# Borderline Persönlichkeitsstörung & Selbstverletzendes Verhalten

Paul Plener

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

## Übersicht

- Definition: von ICD-10 zu ICD-11
- Entstehungsbedingungen
- Komorbidität und Trauma
- Früherkennung
- Diagnose
- Behandlung
- Diskussion

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

## Persönlichkeitsstörungen – Definition (ICD-10)

Eine **Persönlichkeitsstörung** ist gekennzeichnet durch

**rigide** und **wenig angepasste Verhaltensweisen**,

die eine hohe zeitliche **Stabilität** aufweisen,

die **situationsübergreifend** auftreten,

die zu **persönlichem Leid** oder **gestörter sozialer Funktionsfähigkeit** führen.

Es handelt sich um ein tief verwurzeltes, anhaltendes Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Betroffen sind Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Beziehungen zu anderen.

Die Störung beginnt in der Kindheit oder Adoleszenz und dauert bis ins Erwachsenenalter an. Das Stellen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren ist wahrscheinlich unangemessen.



## Persönlichkeitsstörungen – Diagnostische Kriterien (ICD-10)

1. Die **charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster** der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ab. Diese Abweichung äußert sich in mehreren Bereichen: Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und/oder Beziehungsgestaltung
2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende **Verhalten** in vielen persönlichen und sozialen Situationen **unflexibel, unangepasst oder unzweckmäßig** ist.
3. Es bestehen **persönlicher Leidensdruck** oder **nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt**.
4. Die Abweichung ist **stabil** und hat im **späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen**.
5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung erklärt werden.
6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache ausgeschlossen werden.

## Borderline Persönlichkeitsstörung
## Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5 (1)

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität.

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen 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, rücksichtloses Fahren, Fressanfälle)

Prävalenz (DSM-IV Kriterien): 3 % Allgemeinbevölkerung (Bernstein et al., 1993); 11 % ambulante Patienten (Chanen et al., 2008); -50 % stationäre Patienten (Grilo et al., 1996)



## Borderline Persönlichkeitsstörung
## Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5 (2)

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 Verstimmung gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
7. Chronisches 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

ICD-10: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30 Impulsiver Typus (reizbar-aggressive Symptomatik)
F60.31 Borderline Typus

## PS: ICD-11

- Charakterisiert durch Probleme in der Funktionalität von Aspekten des Selbst (z.B. Identität, Selbstwert,…) und/ oder interpersoneller Dysfunktion über min. 2 Jahre
- Die Störung manifestiert sich in Mustern von kognitiven oder emotionalen Erfahrungen, dem emotionalen Ausdruck und maladaptiven Verhaltensweisen
- Vorhanden in mehreren persönlichen und sozialen Situationen
- Muster nicht entwicklungsadäquat und nicht primär durch soziale oder kulturelle Faktoren erklärbar
- Substanzielle Belastung oder signifikante Funktionsbeeinträchtigung: persönlich, familiar, sozial, schulisch, in der Arbeit oder anderen wichtigen Bereichen.



## PS: ICD-11

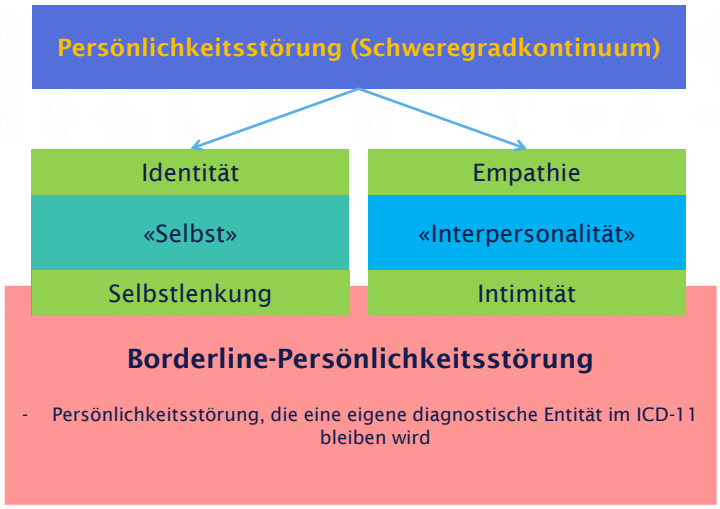
- Trait domains:
- Negative Affektivität
- Distanziertheit
- Dissozialität
- Disinhibition
- Anankastische Züge
- Borderline Muster

## Borderline Muster: ICD-11

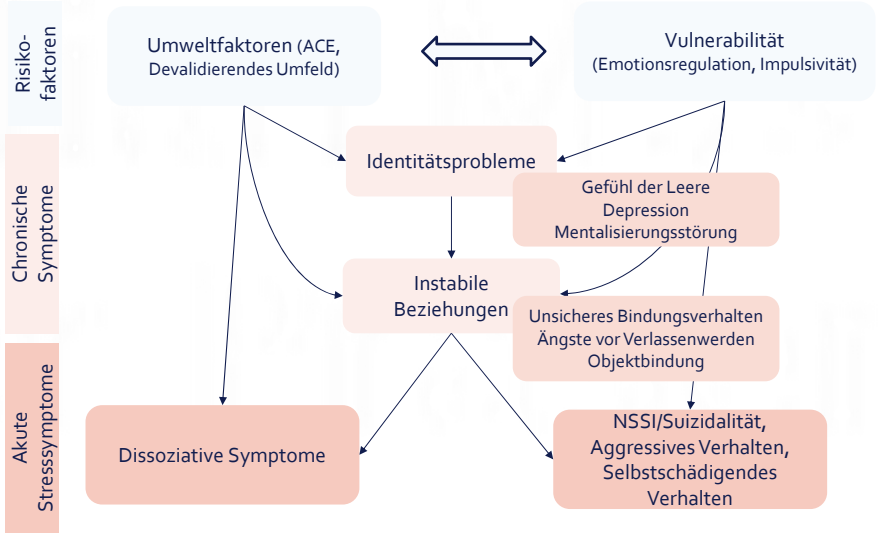
- Überdauerendes Muster von Instabilität:
  - Interpersonelle Beziehungen
  - Selbstbild und Affekte
- Impulsivität
- Versuche Verlassenwerden zu vermeiden
- Instabile und intensive interpersonelle Beziehungen
- Identitätsstörungen: instabiles Selbstbild oder Gefühl von sich selbst
- Tendenz schnell in Situationen von negative Affekt zu handeln: potentiell selbst-schädigende Verhaltensweisen
- Wiederkehrende Episoden von Selbstschädigungen
- Emotionale Instabilität: deutliche Reaktivität der Stimmung
- Chronisches Gefühl der Leere
- Unpassende intensive Wut und Schwierigkeiten in der Kontrolle
- Vorübergehende dissoziative Symptome oder psychotisch anmutendes Erleben in Situationen von hoher affektiver Erregung



## Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11



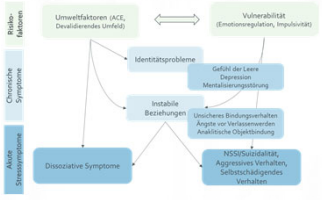
## Entstehungsbedingungen






Bourvis et al., Front Psychol 2017, 8:2054

## Entstehungsbedingungen – Befunde



Vererblichkeit der BPS 40-50 %
(Bornovalova et al., 2009)

Reduziertes Volumen Amygdala, Hippocampus, OFC, ACC
Beeinträchtigung HPA-Achse
Beeinträchtigung Konnektivität Medialer frontaler Cortex, OFC, Amygdala, Hippocampus, Posteriorer cingulärer Cortex, Insula

Hypersensitivität für sozialen Ausschluss
(Lis & Bohus, 2013)
Hypersensitivität für negative affektive Stimuli (Fonagy et al., 2015)



Fonagy et al., Eur Child Adolesc Psychiatry 2015, 24:1307–1320

## BPD: Modelle

| | Theory | Main source | Summary |
|---|---|---|---|
| 1 | Excessive Aggression | Kernberg (1967) | In this theory of BPD, aggression is considered a basic human instinct; excessive aggression can be either genetically determined or due to excessive frustrations during childhood. In either event, this excessive aggression alternates between inappropriate and offensive expression and being defensively suppressed and split off ("disowned"), in which case it gets directed at the self ("bad" self) or projected onto others ("bad" other, "good" self). |
| 2 | Emotional Dysregulation | Linehan (1993) | This theory identifies a deficient capacity to regulate emotion. This deficiency is thought to be a neurobiological disposition that is evident in excessively intense and prolonged emotions. This deficit becomes manifest only when the preborderline child's experiences are not validated. The dysregulated emotions trigger the borderline patient's behavioral and interpersonal problems. |
| 3 | Failed Mentalization | Fonagy and Luyten (1999) | Failed Mentalization refers to an inability to identify mental states (e.g., attitudes or feelings) in oneself (akin to mindfulness or introspection) or in others (akin to empathy) and to recognize how these mental states are influenced by each other. This psychological handicap begins early in development due to parental failures to help children accurately and verbally identify their feelings or those they evoke. |
| 4 | Interpersonal Hypersensitivity | Gunderson (2008) | In this theory, hypersensitivity and excessive reactivity to interpersonal cues are a genetic disposition. The preborderline child will find even modest slights and frustrations very stressful. The BPD person reacts to perceived failures of support from others by feeling either that this is cruelly unfair ("bad other") or that he or she is inherently bad ("bad self"). Being alone is intolerable, triggering either dissociative or paranoid experiences or desperately impulsive acts that force others to become involved. |



