



Früherkennung und Frühintervention von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. med. Michael Kaess

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Bern

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg



Keine Interessenskonflikte



Australian Government
National Health and Medical Research Council

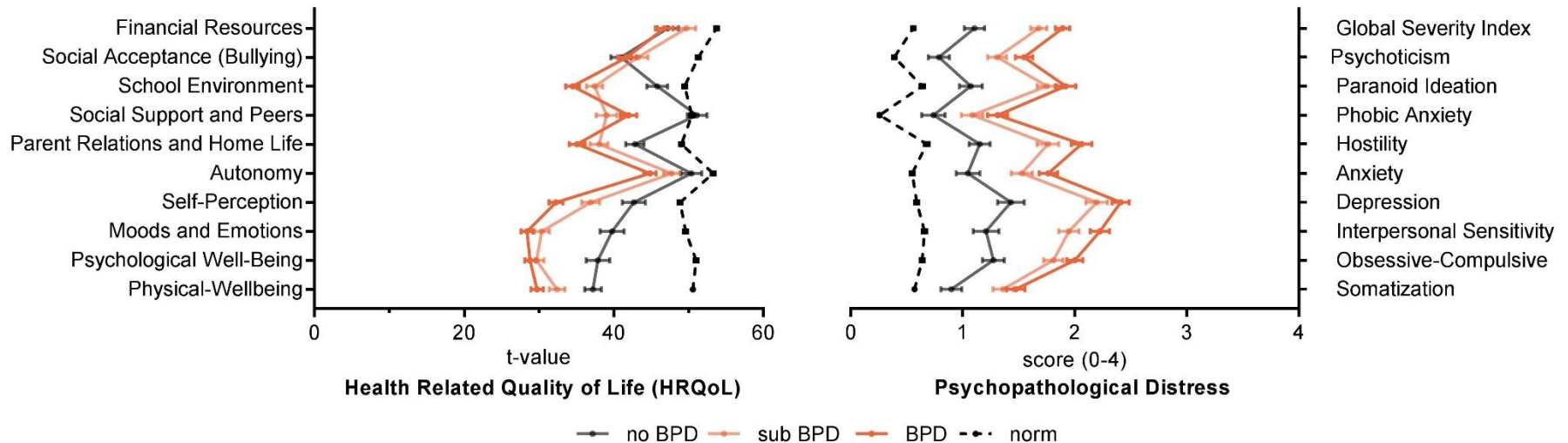
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

- Inzwischen als reliable und valide Diagnose im Jugendalter anerkannt (Kaess et al., 2014)
- Prävalenz in der Normalbevölkerung 1-3%, bei stationären Patienten 33-49% (Sharp & Fonagy, 2015)
- Rangiert unter den wichtigsten Verursachern von «Disability Adjusted Life Years» (Chanen et al., 2017)

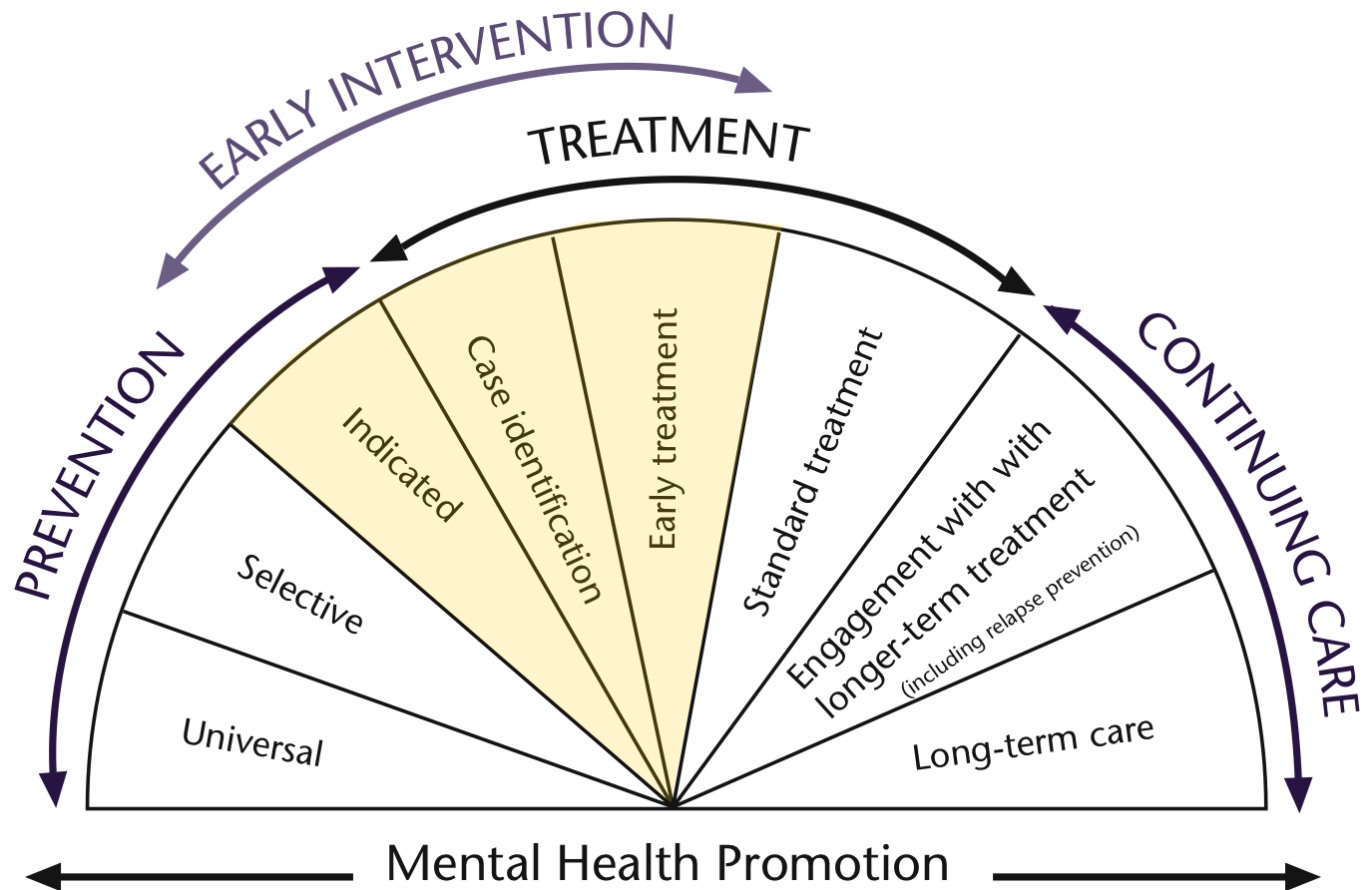
Kriterien nach DSM-5

- (1) Angst vor dem Verlassenwerden
- (2) Instabile zwischenmenschliche Beziehungen
- (3) Identitätsstörung
- (4) Impulsivität
- (5) Repetitive Selbstverletzungen und suizidale Handlungen
- (6) Affektive Instabilität
- (7) Chronisches Gefühl der Leere
- (8) Überschiessende Wut und Gereiztheit
- (9) Transiente paranoide und dissoziative Symptome

