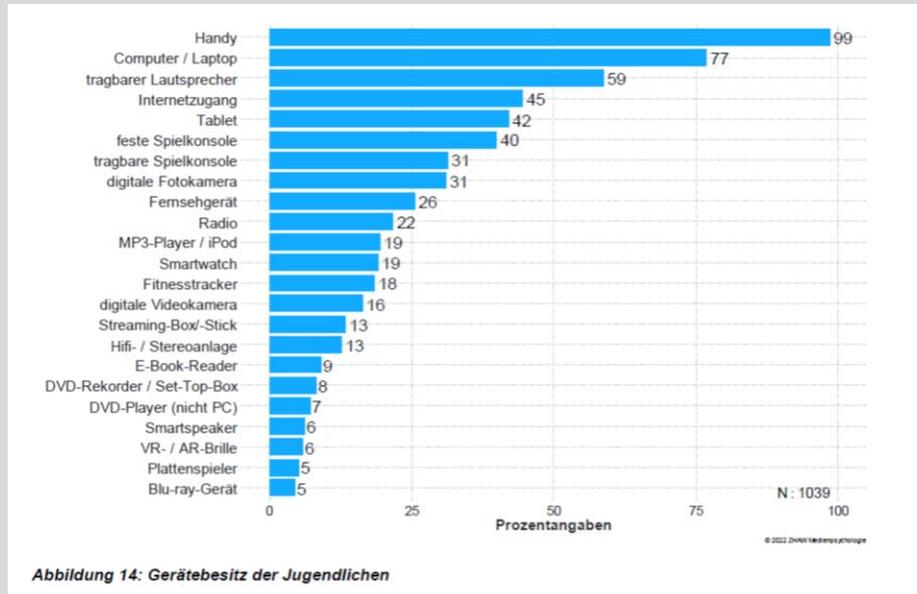
Smartphone-basierte Erhebung und Intervention



- ✓ Leicht Zugänglichkeit
- ✓ Flexible Verfügbarkeit
- ✓ Geringe Nutzungshemmschwelle
- ✓ Grössere Reichweite
- ✓ Verbesserte Behandlungseffekte und -kontinuität

Verbreitung des Smartphones

Jugendliche in der Schweiz



Ecological Momentary Assessment

Definition

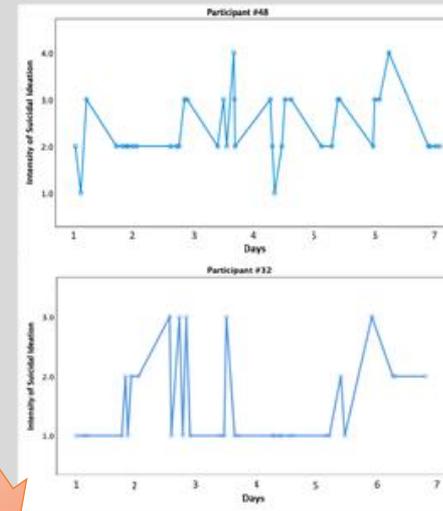
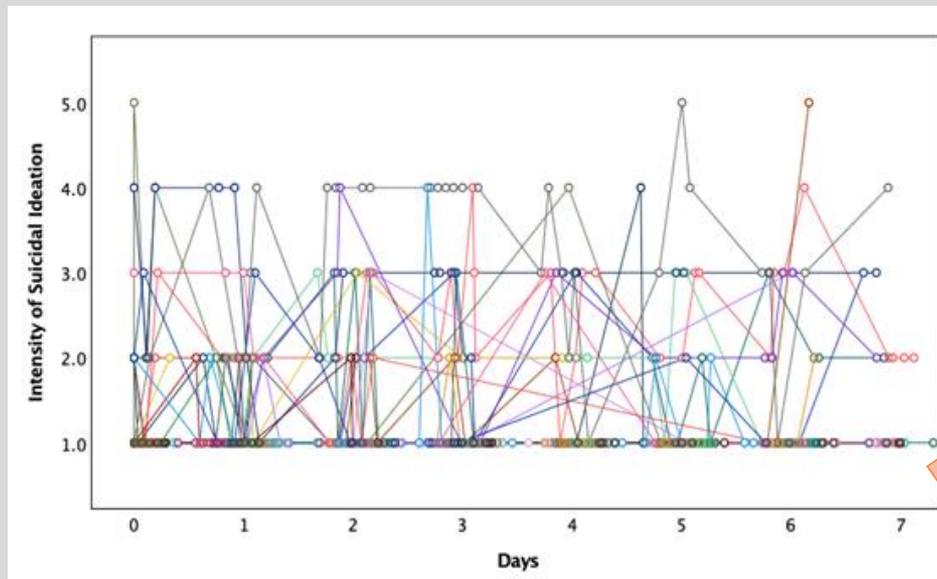
Selbstbericht mittels des Smartphones