Gunderson et al., 2018

## Falsche Annahmen in Verbindung mit der Diagnose der BPS im Jugendalter

- Unzureichende **Validität** der BPS bei jungen Menschen
- Mangelnde **Stabilität** von Persönlichkeit und Persönlichkeitspathologie im Jugendalter
- Stigma der **unheilbaren** Persönlichkeitsstörung

## Stabilität von PD-Merkmalen

Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen nimmt mit dem Alter zu, ist aber bereits im Kindergartenalter (r=.52) moderat vorhanden (im Vergleich Erwachsenenalter r=.62) (Caspi et al., 2005)

Borderline-Symptome sind bereits im Kindesalter standardisiert und valide erfassbar - im Vergleich zu Erwachsenen

→ häufiger: Ärger, Stimmungsschwankungen, Selbstverletzendes Verhalten

→ Häufigstes erfülltes Kriterium: Angst vor Verlassenwerden (Becker et al., 2002)

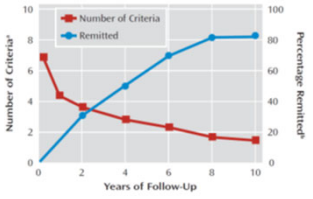
→ seltener: Identitätsstörungen, instabile Beziehungen, Dissoziation (Lawrence et al., 2011; Zanarini et al. 2011)

Anzahl von PD Merkmalen nimmt im jungen Erwachsenenalter ab (Gutierrez et al., 2012)

→ Insbesondere impulsive Symptome (Zanarini et al., 2016)

→ Geringe Stabilität kategoriale Diagnose

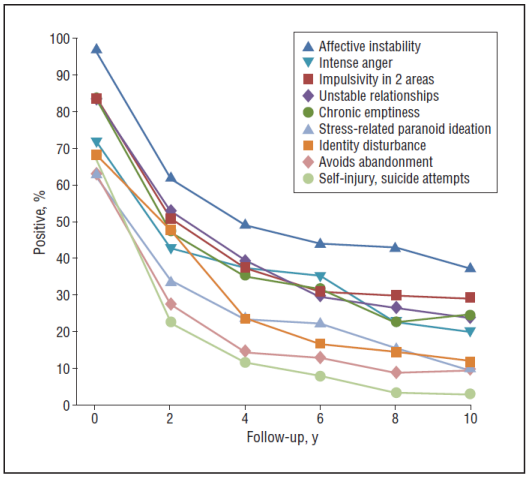
→Höhere Stabilität von Gefühl der Leere, Ängste vor Verlassenwerden und Instabilität von Beziehungen






Aus: Gunderson, Am J Psychiatry 2009; 166:530–539

## Stabilität der BPS bei Erwachsenen






Gunderson et al., 2011

## Diagnosestellung bei Jugendlichen

Kann die Diagnose bei Jugendlichen gestellt werden?

→ Stigmatisierung

→ Behinderung in der Entwicklung, da PD als lebenslanges und wenig veränderbares Schi[illegible]ngesehen wi[illegible]

→ Persönlichkeit von Kindern u[illegible]lichen schwankt stark, es können keine starren V[illegible]ensmust[illegible]funden werden, wie es gefordert wird



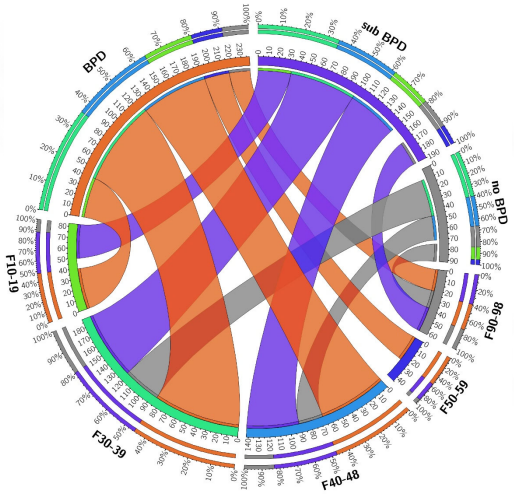
## Vorteile von Früherkennung und -behandlung

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



Kaess & Brunner, 2016

## Komorbidität bei Jugendlichen mit BPS






Kaess et al., 2017

## Häufige Komorbidität bei BPD

Essstörungen (Bulimie, BED)
Alkohol- und Drogenmissbrauch
Affektive Störungen, insbesondere Depressionen
Posttraumatische Belastungsstörungen
ADHS
Andere Persönlichkeitsstörungen

Differentialdiagnose zu komplexen PTBS (Bourvis et al., 2017)

a) Frühe traumatische Erfahrungen bei BPD häufig, aber nicht notwendig für Diagnosestellung
b) Angst vor Verlassenwerden und Instabilität im Selbstbild spezifisch für BPD
c) Beziehungsprobleme in BPD eher Folge eines desorganisierten Bindungsverhalten (nicht einer sozialen Vermeidung)
d) NSSI und Suizidalität spezifischer für BPD

## Diagnostik

Klinische Diagnostik (Anamnese, Fremdanamnese, Erfassung Komorbiditäten)

+ Screeningfragebögen:

SCID-II-PQ: Strukturiertes Klinisches Interview
IPDE-SQ: International Personality Disorder Examination
BSL: Borderline Symptom List (auch Kurzversion)
BPI: Borderline Persönlichkeits Inventar
BPFS-C/BPFS-P: Borderline Personality Features Scale-Children

+ Strukturiertes Interview
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)
International Personality Disorder Examination (IPDE)
Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD)



## IPDE: Screening

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Gewöhnlich habe ich Spaß und Freude am Leben | R | F |
| 2. | Ich reagiere nicht gut, wenn mich jemand beleidigt | R | F |
| 3. | Wegen kleiner Details mache ich nicht viel Aufhebens | R | F |
| 4. | Ich kann nicht entscheiden, was für eine Art Mensch ich sein möchte | R | F |
| 5. | Ich zeige meine Gefühle so, dass sie jeder sehen kann | R | F |
| 6. | Ich lasse andere wichtige Entscheidungen für mich treffen | R | F |
| 7. | Gewöhnlich fühle ich mich gespannt oder nervös | R | F |
| 8. | Ich werde fast nie über etwas ärgerlich | R | F |
| 9. | Ich gehe bis zum Äußersten, wenn ich versuche, Leute daran zu hindern, mich zu verlassen | R | F |
| 10. | Ich bin ein sehr vorsichtiger Mensch | R | F |
| 11. | Ich bin nie verhaftet worden | R | F |
| 12. | Die Leute denken, ich bin kalt und distanziert | R | F |
| 13. | Ich gerate in sehr intensive Beziehungen, die nicht anhalten | R | F |
| 14. | Die meisten Leute sind anständig und ehrlich mit mir | R | F |
| 15. | Ich finde es schwer, mit Leuten, von denen ich abhängig bin nicht übereinzustimmen | R | F |
| 16. | Unter Menschen fühle ich mich oft unbeholfen und fehl am Platz | R | F |
| 17. | Ich bin leicht beeinflusst durch das, was um mich herum vorgeht | R | F |
| 18. | Gewöhnlich fühle ich mich schlecht, wenn ich jemanden verletze | R | F |
| 19. | Ich gerate in Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten, wenn Leute versuchen, mich daran zu hindern, das zu tun, was ich will | R | F |
| 20. | Es hat Zeiten gegeben, in denen ich mich weigerte, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, selbst wenn man das von mir erwartete | R | F |
| 21. | Wenn ich gelobt oder kritisiert werde, zeige ich keine Reaktion darauf | R | F |
| 22. | Ich habe Groll gegen andere Menschen jahrelang aufrecht erhalten | R | F |
| 23. | Ich verbringe viel Zeit mit dem Versuch, Dinge perfekt durchzuführen | R | F |
| 24. | Andere Leute machen sich oft hinter meinem Rücken lustig über mich | R | F |
| 25. | Ich habe niemals mit Suizid gedroht oder mich absichtlich verletzt | R | F |
| 26. | Meine Gefühle sind wie das Wetter, sie wechseln ständig | R | F |
| 27. | Ich kämpfe um meine Rechte, selbst wenn es andere Leute stört | R | F |
| 28 | Ich liebe es, mich so anzuziehen, dass ich mich von der Mehrzahl der anderen Leute abhebe | R | F |
| 29. | Ich werde lügen oder andere hereinlegen, wenn es meinen Zwecken dient | R | F |
| 30. | Ich bleibe nicht bei einem Vorhaben, wenn es nicht sofort zum Erfolg führt | R | F |
| 31. | Ich habe wenig oder gar kein Verlangen nach sexuellen Beziehungen | R | F |
| 32. | Andere Leute meinen, ich wäre zu genau mit Regeln und Vorschriften | R | F |
| 33. | Ich fühle mich gewöhnlich unbehaglich oder hilflos, wenn ich alleine bin | R | F |
| 34. | Ich werde mich nicht mit Leuten einlassen, bevor sich sicher bin, dass sie mich mögen | R | F |
| 35. | Ich ziehe es vor, nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen | R | F |
| 36. | Ich denke, dass mein(e) Partner(in) oder Geliebte(r) mir untreu ist | R | F |
| 37. | Manchmal werde ich so ärgerlich, dass ich Gegenstände kaputt mache | R | F |
| 38. | Ich habe enge Freundschaften, die lange Zeit dauern | R | F |
| 39. | Ich mache mir eine Menge Sorgen darüber, dass andere Leute mich nicht mögen könnten | R | F |
| 40. | Ich fühle mich oft innerlich leer | R | F |
| 41. | Ich arbeite so viel, dass mir für etwas anderes keine Zeit mehr bleibt | R | F |
| 42. | Ich mache mir Sorgen darüber, verlassen zu werden und für mich selbst sorgen zu müssen | R | F |
| 43. | Viele Dinge scheinen mir gefährlich, die den meisten anderen Menschen nichts ausmachen | R | F |
| 44. | Ich stehe im Ruf, viel zu kokettieren | R | F |
| 45. | Ich kann Leute, von denen ich abhängig bin, nicht um einen Gefallen bitten | R | F |
| 46. | Ich ziehe Tätigkeiten vor, die ich alleine ausführen kann | R | F |
| 47. | Ich verliere leicht meine Beherrschung und lasse mich auf Schlägereien ein | R | F |
| 48. | Andere Leute halten mich für zu steif oder zu förmlich | R | F |
| 49. | Ich suche oft Rat oder Bestätigung für Alltagsentscheidungen | R | F |
| 50. | Ich schließe mich nicht an, selbst wenn ich unter anderen Leuten bin | R | F |
| 51. | Es ist schwer für mich, mich aus Schwierigkeiten heraus zu halten | R | F |
| 52. | Ich bin davon überzeugt, dass hinter vielen Dingen eine Verschwörung steht | R | F |
| 53. | Ich bin sehr launisch | R | F |
| 54. | Es ist schwierig für mich, mich daran zu gewöhnen, Dinge auf eine neue Art und Weise zu tun | R | F |
| 55. | Die meisten Leute denken, dass ich ein merkwürdiger Mensch bin | R | F |
| 56. | Ich ergreife jede Chance und verhalte mich leichtsinnig | R | F |
| 57. | Jeder braucht einen oder zwei Freunde, um glücklich zu sein | R | F |
| 58. | Ich interessiere mich mehr für meine eigenen Gedanken als für das, was um mich herum vorgeht | R | F |
| 59. | Ich versuche andere Leute dazu zu veranlassen, Dinge auf meine Weise zu tun | R | F |