Lebensqualität und Symptombelastung bei Jugendlichen mit BPS-Symptomen



Frühintervention psychischer Erkrankungen

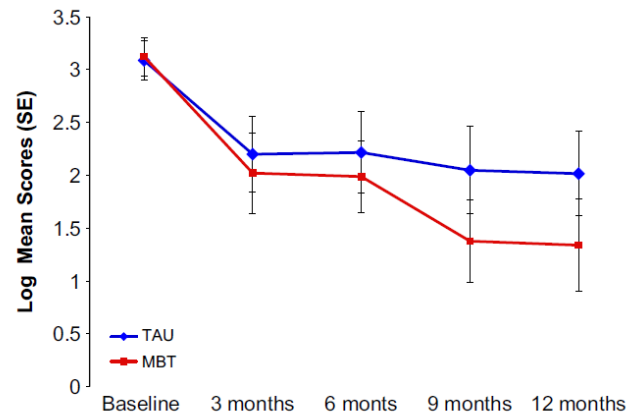
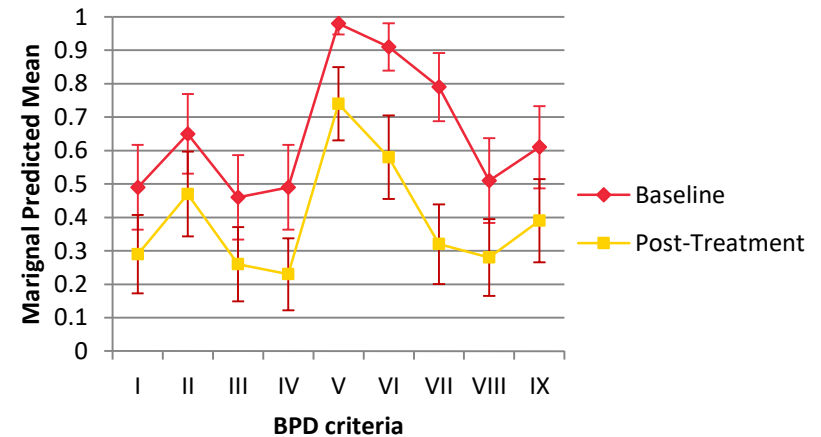
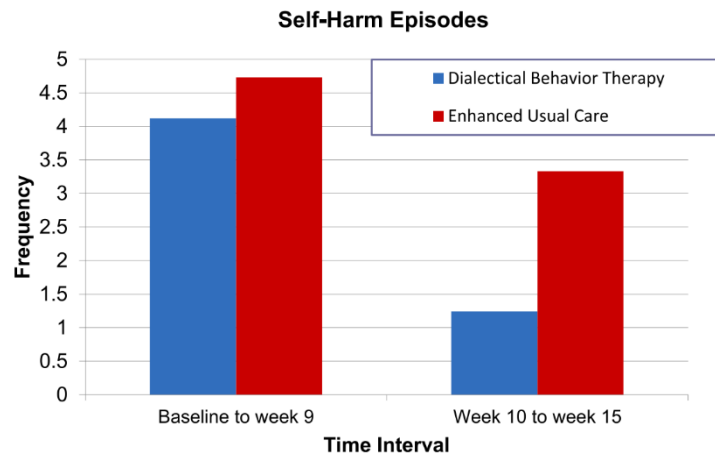


Neue S3- Leitlinien „Borderline-Persönlichkeitsstörungen“



- Empfehlung zur Diagnosestellung der BPS sowie ihrer subklinischen Vorläuferstadien ab dem Alter von 12 Jahren
- Empfehlung zur störungsspezifischen Psychotherapie der BPS-Symptomatik (indizierte Prävention bzw. Frühintervention) ab dem Alter von 14 Jahren

DBT-A und MBT-A sind wirksam in der Behandlung der BPS im Jugendalter

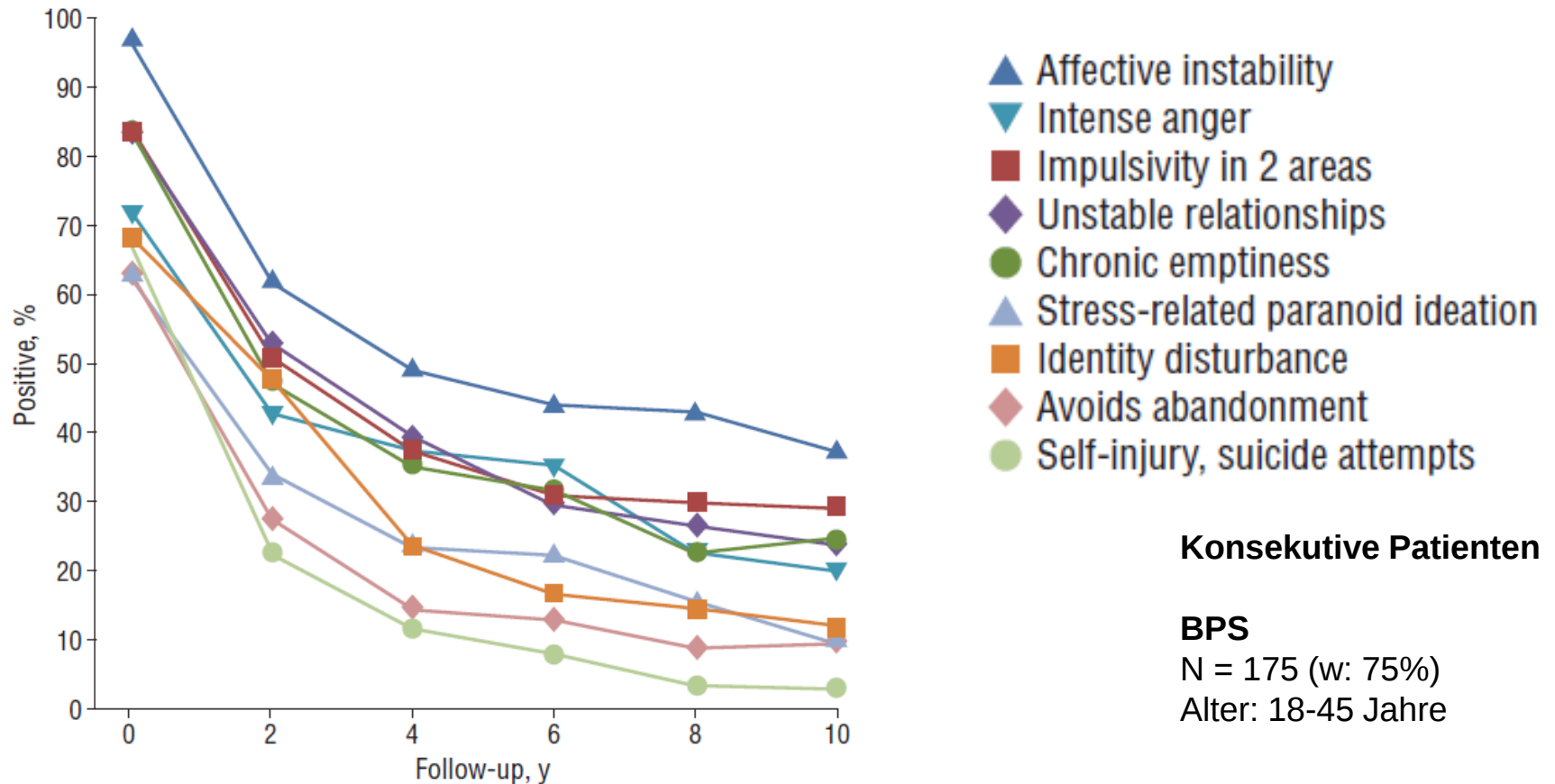


Mehlum et al. (2014) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
Rossouw et al. (2012) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
Bürger et al. (2019) *J Pers Disord*

Daten zur Verbesserung der BPS unter DBT-A

BPD diagnosis	Baseline	Follow-Up
No BPD	0%	38.1%
Subsyndromal BPD (3-4 criteria)	11.5%	28.6%
Full BPD (at least 5 criteria)	88.5%	33.3%