- Erfassung von Gedanken, Gefühlen, Verhalten und Kontextvariablen
 - im natürlichen Lebenskontext
 - in Echtzeit
- => hohe ökologische Validität
- => reduziert Erinnerungsfehler



Ecological Momentary Assessment

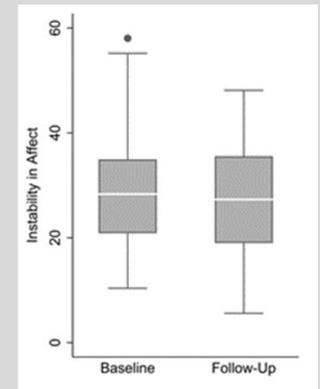
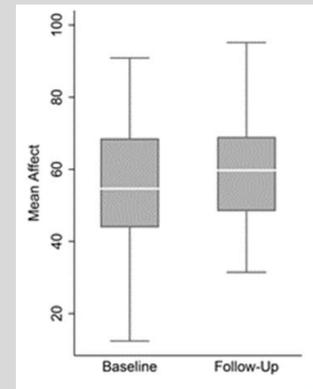
Erfassung von Suizidalität



Beck Scale for Suicidal Ideation

Überprüfung des Behandlungserfolgs EMA-Studie

- N = 28 jugendliche Patient*innen mit ≥ 3 BPS-Kriterien
- DBT-A (M = 42 Wochen)
- Vor und nach der Therapie:
 - EMA (≥ 2 d; 12x/d)
 - Interview



Ecological Momentary Intervention Definition

Therapeutische Interventionen mittels des Smartphones

- im natürlichen Lebenskontext
 - dann, wenn sie gebraucht werden
- => „therapy-real world gap“



Ecological Momentary Intervention

SmartVoices

Cavelti et al. *Trials* (2022) 23:902
<https://doi.org/10.1186/s13063-022-06846-0>

Trials

STUDY PROTOCOL

Open Access

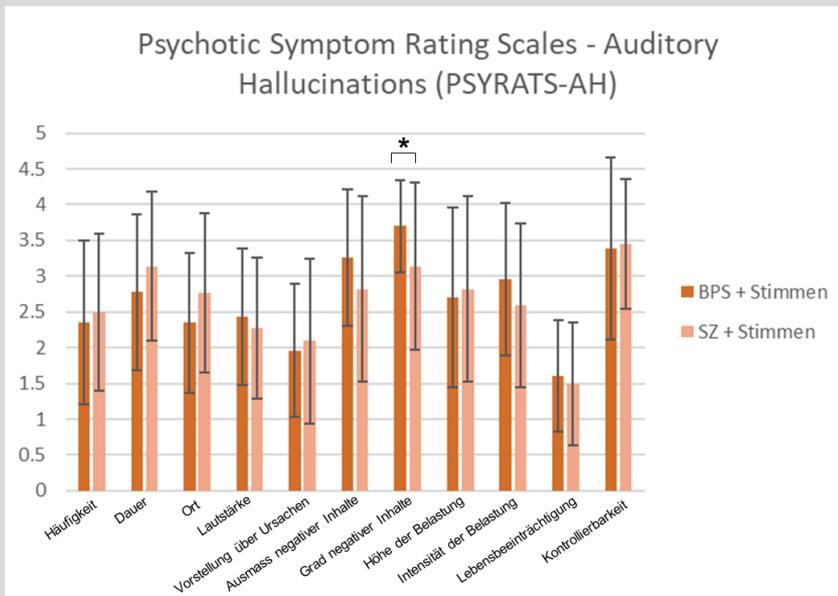
Smartphone-assisted guided self-help
cognitive behavioral therapy for young people
with distressing voices (SmartVoices): study
protocol for a randomized controlled trial