## Implikationen für die Behandlung

**Emotionsregulation**
Wahrnehmung, Differenzierung, Regulation intensiver Gefühle, Prävention

**Mentalisierung / Reflexion**
Realitätsabgleich bzgl. der Hypersensibilität in sozialen Beziehungen, Erkennen der Emotionalität anderer

**Korrektur von Bindungserfahrungen**
Positive Bindungserfahrungen, Validierung, Achtsamkeit auch für positive soziale Interaktionen

Probleme in der Beziehungsgestaltung und beim Aufrechterhalten von Beziehungen

→ **Tragfähige therapeutische Beziehung**

Tiefgreifende Problematik, viele Bereiche umfassend:

→ **Langfristig angelegte Behandlung**

Oft bunte, wechselnde Symptomatik:

→ **Klarer Behandlungsfokus**

Neigung zu Krisen, erhebliche Widerstände, Identitätsdiffusion:

→ **Aktiver und strukturierender Ansatz**



## Borderline Persönlichkeitsstörung – Behandlungsansätze: die „Big 3“

**TABLE 1. The Three Major Evidence-Based Treatment Models for Borderline Personality Disorder**

| Model | Description | Intervention | Duration | Training | Randomized Controlled Trials/ Trials With Supportive Results (N/N) |
|---|---|---|---|---|---|
| Dialectical behavior therapy | Clinicians are coaches who advise and teach, give patients homework diaries to complete, and actively encourage intersession interactions. The primary focus is on self-harm and suicidality. The treatment's effectiveness was thought to derive from clinicians' validating their patients' painful emotions while encouraging them to learn new skills with which to manage their emotions. | Weekly individual (1 hour) and group (2 hours) sessions | 1 year | 10-day workshop, with homework and weekly group consultation | 13/13 |
| Mentalization-based treatment | Clinicians identify and respond to the patient's emotions and misattributions as they arise within both the individual and group components. From this, patients learn to correct their developmental inability to "mentalize" (i.e., self-awareness, empathy, and knowing how they affect and are affected by others). | Weekly individual (1 hour) and group (1 hour) sessions | 1.5 years | 3-day workshop, with or without weekly individual supervision and weekly group supervision | 3/3 |
| Transference-focused psychotherapy | Clinicians attempt to resolve split object relations (their incompatible good/bad, idealized/devalued views of themselves or others) through interpretations of their disowned aggression as it emerges within the therapy (i.e., transference). From this, they consolidate a more integrated sense of self. | Twice-weekly individual sessions | 1 year | 3-day workshop, with weekly individual supervision | 3/2 |



Gunderson, 2016, Am J Psychiatry 173:5

## Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-DBT-A)

(DBT; Linehan et al., 1991; DBT-A: Miller et al., 2007b; dt.: Fleischhaker, 2011)

ursprünglich für chronisch suizidale Frauen entwickelt

Einzel- und Gruppentherapie (Skilltraining)

Bedeutung der frühen Invalidierung (Nichtbeachtung) von Emotionen / Bedürfnissen und der Störung der Emotionsregulation

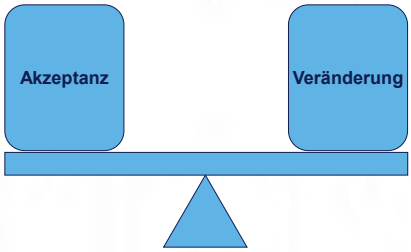
Therapie: Dialektik von Akzeptanz und Veränderung, Achtsamkeit, Zen-Buddhismus, Emotionsregulation, interpersonelles Training, Verhaltenstherapie



## DBT-A Konzept

- Achtsamkeit
  - Fähigkeit eigene Aufmerksamkeit zu kontrollieren und fokussieren
- Stresstoleranz
  - Fähigkeit unveränderliche Ereignisse zu akzeptieren
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
  - Fähigkeit soziale Probleme zu lösen, Selbstbehauptung
- Emotionsregulation
  - Fähigkeit eigene Gefühle zu beeinflussen und zu kontrollieren
- Walking the middle path:
  - Bewältigung jugendspezifischer Dilemma

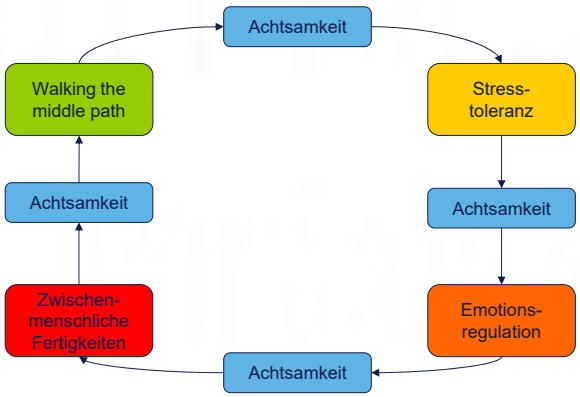
## Warum Dialektik ?




Zwei Dinge, die wie Gegensätze scheinen, könne beide wahr sein



## DBT-A Ablauf

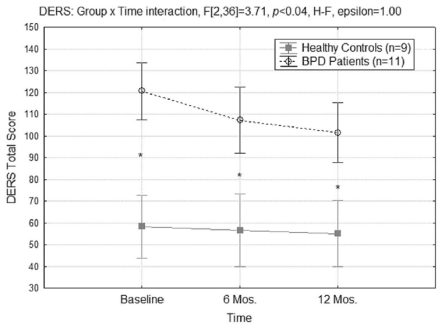


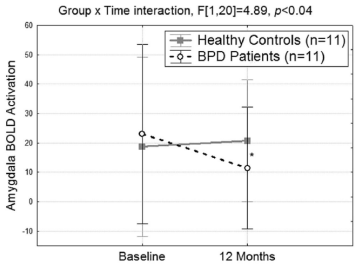



Miller & Rathus 2007, Böhme et al. 2001

## Therapie und Neurobiologie

- N=22, 11 HC vs. 11 BPD: DBT
- Besserung der Emotionsregulation und Down-Regulation der Amygdala Aktivierung b. BPD nach DBT (12 M FU)






Goodman et al., 2014

## Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT / MBT-A)

(MBT; Bateman, Fonagy et al., 2002; MBT-A: Bleiberg, 2001; Asen & Bevington, 2007)

Einzel- und Gruppentherapie

entwickelt für BPS-Patienten (Bindungsunsicherheit, dysfunktionale Affektregulation, Einschränkung der Reflexion und Mentalisierung)

Förderung der Mentalisierung (Reflexion, Perspektivübernahme)

VT-ähnliches Vorgehen: transparent, strukturiert, problemorientiert, Fokus auf *aktuelle* Ereignisse und Aktivitäten und deren mentale Realität