Verlauf der behandelten BPS bei Erwachsenen



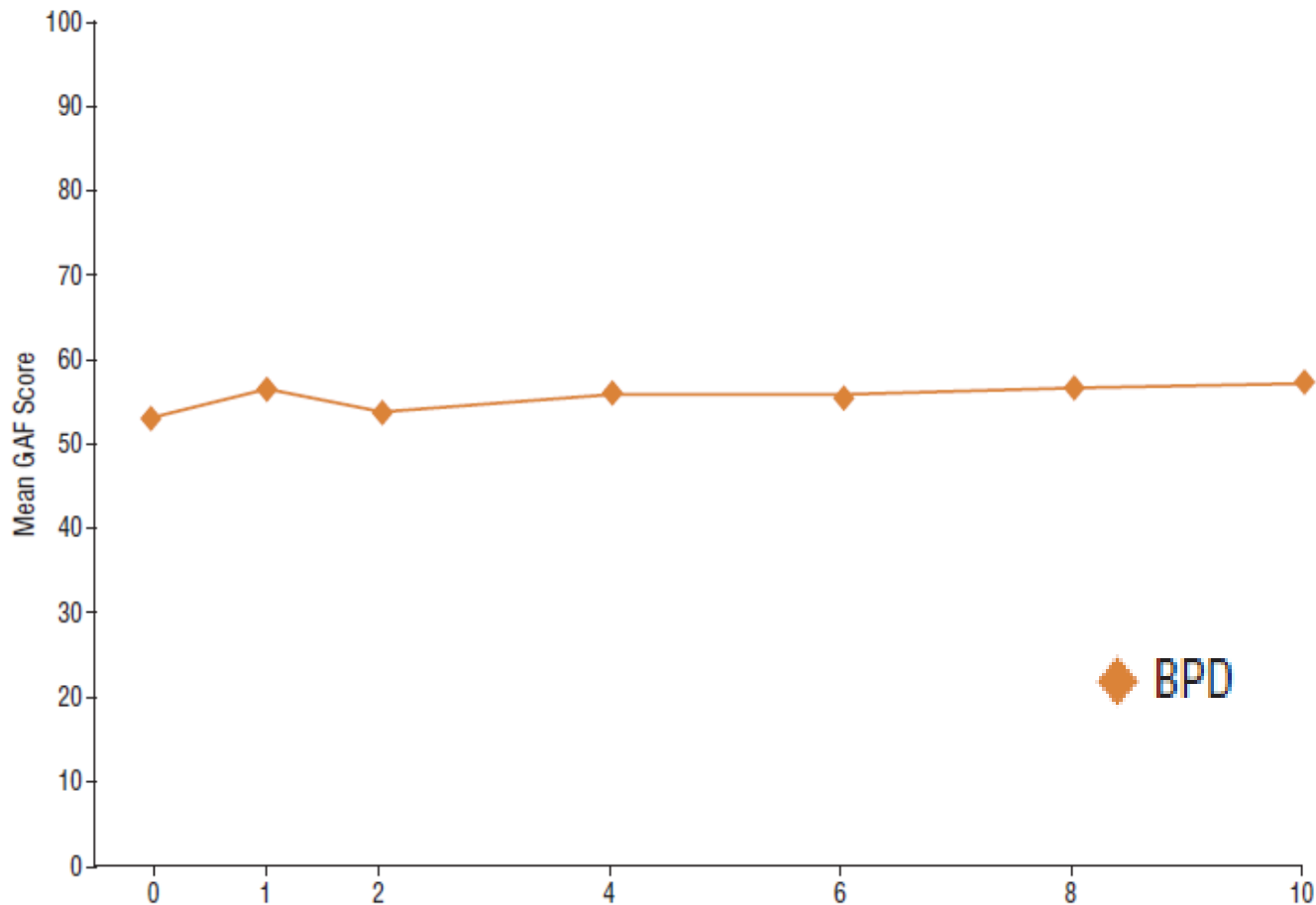
Konsequente Patienten

BPS

N = 175 (w: 75%)

Alter: 18-45 Jahre

Stabilität des psychosozialen Funktionsniveaus bei Erwachsenen mit BPS



Konsequente Patienten

BPS

N = 175 (w: 75%)