Marialuisa Cavelti^{1*}, Janko M. Kaeser¹, Stefan Lerch¹, Stephanie Bauer², Markus Moessner², Thomas Berger³, Mark Hayward^{4,5} and Michael Kaess^{1,6}

Frühintervention der BPS

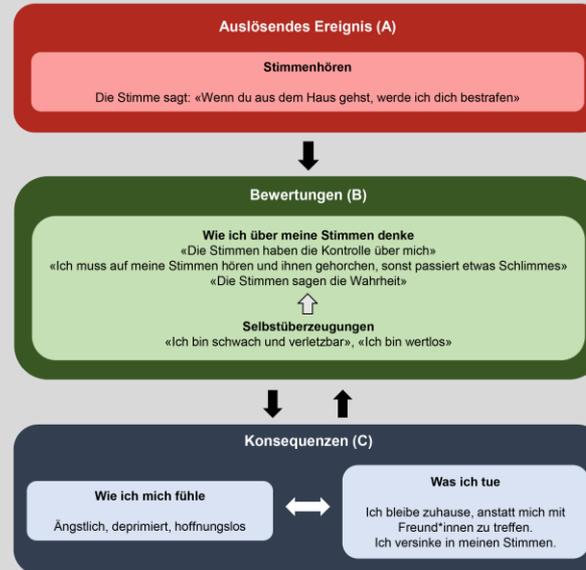
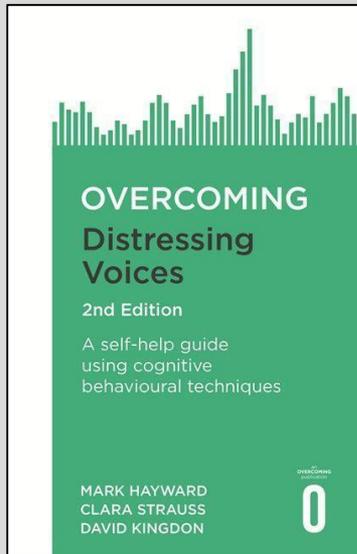
Stimmenhören



	BPS + Stimmen (n = 23)	SZ + Stimmen (n = 22)
Weiblich (n/%)	22 (95.7)	10 (45.5)
Alter (Jahre; M/SD)	18.13 (2.30)	20.05 (3.09)

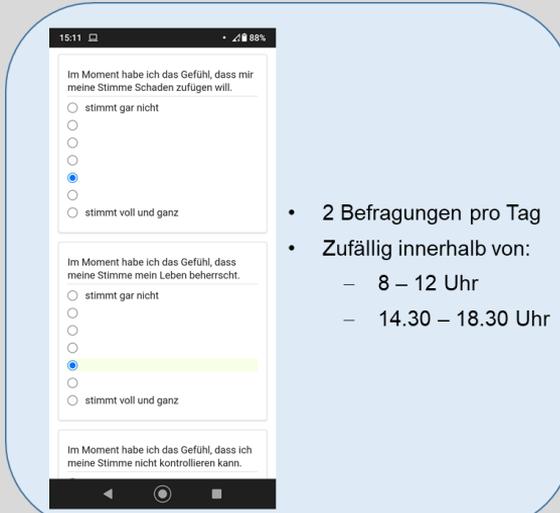
Ecological Momentary Intervention

SmartVoices



Ecological Momentary Intervention

SmartVoices



15:11 88%

Im Moment habe ich das Gefühl, dass mir meine Stimme Schaden zufügen will.