**Forderung: der Therapeut soll sich mit einem klaren und kohärenten Bild seiner Selbst zur Verfügung stellen, um die Mentalisierung zu fördern**

## Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP: Clarkin et al., 2001; Adolescent Identity Treatment: Foelsch et al., 2013)

Strukturierte psychodynamische Behandlungsmethode, die auf Kernbergs (1984) Objektbeziehungstheorie basiert

Zentraler Bestandteil: intrapsychische Repräsentanzen, die sich aus internalisierten Bindungsbeziehungen zu Bezugspersonen ableiten

Klarer Rahmen: Hierarchisierung der Therapieziele, Behandlungsvertrag

Behandlungsfokus: Themen mit affektiver Besetzung, die sich in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Hier und Jetzt der Übertragung manifestieren



## Unspezifische Gemeinsamkeiten

- Vorhandensein eines primären klinischen Ansprechpartners
- Zielvereinbarungen
- Aktive Ansprechbarkeit
- Dyadische Beziehung in der Therapie
- Sicherheitsplanung
- Supervision/ Intervision



Gunderson, 2016

## Good/ General Psychiatric Management

- Einmal wöchentlich
  - Psychoedukation
  - Medikalisierung von BPD
  - Fokus auf Verbesserung der sozialen Anpassung
- Psychoanalytisch:
  - Interpretation von Aggression
  - Übertragungsfokussiert
  - Eingeschränkte Verfügbarkeit
- CBT:
  - Problemlösestrategien
  - Kontingenzmanagement
  - Hausaufgaben

**Principles of GPM**

1. Be active (responsive, curious), not reactive — challenge passivity, avoidance, silences, and diversions; you are 'the container' (cautious, thoughtful, 'hold' projections).
2. Support via listening, interest, and selective validation — seeing the patient's description as legitimate and understandable (by you AND by the patient)
3. Focus on 'getting a life' — work is first priority, then relationships.
4. The relationship is real (dyadic) and professional — disclose selectively (e.g. 'you scared me', 'that would make me angry')
5. Change is expected — getting worse prompts questions about the therapy's value.
6. Accountability — patients need to be active collaborators within treatment, in assuming control of their life (agency). (This issue will recur, safety, meds, hospitals, etc.)



Gunderson & Links, 2014; Gunderson et al., 2018

## Vergleiche zu GPM

| Studies[a] | Duration | Follow-Up | Outcomes |
|---|---|---|---|
| TFP (N=23) versus DBT (N=17) versus SP (N=23) (reference 23) | 1 year | NA | All patients improved significantly, but TFP was better in more domains than either DBT or SP |
| DBT (N=90) versus GPM (N=90) (reference 32) | 1 year | 1 year | All patients improved significantly, but GPM was modestly better with more comorbidity |
| MBT (N=71) versus SCM (N=67) (reference 20) | 1.5 years | NA | All patients improved significantly, but MBT was significantly better with more comorbidity |

[a] DBT=dialectical behavior therapy; GPM=good psychiatric management; MBT=mentalization-based treatment; TFP=transference-focused psychotherapy; SP=supportive psychotherapy; SCM=structured clinical management.



Gunderson, 2016

## Zusammenfassung

- BPD verursacht klinisch signifikante Funktionseinbußen
- Stigma und Unwissen weit verbreitet
- Überlappung zu C-PTSD: daher auch Notwendigkeit der Beachtung von Traumavorgeschichte in der Behandlung
- BPD kann schon im Jugendalter diagnostiziert und behandelt werden
- Herausforderung: klinisches Wissen und Evidenzbasierung in die Breite bringen



# Selbstverletzendes Verhalten

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

## Überblick

- Definition & Häufigkeit
- Funktionen und Motive
- Interventionen
- Diskussion



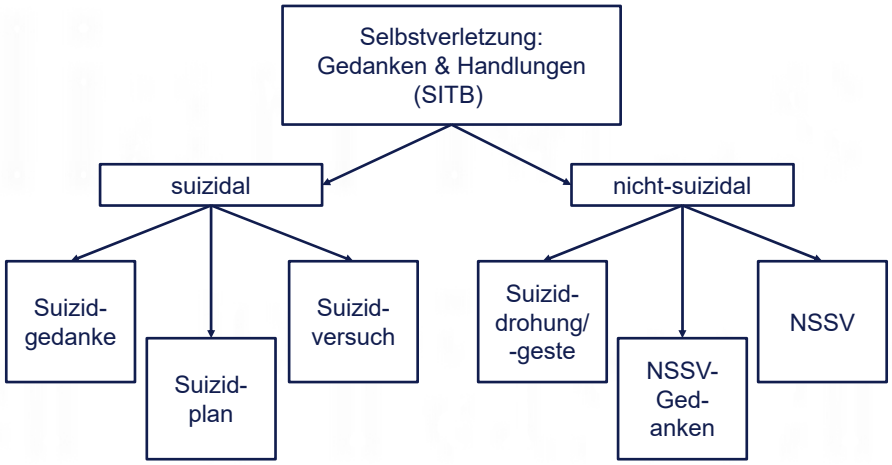
## Definition

- Bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von Körpergewebe,
- ohne suizidale Absicht, die
- sozial nicht akzeptiert ist



Lloyd-Richardson et al. 2007, Plener et al., 2018

## Definition



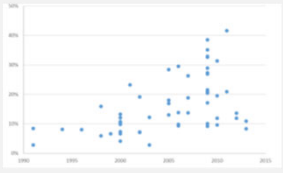

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Nock, 2010

## Prävalenz

Meta-Analyse: community based studies 1990-2015 in 12-18y (n=172 datasets, 261 publications, N=597,548)

- lifetime: **NSSV: 22.9%**
- ♀>♂: RR1.72
- Mean starting age: 12.81
- 1-2 episodes: 47%



Meta-Analyse: 2015-2020 (n=97 papers, 439,818 participants)

- Ater: 11.0-18,53
- Lifetime: **NSSV: 18.4%** (95% CI: 16.9-20.0)

- Höchste Prävalenz: Asien: 19.5% (vs. 14.7%)
- Keine Änderung zw. 2013 und 2018

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Gillies et al., 2018; J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;
Farkas et al., 2024; Europ Child Adolesc Psychiatry

## Epidemiologie

| | 6-Mo-Präv. |
|---|---|
| | 14% |
| | 11% |
| | 8% |

| Land | Lebenszeit prävalenz | selten | repetitiv ≥ 5x |
|---|---|---|---|
| Frankreich | 38,5% | 25,6% | 13% |
| Deutschland | 35,1% | 22,9% | 12,3% |
| Estland | 32,9% | 23,7% | 9,1% |
| ….. | | | |
| Österreich (7) | 26,9% | 20,0% | 6,9% |

N=1339, mAlter: 14.99 (SD: 0.79)

- Vergleich von „direct self-injurious behavior“
- 11 europ. Länder, n=12.068 (mAlter: ~ 15)
- Lebenszeitprävalenz: 27,6%
- 7,8% repetitives D-SIB

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Plener et al., 2013; Brunner, Kaess et al., 2014; Wagner et al., 2017

## Gender Apekte

- Sys. Rev: n= 57 Studien (n=352,516)

- Risikofaktoren:
  - Sexueller Missbrauch, Gewalt oder Übergriffe
  - Mobbing
  - Negative Bewältigungsstrategien
  - Empfundene Kritik seitens der Eltern
- Schützende Faktoren: familiäre Unterstützung

♀+♂

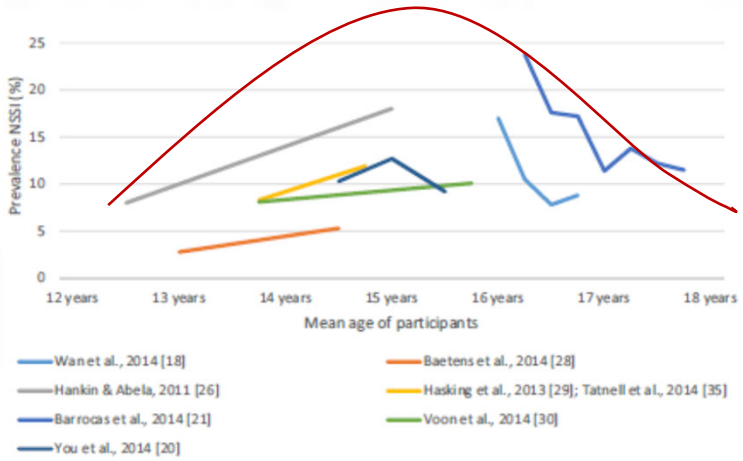
- früher: Kindheit, frühe Jugend ♂
- Gewalttätigere Methoden (Schlagen, Verbrennen)
- Drogenmissbrauch
- körperliche Aggressionen

- Beginn im Teenageralter
- Häufigere Methoden: Schneiden, Kratzen, Ritzen
- Mehr psychische Auslöser: Regulierung von Emotionen ♀
- Geringe soziale Unterstützung
- Mehr frühere Suizidversuche
- Enge Freunde mit NSSV

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Moloney et al., 2025; J Child Psychol Psychiatry