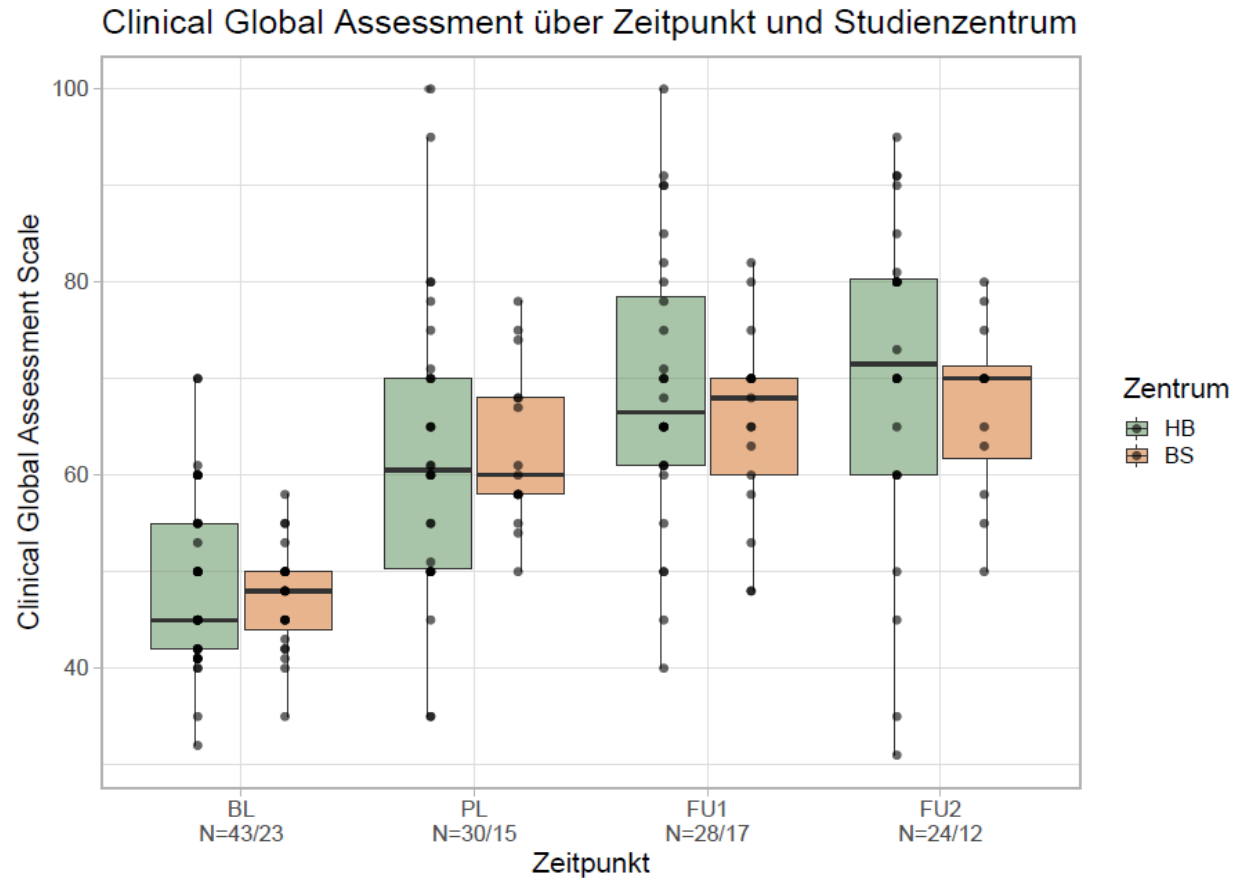
Alter: 18-45 Jahre

Longitudinale Daten der **AtR!Sk**-Kohorte – BPS

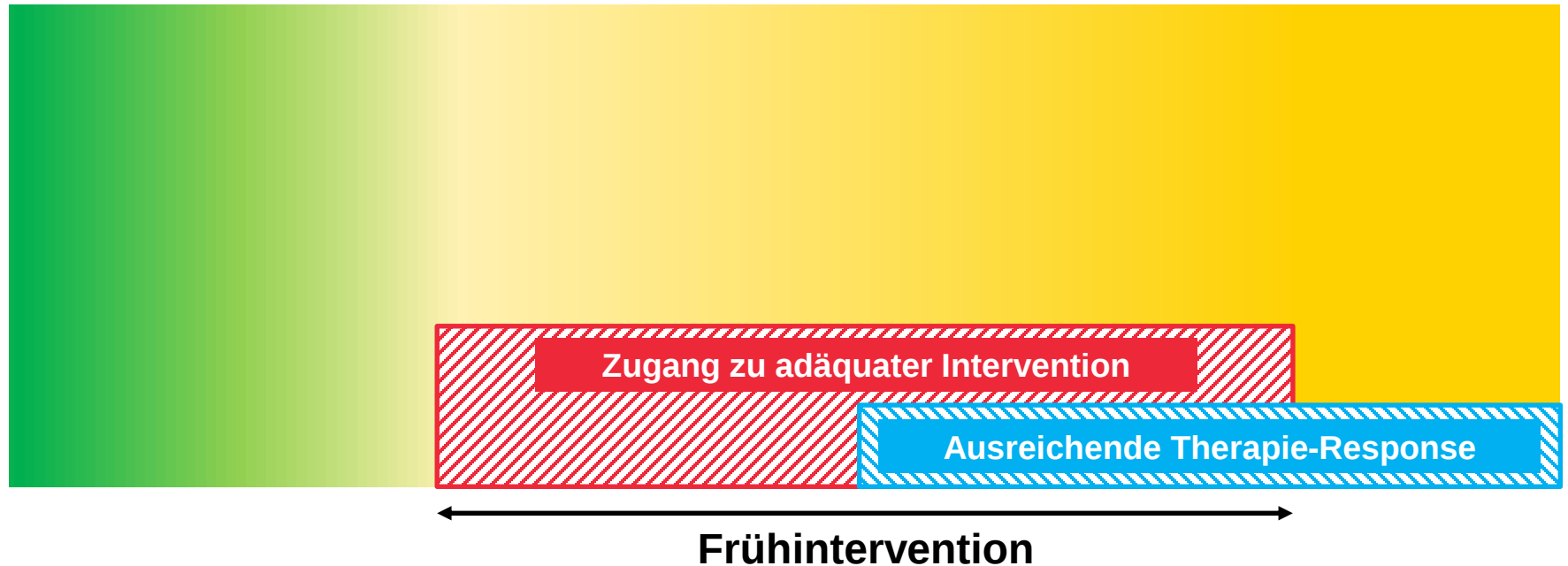


Längsschnittdaten zeigen, dass die Frühintervention der BPS eine geringere Symptomreduktion aber eine deutlich besseren Erhalt des psychosozialen Funktionsniveaus erreichen kann.

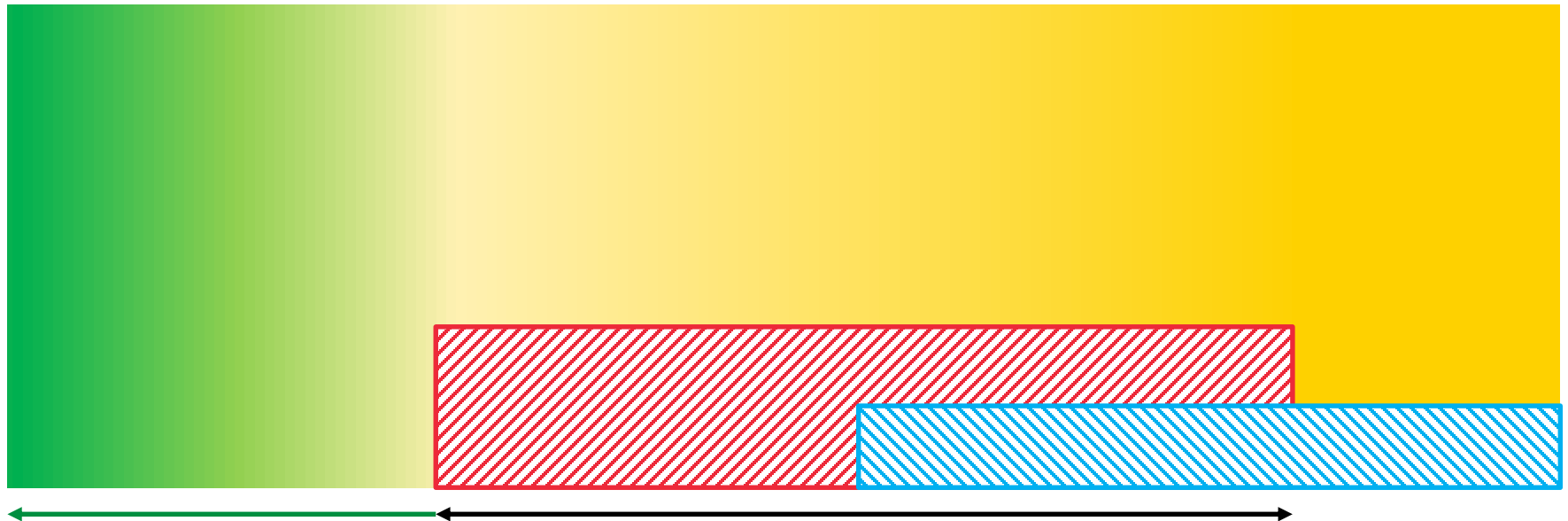
Alternative zu DBT-A und MBT-A: Adolescent Identity Treatment



Die Zukunft der Frühintervention



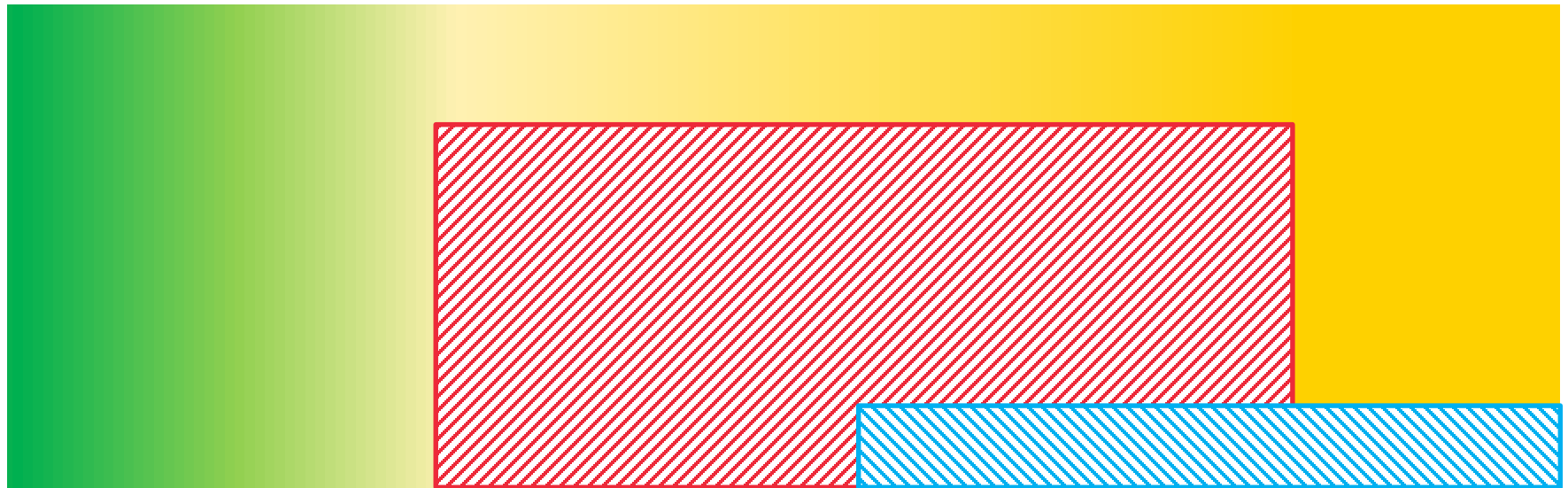
Die Zukunft der Frühintervention



Frühintervention

Frühere Intervention (indizierte Prävention, selektive Prävention)