stimmt gar nicht

stimmt voll und ganz

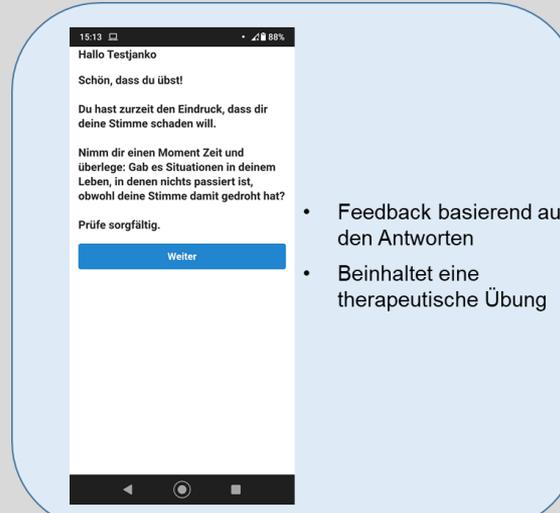
Im Moment habe ich das Gefühl, dass meine Stimme mein Leben beherrscht.

stimmt gar nicht

stimmt voll und ganz

Im Moment habe ich das Gefühl, dass ich meine Stimme nicht kontrollieren kann.

- 2 Befragungen pro Tag
- Zufällig innerhalb von:
 - 8 – 12 Uhr
 - 14.30 – 18.30 Uhr

15:19 88%

Hallo Testjanko

Schön, dass du übst!

Du hast zurzeit den Eindruck, dass dir deine Stimme schaden will.

Nimm dir einen Moment Zeit und überlege: Gab es Situationen in deinem Leben, in denen nichts passiert ist, obwohl deine Stimme damit gedroht hat?

Prüfe sorgfältig.

Weiter

- Feedback basierend auf den Antworten
- Beinhaltet eine therapeutische Übung

8 Wochen

Ecological Momentary Intervention

SmartVoices



Frühintervention

Herausforderungen und mögliche Lösungen



- Störungsspezifische (dimensionale) Diagnostik
- Kurzzeittherapie
- Stepped-Care Ansatz
- Smartphone-basierte Erhebung und Intervention

Danke

...Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Michael Kaess	Andrew Chanen
Mark Hayward	Thomas Berger
Stephanie Bauer	Markus Moessner
Andrew Chanen	Holly Andrewes
Julian Koenig	Sibille Steiner
Stefan Lerch	Silvano Sele
Corinna Reichl	Franziska Rockstroh
Janko Kaeser	Christian Imboden
Klinische Mitarbeitende	Studienteilnehmer*innen

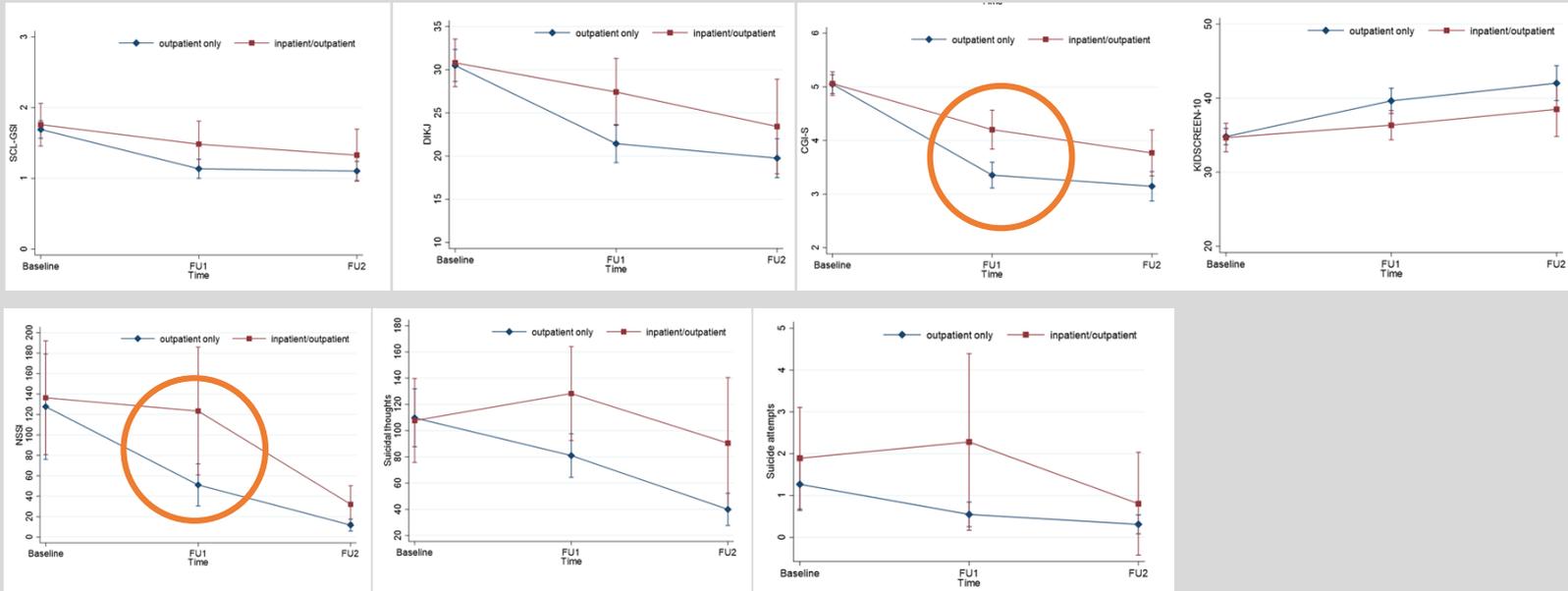
Schweizerischer Nationalfonds
Bangerter-Rhyner Stiftung
Janggen-Pöhn Stiftung
Ebnat Stiftung
UPD-Stiftung
Burggemeinde Bern