## Verlauf NSSV: longitudinale Studien

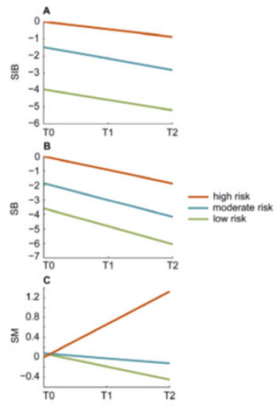


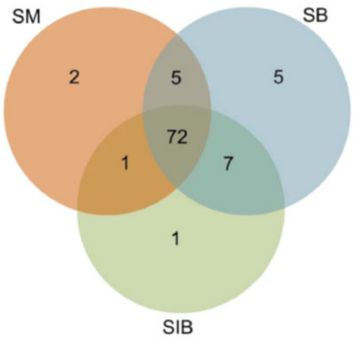

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Plener et al., 2015

## Verlauf im jungen Erwachsenenalter

N=513, 15-17a, 2-Jahres Follow-up
NSSV, suizidales Verhalten und Substanzkonsum:
High risk: 80-90% Überschneidungen: 77,4% in allen 3 high risk Clustern

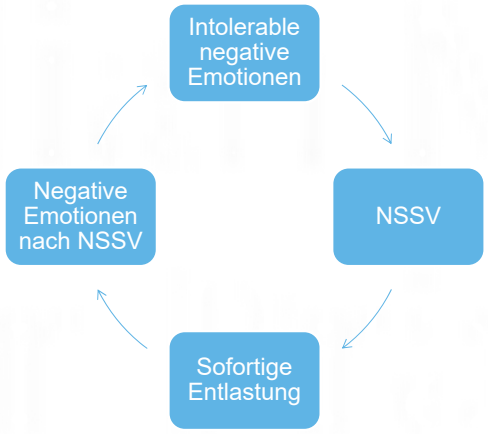


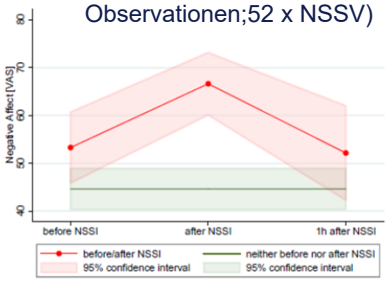

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Nakar et al., 2016

## Grundlegender Teufelskreis



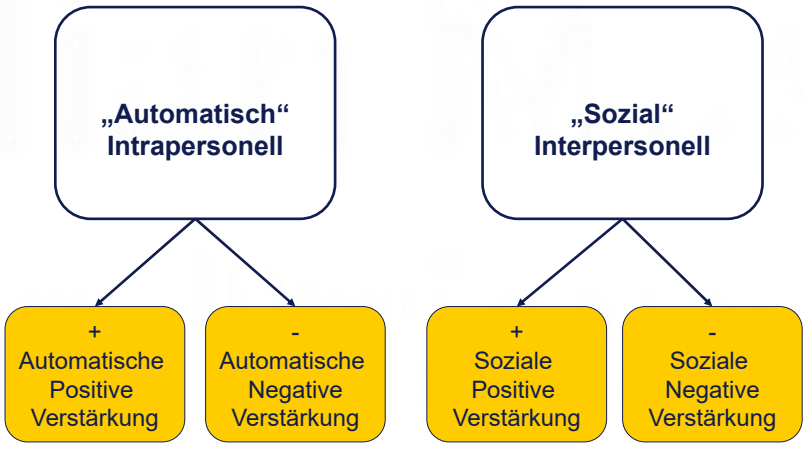

N=73, stdl. EMA (2131 Observationen;52 x NSSV)




MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Ougrin & Kaess, 2026, J Child Psychol Psychiatry;
Koenig et al., 2021: Europ Child Adolesc Psychiatry

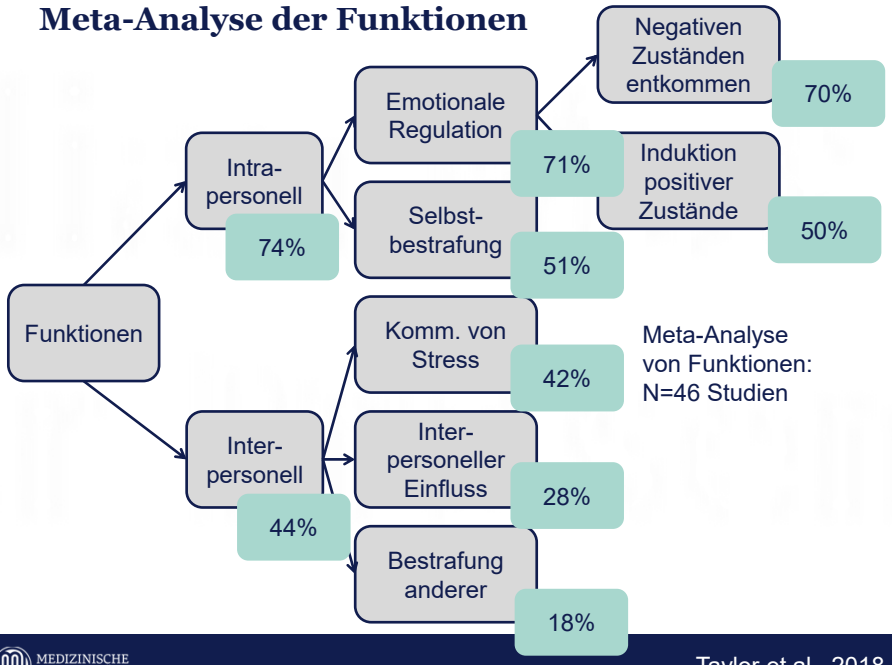
## 4-Faktoren-Modell




MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Nock & Prinstein 2004, 2005

## Meta-Analyse der Funktionen

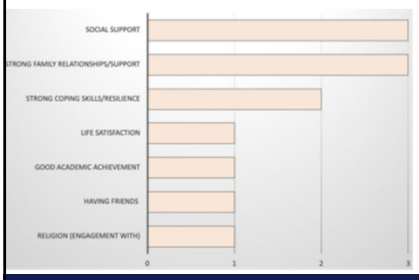


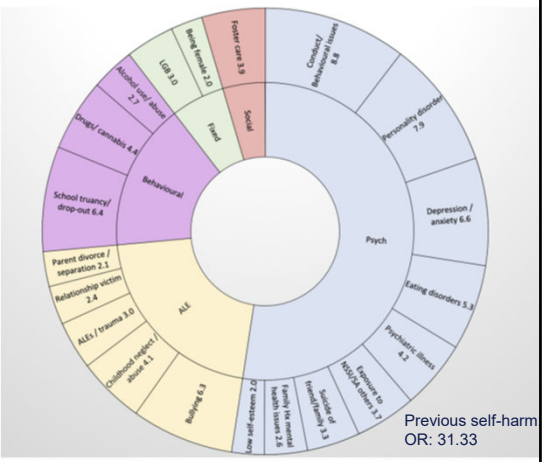

Meta-Analyse von Funktionen: N=46 Studien



Taylor et al., 2018

## Risiko und protektive Faktoren




Previous self-harm OR: 31.33

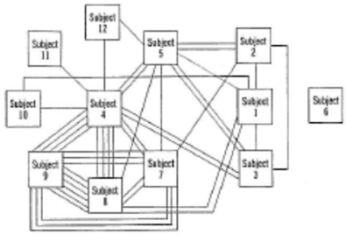
Umbrella review (n=61 sys.rev.)

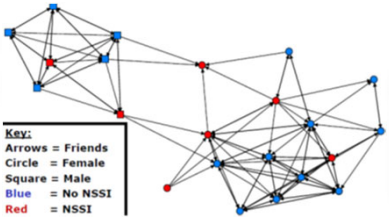


McEvoy et al., 2023; J Psych Res

## Soziale Ansteckung

- Zusammenhang zwischen sozialer Ansteckung und NSSV in allen 16 Studien
- NSSV kann durch peers angestoßen werden:
  – Zusammen ausführen, Kommunikation darüber, auch soziale Medien….




MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Rosen & Walsh, 1989, Lieberman et al., 2009; Jarvi et al., 2013; Young & Plener, 2015

## #socialcontagion

- 32,182 Bilder von 6,721 user accounts
- 2,826 (8.8%) zeigen NSSV von 1,154 user accounts

Psychological Medicine, Page 1 of 10. © Cambridge University Press 2017
doi:10.1017/S0033291717001751

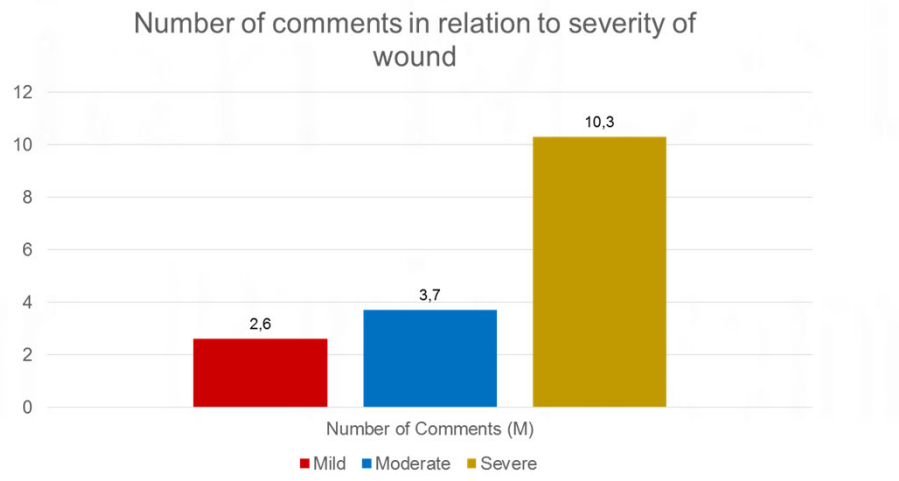
ORIGINAL ARTICLE

**#cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram**

R. C. Brown[1]*, T. Fischer[2], A. D. Goldwich[3], F. Keller[1], R. Young[4] and P. L. Plener[3]

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

## Wunden generieren Kommentare

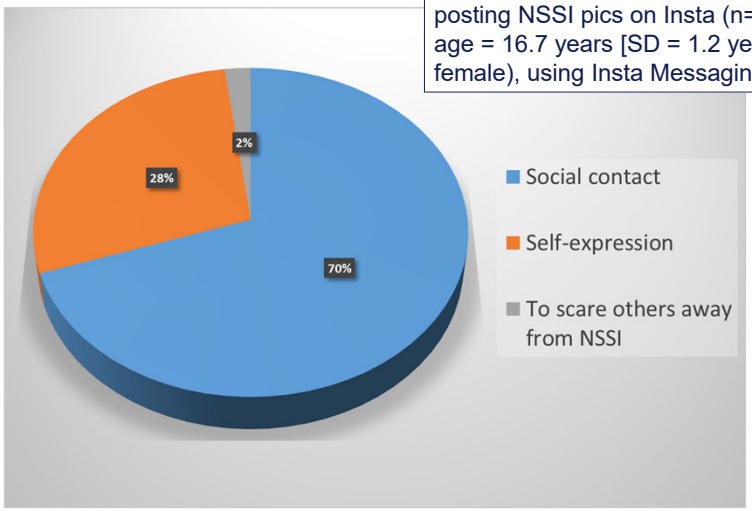



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Brown et al., 2017

## Motivation

Semi-structured interviews of people posting NSSI pics on Insta (n=59, mean age = 16.7 years [SD = 1.2 years]; 72.9% female), using Insta Messaging Chat



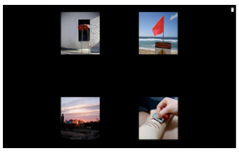

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Brown et al., 2020, Front Psychiatry

## Brauchen wir Triggerwarnungen?

- $N$ = 50 Jugendliche; 25 NSSI ($M_{age}$ = 15.9), 25 HC ($M_{age}$ = 16.4)
- Wiederholungsmessunge: Stress, Affekt, Druck; HR und SCL
- Eye-Tracking Paradigma
  - Free viewing task: Worte und Bilder
  - Dot-Probe Paradigma
    - 60 pictures, 20 each:
    - 200 and 500ms





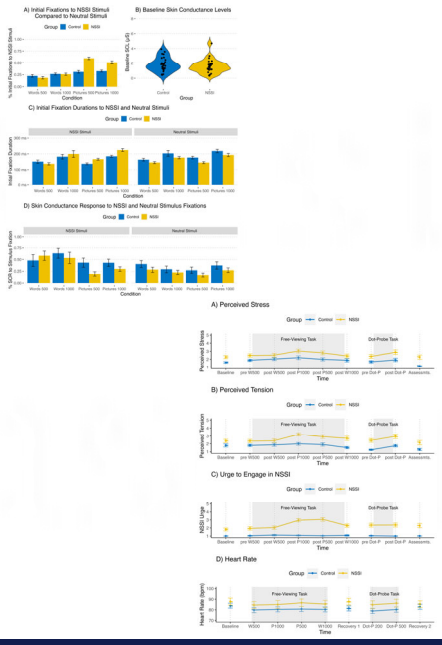
NSSI + Neutral | Trauma + Neutral | NSSI + Trauma



Goreis et al., 2024, JAMA Netw Open

## Ergebnisse – Eye Tracking

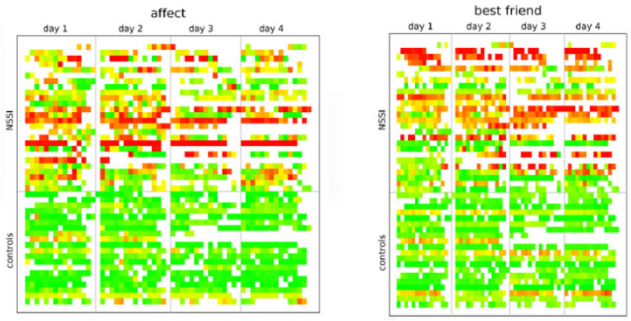
- Längere initiale Fixation und längere Fixationsdauer auf NSSI Bilder bei Jugendlichen mit NSSV
- SCL: kein Unterschied
- Kein Effekt bei Worten
- Stress, Anspannung, und Ritzdruck höher bei Jugendlichen mit NSSI
- Ritzdruck durch NSSI Bilder bei Jugendlichen erhöht



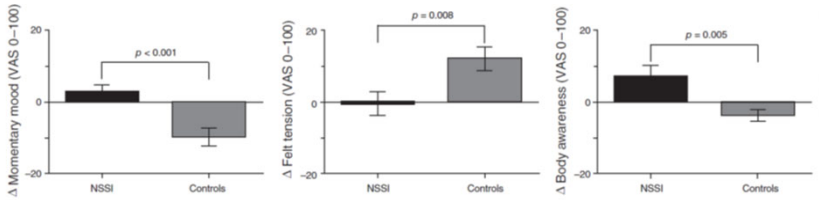



Goreis et al., 2024, JAMA Netw Open

## Emotionale Dysregulation




EMA: n=46; 13-18a
(NSSV: 26, HC: 20)



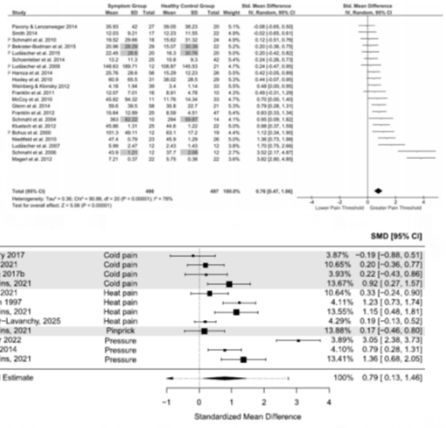

CPT: n=60 (NSSI: 30, HC: 30)



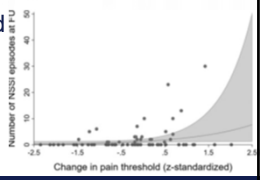
Santangelo et al., 2017; Koenig et al., 2017

## Hypalgesie

- Meta-Analyse: n=32 Studien
  - Schmerzschwelle↑
  - Schmerztoleranz↑
  - Schmerzintensität↓
- Meta-Analyse 1-22 a: n=8
  - Schmerzschwelle↑: Hedges´g=0.79 (95% CI: 0.13-1.46)
  - Keine Unterschiede in Schmerztoleranz




- Hypalgesie ist habituell:
  - Schmerzschwelle nimmt ab, wenn NSSV beendet wird



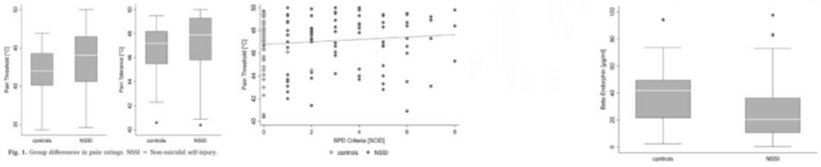

- Longitudinale (12m) Studie: N=66 Jugendliche mit NSSV
  - Schmerzschwelle↓ gemeinsam mit NSSV↓
  - Schmerzschwelle prädiziert NSSV: IRR=2.04



Koenig et al., 2016; Psychol Med; Pontén et al., 2025; Psych Res; Ludäscher et al., 2009; Acta Psychiatr Scand; Kao et al., 2024; Psychol Med

## Hypalgesie & endogene Opioide

- Endogene Opioide: in Scherzwahrnehmung involviert
- CSF : 29 BPD & Cluster B PD (14 NSSV +, 15 no NSSV, alle: SA)
  - β – endorphin and met-enkephalin (μ -& delta receptor agonists) ↓
- Hitzeschmerz: (n=94 NSSV vs. 35 HC): Plasma β – endorphin levels ↓

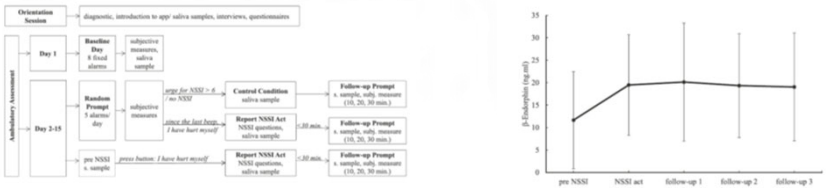


MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Koenig et al., 2016; Schmahl et al., 2004, 2006, Ludäscher et al., 2009, Reitz et al., 2015; Bresin & Gordon, 2013; Stanley, 2010; van der Venne et al., 2020

## β – Endorphin Spiegel

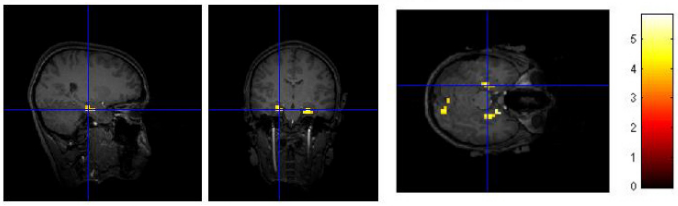
- N=51: weibliche Erwachsene: 15 d
- β-endorphin im Speichel: Vor und nach NSSV, während “Ritzdruck” und an Tag ohne NSSV
- β-endorphin Level↓: vor NSSV
- β-endorphin Level ↑: nach NSSV
- Ritzdruck: keine Unterschiede in β-endorphin
- Positive Assoziation zwischen Schwere von NSSV und β-Endorphin Level
- Keine signifikante Assoziation zwischen β-Endorphin Levels und Schmerz
- NSSV: assoziiert mit β-Endorphin↑: Verstärkungsmechanismus?