Die Zukunft der Frühintervention

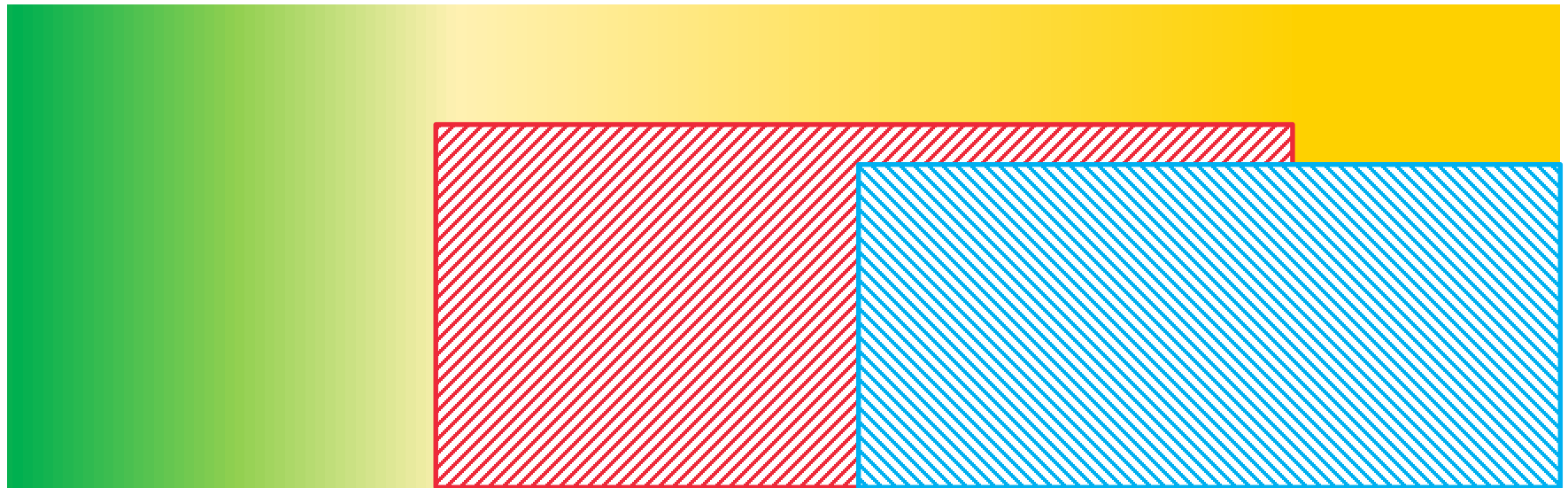


Frühintervention

Frühere Intervention

Verbesserter Zugang

Die Zukunft der Frühintervention



Frühintervention

Frühere Intervention oder Prävention

Verbesserter Zugang zu Hilfe

Wirksamere Behandlung

Frühere Intervention oder Prävention

Persönlichkeitsstörungen in der neuen ICD-11

Persönlichkeitsstörung (Schweregradkontinuum)

Identität

«Selbst»

Selbstlenkung

Empathie

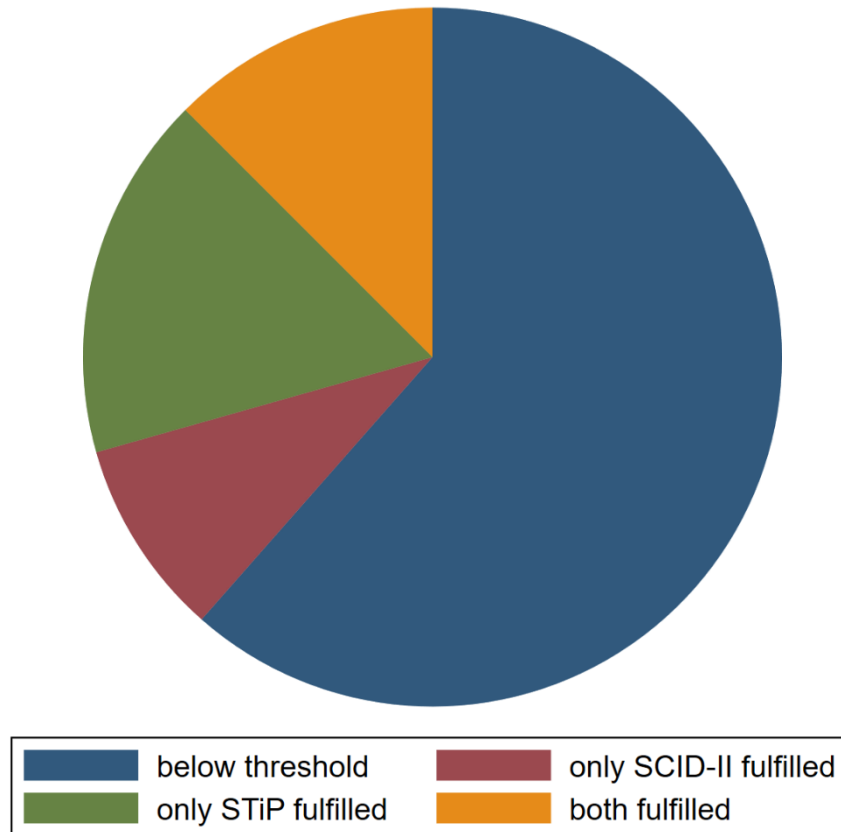
«Interpersonalität»

Intimität

Borderline-Persönlichkeitsstörung

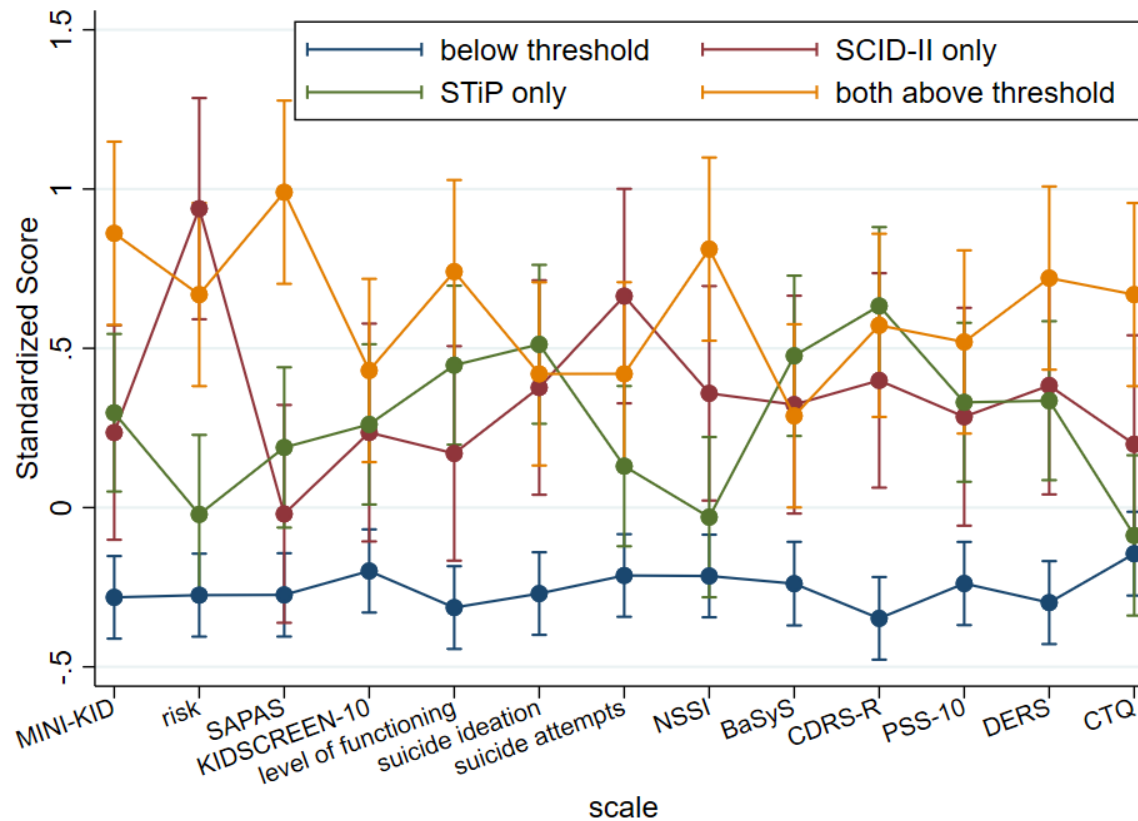
- Persönlichkeitsstörung, die am besten auf einem generellen P-Faktor lädt
- Persönlichkeitsstörung, die eine eigene diagnostische Entität im ICD-11 bleiben wird