marialuisa.cavelti@unibe.ch

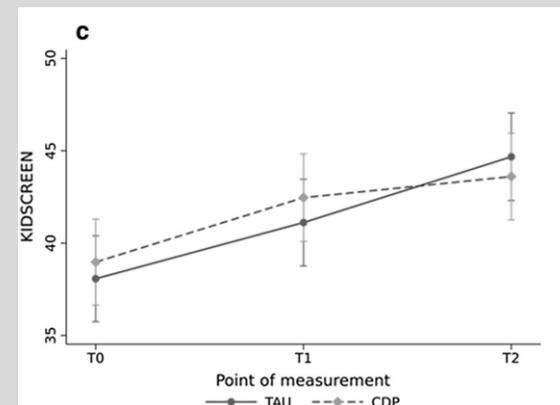
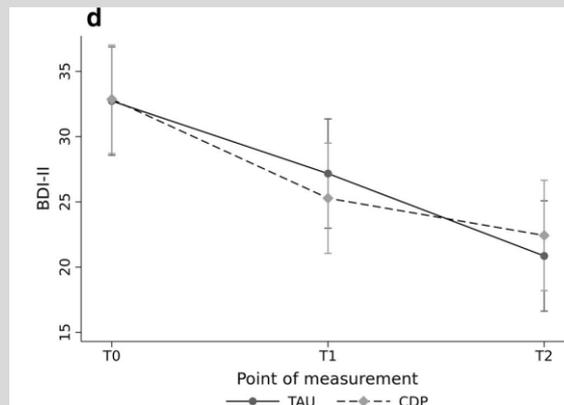
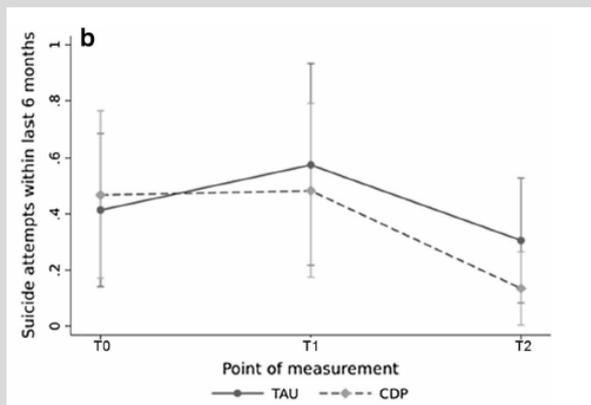
Frühintervention

In welchem Setting?



Wirksamkeit des CDPs

Prä-Post



Wirksamkeit des CDPs

2-4-Jahres Follow-up