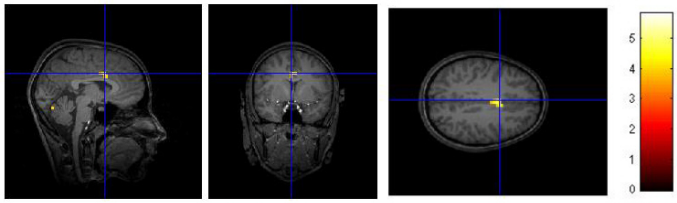
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Störkel et al., 2021, Neuropsychopharmacology

## Ergebnisse alle Bilder




**Gesteigerte Aktivierung** in **Amygdala R and L** in NSSV



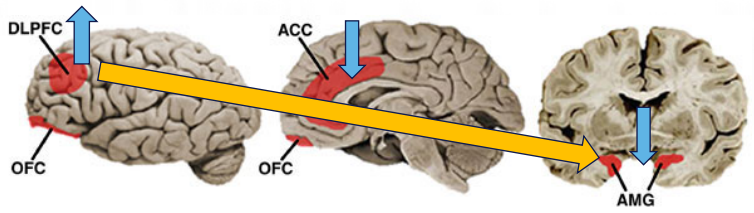

**Gesteigerte Aktivierung** in **ACC** in NSSV Gruppe

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Plener et al., 2012

## ....aber tut das nicht weh?

- NSSV: höhere Schmerzschwelle und Schmerztoleranz
- Hypalgesie ist habituell:
  - Schmerzschwelle sinkt nach Beendigung von NSSV
- Bei Schmerz:
  - Erhöhte Aktivierung im DLPFC
  - Verminderte Aktivierung im ACC und der Amygdala
  - Verminderte Amygdala Aktivierung nach Schnitt




MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Koenig et al., 2016; Ludäscher et al., 2009, Reitz et al., 2015; Schmahl & Baumgärtner, 2015

## Interpersonelle Stressoren: Mobbing als Risikofaktor

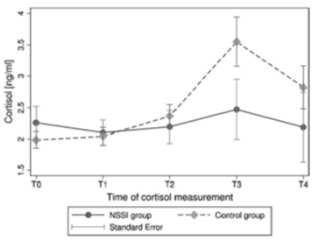
- ALSPAC Studie: (n=4810: 7-10 Jahre-16-17 Jahre):
  - Mobbing als Prädiktor für NSSV
- Dt. Schüler (n=647, mAlter: 12,8)
  - Häufiges Mobbing (≥ 2-3x in letzten drei Monaten):
  - OR für NSSV: 11,75



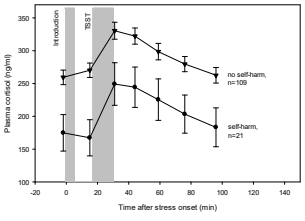
Lereya et al., 2013; Jantzer et al., 2015

## HPA Achse und NSSV

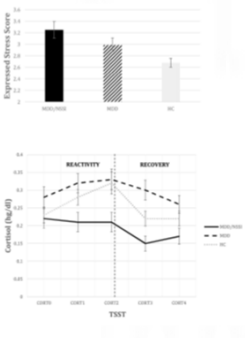
- Veränderte Cortisolantwort im TSST




N=28, 16;6 years
Saliva Cortisol




N=224; NSSI: 21 (9,4%),
f: 15 ;19 years
Cortisol levels in blood




N=162 (12-19y):
MD+NSSI: 39,
MDD: 59, HC: 64
Saliva cortisol



Kaess et al., 2012; Plener et al., 2017; Klimes-Dougan et al., 2019

## Schmerz der anderen Art

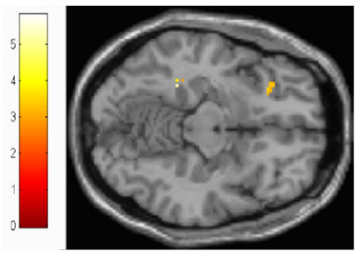
- Sozialer Ausschluss: “Cyberball”
  - 60 Würfe ‘passive’
  - 60 Würfe inclusion (1/3 randomisierter Ball Besitz)
  - 10 Würfe inclusion, 50 Würfe exclusion

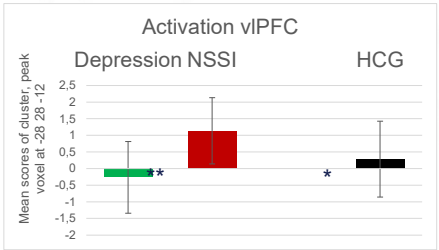


Groschwitz et al., 2016

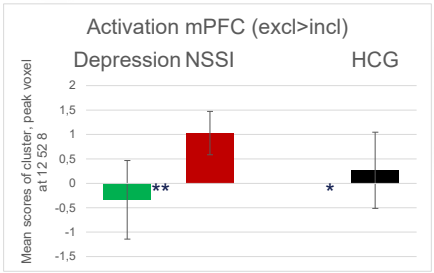
## Sozialer Ausschluss „schmerzt“

•Exclusion > Inclusion: vlPFC und mPFC








** p<.001
* p<.05

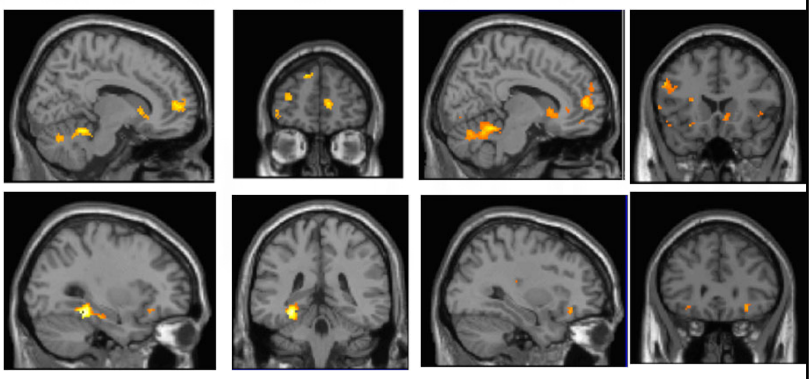


Groschwitz et al., 2016

## Sozialer Ausschluss „schmerzt“

Exclusion > Inclusion:

- Erhöhte Aktivierung ventrales Striatum + Hippocampus + mPFC + anteriore Insula bei NSSV:
- soziale Ausgrenzung salienter für Probanden mit NSSV?

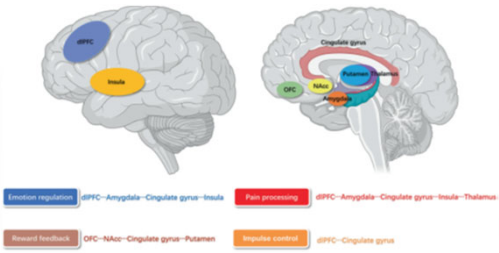


MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Groschwitz et al., 2016

## NSSV und Gehirn (einige Befunde)

- Erhöhte Aktivierung der Amygdala und des anterolateralen cingulären Kortex (aACC) beidseitig beim Betrachten emotionaler Reize
- geringere generalisierte fraktionale Anisotropie im linken parolfaktorischen Abschnitt des Cingulums sagt NSSI voraus
- Verringertes Volumen des ACC
- Veränderungen der funktionellen Konnektivität im frontolimbischen System
- Abgeschwächte Aktivierung des Striatums
- Erhöhte Aktivierung der sozialen Schmerzmatrix in Ausschlussversuchen
- Aktivierung des Salienznetzwerks bei sozialer Ausgrenzung
- Abgeschwächte Aktivierung der vorderen Insula nach Schmerz
- Verminderte funktionelle Konnektivität im Ruhezustand: Amygdala–ACC
- DSM-5-NSSI vs. NSSI: Dicke ↑: rechter Temporallappen, rechter postzentraler Kortex, rechter transversaler Kortex; Dicke ↓: rechter inferiorer parietaler Kortex, rechtes Putamen
- „Suchtartiges“ NSSI: funktionelle Konnektivität ↑ im linken Hippocampus und im linken Nucleus caudatus, funktionelle Konnektivität ↓ im linken NA und im bilateralen medialen Gyrus cinguli, in der linken Amygdala und im rechten inferioren OFC
- Geringere Kohärenz im vorderen DMN und im Salienznetzwerk der Insula, höhere Kohärenz im zentralen Exekutivnetzwerk (DMN)
- stärkere differentielle Aktivierung der lateralen temporalen Hirnregionen, des vorderen Hippocampus und der Amygdala während sozialer Ausgrenzung…..