Persönlichkeitsstörungen mit “neuem Modell” (AMPD)

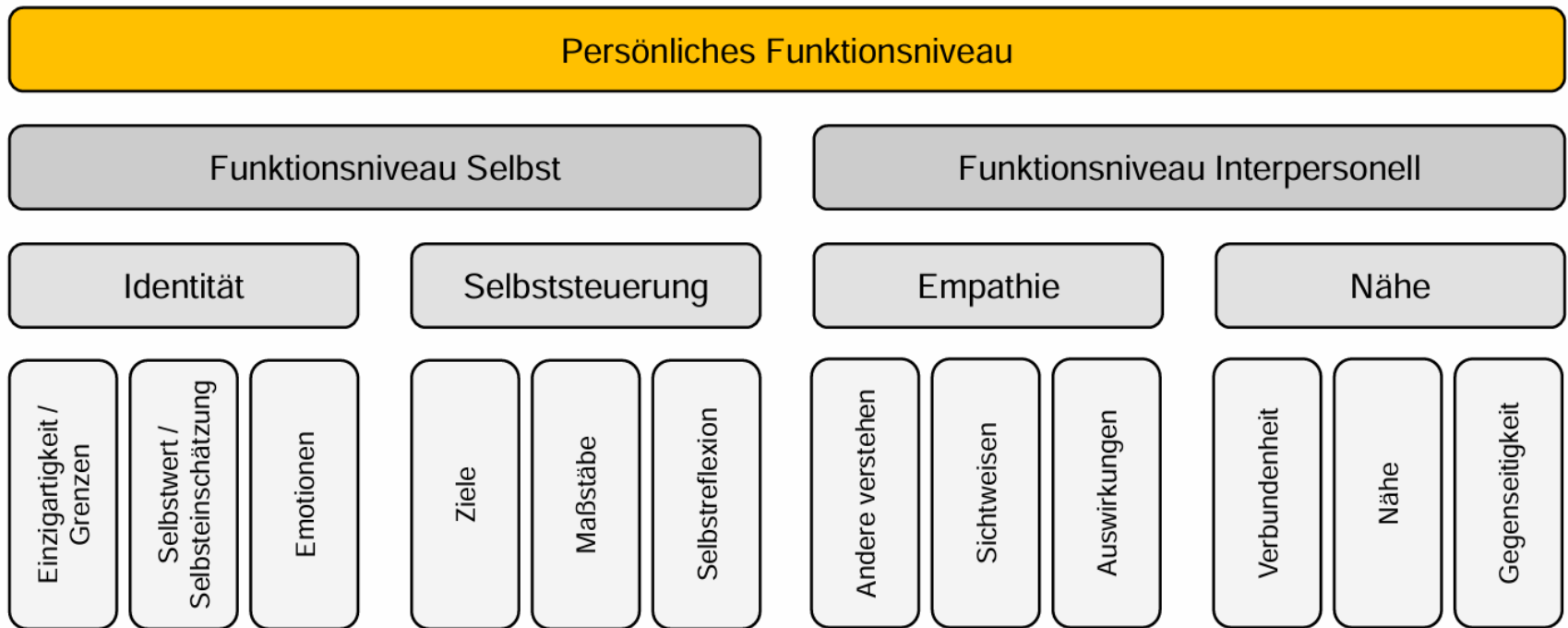


- 61.5% (n=182) ohne PS
- 12.5% (n=37) mit PS in beiden Modellen
- 9.1% (n=27) mit BPS aber nicht mit PS nach AMPD
- 16.9% (n=50) mit PS nach AMPD aber keine BPS

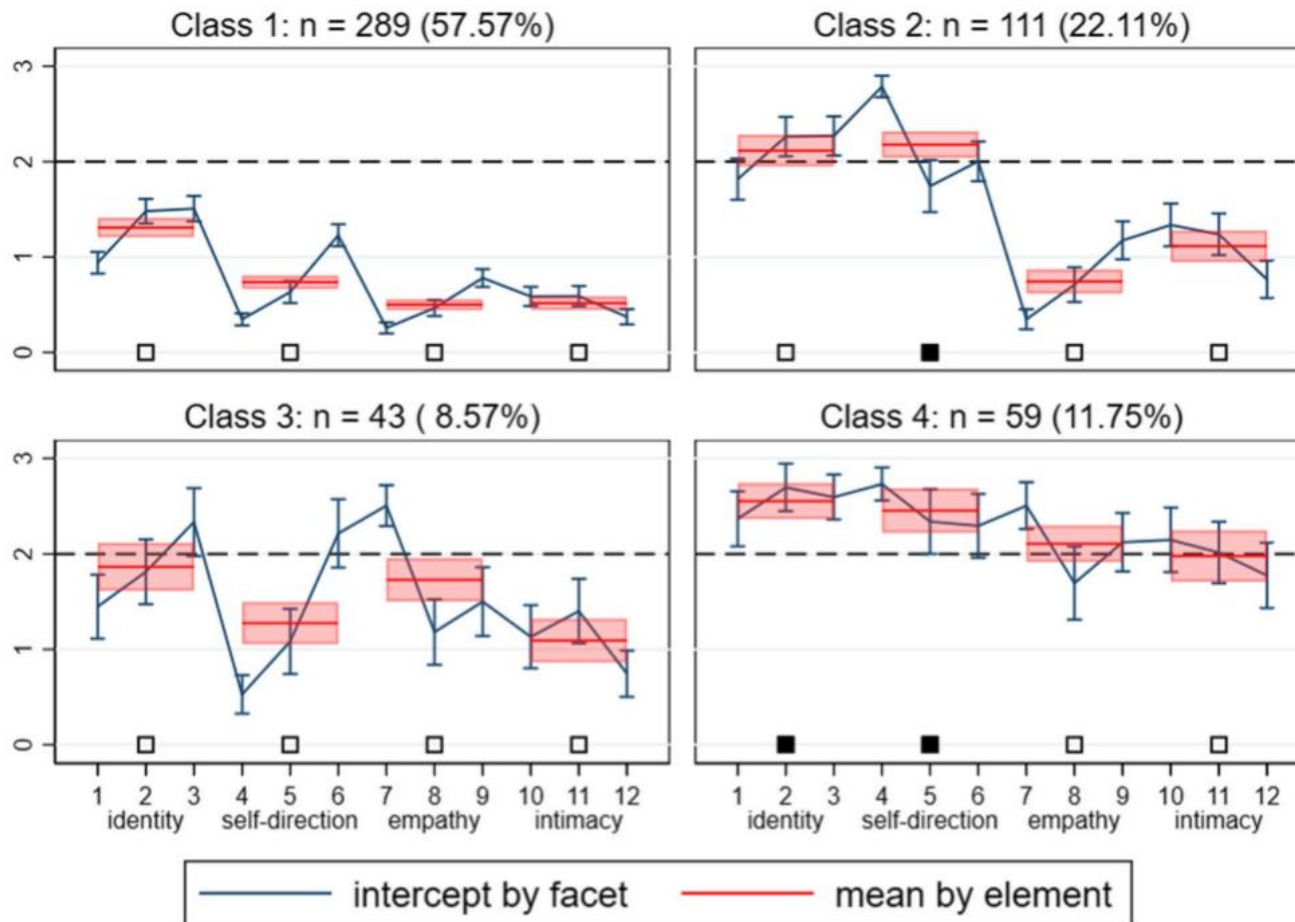
Persönlichkeitsstörungen mit “neuem Modell” (AMPD)



Differenzierungsmöglichkeiten bei Persönlichkeitsstörungen nach AMPD



Differenzierungsmöglichkeiten bei Persönlichkeitsstörungen nach AMPD



Persönlichkeitsstörung und Suizidversuche

Predictors	OR	SE	P	Pseudo-R ²	Wald's χ^2 (p)
Block 1: psychopathology			<0.01*	0.10*	55.50(<0.01)
Substanzgebundene Störungen	2.25	0.49	<0.01*		
F2	1.81	0.60	0.08		
Affektive Störungen	2.28	0.56	<0.01*		
F4	1.52	0.36	0.08		
F5	1.22	0.34	0.48		
F9	1.62	0.36	0.03*		
Block 2: personality dysfunction			<0.01*	0.17*	39.96(<0.01)
Persönlichkeitsstörungen	2.59	0.43	<0.01*		
STiP difference	0.64	0.10	<0.01*		

Persönlichkeitsstörung und Suizidversuchsrisiko

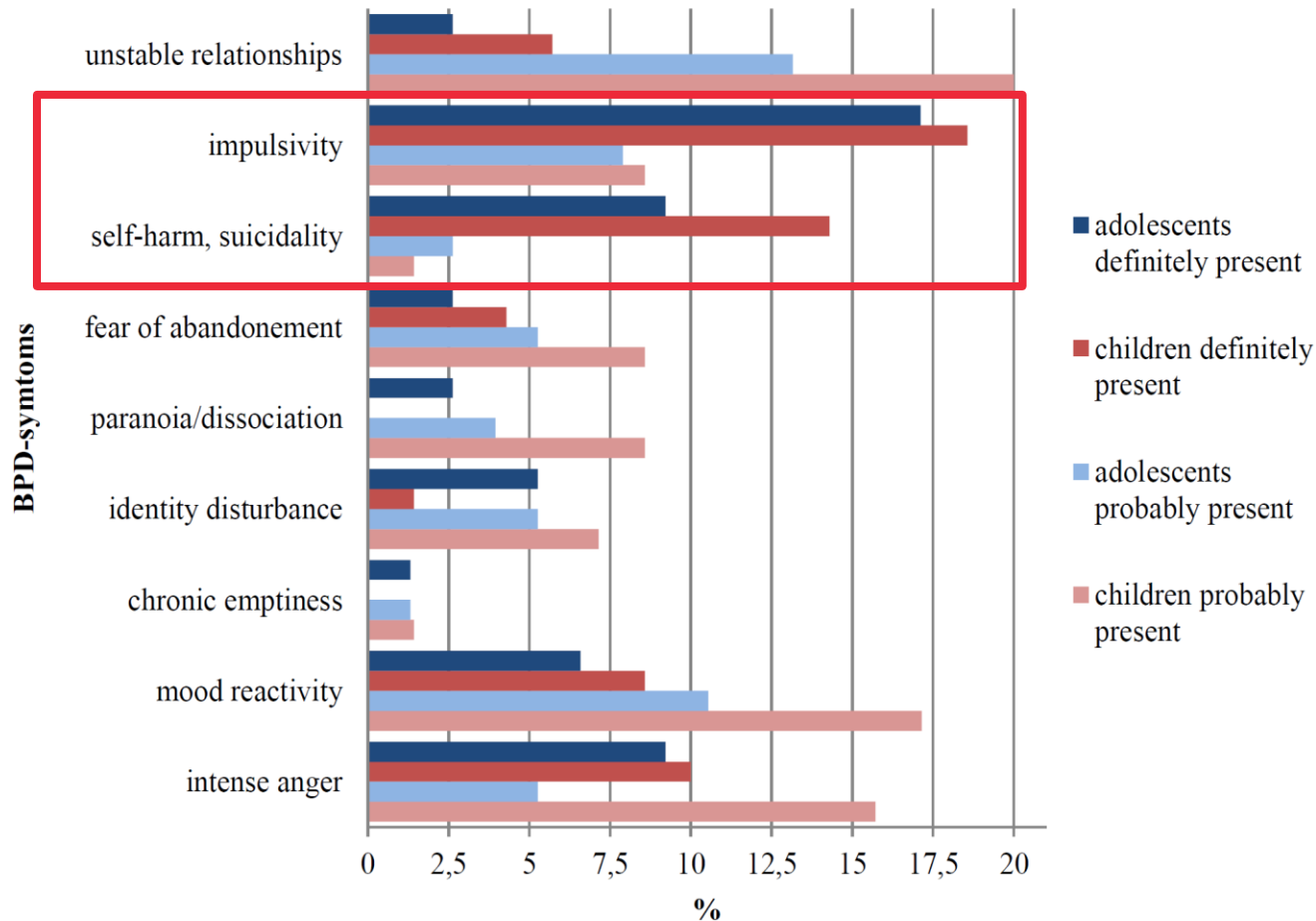


Längsschnittdaten der AtR!Sk-Kohorte
Bern zeigen, dass beeinträchtigte
Persönlichkeitsfunktionen nach AMPD
sowie deren Verlauf signifikante
Prädiktoren für Suizidversuche sind.

Frühintervention von Persönlichkeitsstörungen nach AMPD

Längsschnittdaten der AtR!Sk-Kohorte Bern zeigen, dass die Frühintervention zu einer signifikanten Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionen nach AMPD führt. Nach 2 Jahren ist das Risiko für das Erfüllen einer Persönlichkeitsstörung um etwa 50% gesunken.