- SEHR vereinfacht und zusammengefasst:
  - Veränderungen in Bereichen, die mit der Verarbeitung von Emotionen und Belohnung in Verbindung stehen
  - Veränderte funktionelle Konnektivität zwischen limbischen und kortikalen Strukturen
  - Verändertes Default-Mode-Netzwerk
  - Veränderte Reaktion auf soziale Ausgrenzung

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Plener et al., 2012; Psychiatry Res; Westlund Schreiner et al., 2026; Neuropsychopharamcology; Auerbach et al.; 2020; Biol Psychiatry; Wang et al., 2026; J Affect Dis; Liao et al., 2025; Brain Res Bull; Ho et al., 2021; Transl Psychiatry; Spohrs et al., 2026, Euop Child Adolesc Psychiatry; Groschwitz et al., 2016, Psych Res Neuroimage; Wu et al., 2025; Mol Psychiatry

## Psychotherapie



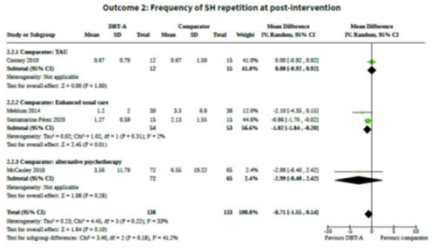

- Als Elemente der psychotherapeutischen Behandlung von NSSV **sollten** folgende Bereiche beachtet werden:
  - Klare Absprachen zum Vorgehen bei Suizidalität und NSSV
  - Aufbau einer Behandlungsmotivation
  - Psychoedukation
  - Identifikation von Faktoren, die NSSV auslösen oder aufrechterhalten
  - Vermitteln von alternativen Handlungs- oder Konfliktlösestrategien zu NSSV
  - Beachtung und leitliniengerechte Mitbehandlung psychischer Störungen
- Sehr starker Konsens



DGKJP 2015, Plener et al., 2016

## Cochrane: self-harm bei Minderjährigen

- N=17 Studien
  - DBT-A: Frequenz von self-harm↓ (30%)
  - Individuelle CBT: wahrscheinlich effektiv vs. TAU
  - MBT-A: unklare Effekte
  - Family therapy: vermutlich keine Evidenz
- Conclusio:
  - DBT-A: weitere Evaluation angezeigt
  - Individuelle CBT-basierte Psychotherapie: sollte weiter entwickelt und evaluiert werdden






Witt et al., 2021, Cochrane Database Sys Rev

## Psychopharmakologie

- Beim Auftreten von akuten Anspannungszuständen **kann** eine psychopharmakologische Behandlung in Form von niedrigpotenten konventionellen Antipsychotika erfolgen. Bei einer Anwendung außerhalb des Zulassungsbereichs, sind die Bestimmungen zum „off-label“ use zu beachten.
- Eine psychopharmakologische Behandlung bei Vorliegen einer psychischen Störung **soll** entsprechend der störungsspezifischen Leitlinien erfolgen.
- Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung des NSSV kann nicht empfohlen werden.
- sehr starker Konsens



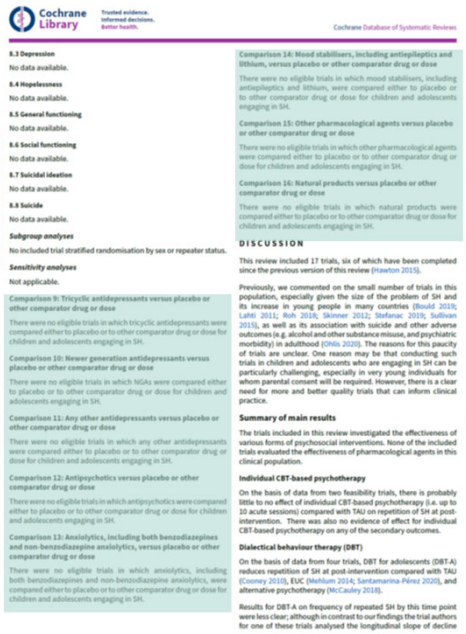
## Cochrane

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

**Interventions for self-harm in children and adolescents (Review)**

Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, Hawton K


Cochrane Library

Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Cochrane Database of Systematic Reviews

**8.3 Depression**

No data available.

**8.4 Hopelessness**

No data available.

**8.5 General functioning**

No data available.

**8.6 Social functioning**

No data available.

**8.7 Suicidal ideation**

No data available.

**8.8 Suicide**

No data available.

***Subgroup analyses***

No included trial stratified randomisation by sex or repeater status.

***Sensitivity analyses***

Not applicable.

**Comparison 9: Tricyclic antidepressants versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which tricyclic antidepressants were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 10: Newer generation antidepressants versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which NSAs were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 11: Any other antidepressants versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which any other antidepressants were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 12: Antipsychotics versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which antipsychotics were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 13: Anxiolytics, including both benzodiazepines and non-benzodiazepine anxiolytics, versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which anxiolytics, including both benzodiazepines and non-benzodiazepine anxiolytics, were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 14: Mood stabilisers, including antiepileptics and lithium, versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which mood stabilisers, including antiepileptics and lithium, were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 15: Other pharmacological agents versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which other pharmacological agents were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**Comparison 16: Natural products versus placebo or other comparator drug or dose**

There were no eligible trials in which natural products were compared either to placebo or to other comparator drug or dose for children and adolescents engaging in SH.

**DISCUSSION**

This review included 17 trials, six of which have been completed since the previous version of this review (Hawton 2015).

Previously, we commented on the small number of trials in this population, especially given the size of the problem of SH and its increase in young people in many countries (Bould 2019; Lahti 2011; Roh 2018; Skinner 2012; Stefanac 2019; Sullivan 2015), as well as its association with suicide and other adverse outcomes (e.g. alcohol and other substance misuse, and psychiatric morbidity) in adulthood (Ohlis 2020). The reasons for this paucity of trials are unclear. One reason may be that conducting such trials in children and adolescents who are engaging in SH can be particularly challenging, especially in very young individuals for whom parental consent will be required. However, there is a clear need for more and better quality trials that can inform clinical practice.

**Summary of main results**

The trials included in this review investigated the effectiveness of various forms of psychosocial interventions. None of the included trials evaluated the effectiveness of pharmacological agents in this clinical population.

**Individual CBT-based psychotherapy**

On the basis of data from two feasibility trials, there is probably little to no effect of individual CBT-based psychotherapy (i.e. up to 10 acute sessions) compared with TAU on repetition of SH at post-intervention. There was also no evidence of effect for individual CBT-based psychotherapy on any of the secondary outcomes.

**Dialectical behaviour therapy (DBT)**

On the basis of data from four trials, DBT for adolescents (DBT-A) reduces repetition of SH at post-intervention compared with TAU (Cooney 2010), EUC (Mehlum 2014; Santamarina-Pérez 2020), and alternative psychotherapy (McCauley 2018).

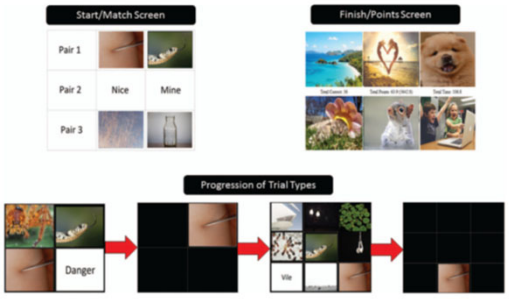
Results for DBT-A on frequency of repeated SH by this time point were less clear; although in contrast to our findings the trial authors for one of these trials analysed the longitudinal slope of decline



Witt et al., 2021, Cochrane Library

## NSSI App

- Therapeutic Evaluative Conditioning (TEC)
- App: 1-2 min.
- Aversion vs. NSSV↑, Aversion vs. Selbst↓
- 3 separate RCTs (n=114, 131, 163) vs. control app für 1 m
- Reduktion (post-treatment, nicht mehr 1 m FU):
  - NSSV Episoden (32%–40%)
  - Suizidpläne (21%–59%)
  - Suizidversuche (33%–77%)
  - Kein Effekt: Suizidgedanken






Franklin et al., 2016

## Zusammenfassung

- NSSV ist ein häufiges Phänomen im Kindes- und Jugendalter
- Häufigste Funktion: Emotionsregulation
- NSSV: ohne suizidale Intention, aber Risikofaktor für Suizidalität
- Starker Einfluss von Familie, peer group und Neurobiologie auf NSSV
- Effektive Therapieansätze und Leitlinie vorhanden:
  - Wie bringen wir diese zu den Jugendlichen?