Früherkennung und BPS-Merkmalen in der Kindheit



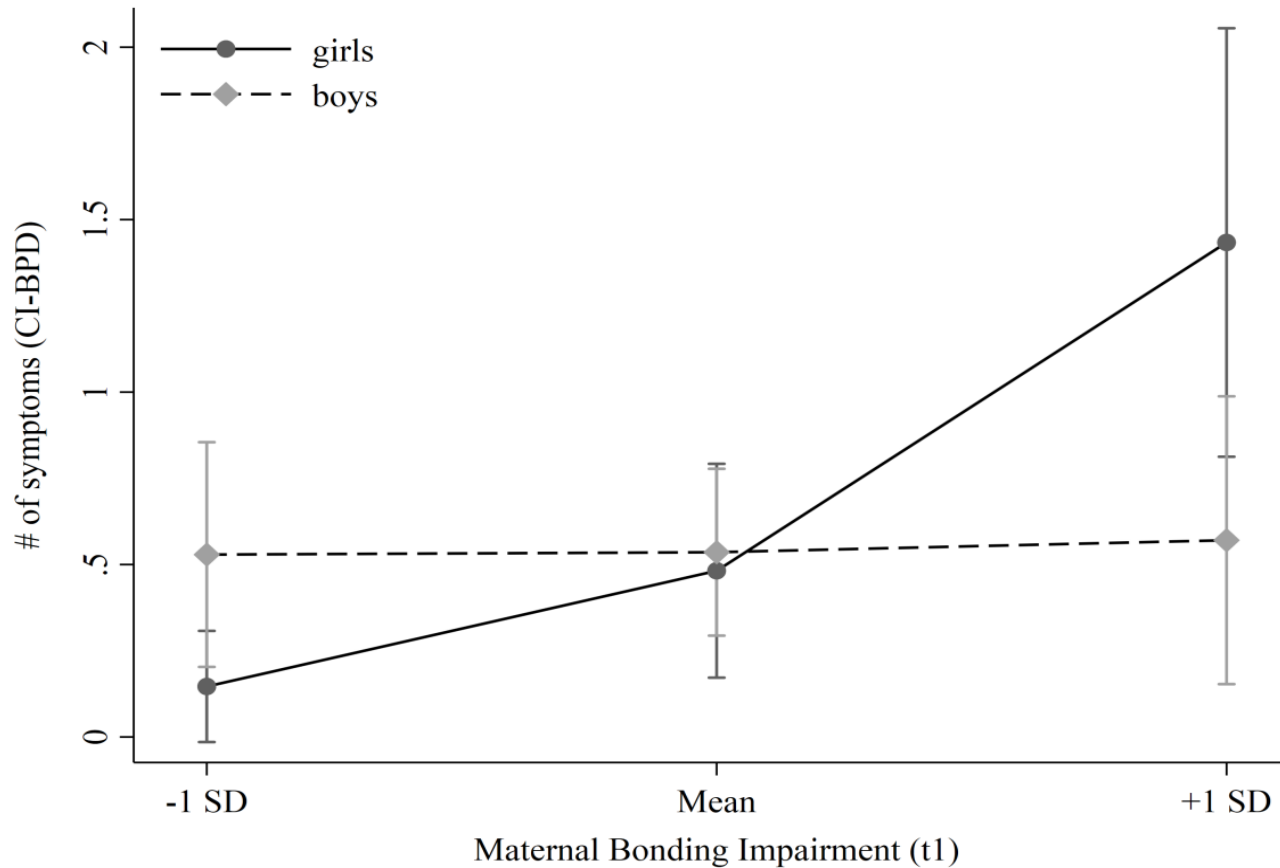
Birth cohorts

N = 70
(f: 41.4%; Ø Age: 9)

N = 76
(f: 46.1%; Ø Age: 14)

Frühe Risiken der BPS-Entwicklung

MBI x sex interaction: $OR = .296, p = .002$



Birth cohort

Longitudinal

Baseline

N = 64 (f: 44%)

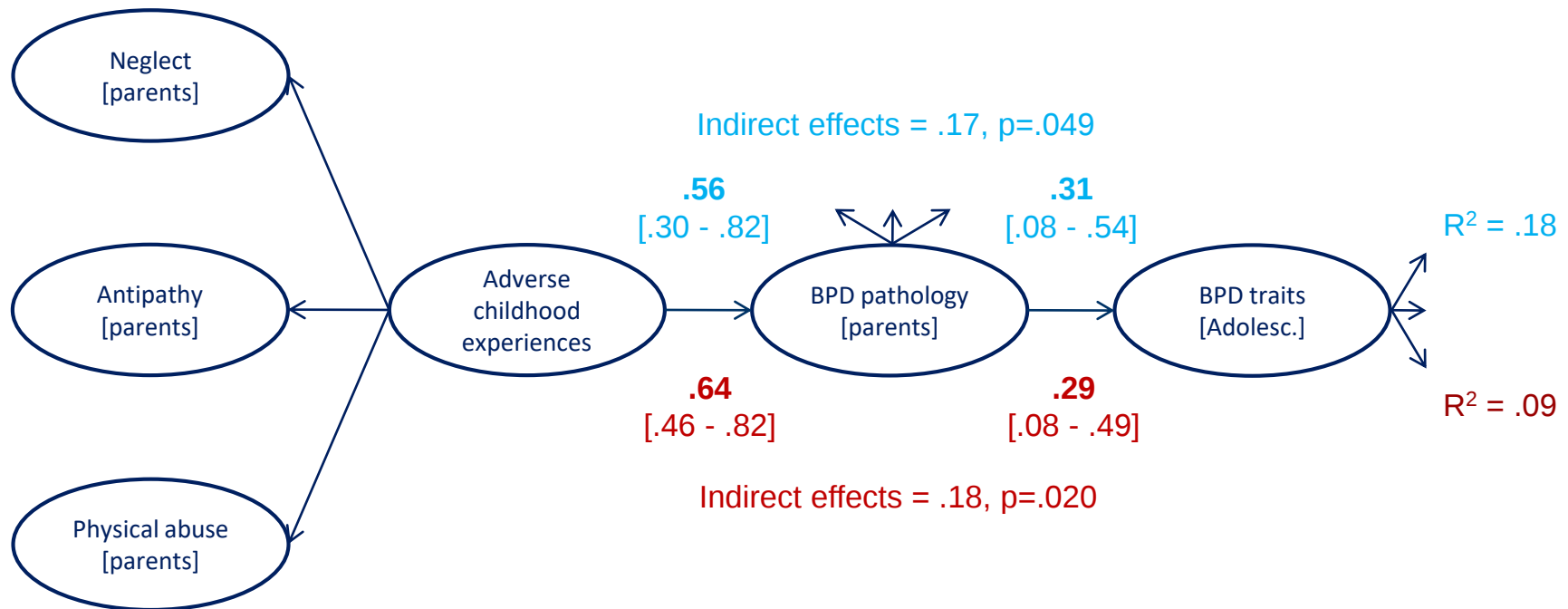
Ø Age: 2 Wochen

14y-Follow-Up

N = 64 (f: 44%)

Ø Age: 14 Jahre

Intergenerationale Transmission der BPS



Eltern-Kind Interaktion bei Jugendlichen mit BPS

Dyadic reciprocity				
Group	16.503	1, 32.8	< 0.001***	0.144
Context	1.135	1, 37.8	0.293	0.007
Group x context	5.170	1, 37.8	0.029*	0.013
Dyadic negative states				
Group	6.115	1, 30.0	0.019*	0.066
Context	4.203	1, 30.8	0.049*	0.026
Group x context	0.413	1, 30.8	0.525	0.000

Mobbing bei Jugendlichen mit BPS

	Anzahl Borderline-Kriterien erfüllt				p
	1 – 4 (n = 408)		Mind. 5 (n = 99)		
Insgesamt					< 0.001
Kein Mobbing: nicht oder selten	224	54.90%	33	33.33%	
Gelegentliches Mobbing	83	20.43%	26	26.26%	
Häufiges Mobbing	92	22.55%	38	38.38%	

Mobbing bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen (nach AMPD)

Personality Disorder	Predictor	OR	SE	95%-CI	p-value
Diagnosis	- Occasional bullying	1.23	.32	.73 – 2.06	0.438
	- Frequent bullying	1.71	.41	1.07 – 2.73	0.025
Personality Dysfunction	Predictor	β	SE	95%-CI	p-value
Identity	- Occasional bullying	.17	.11	-.38 – .38	0.108
	- Frequent bullying	.41	.10	.21 – .60	< 0.001
Self-direction	- Occasional bullying	.09	.11	-.13 - .30	0.438
	- Frequent bullying	.20	.11	-.01 - .40	0.060
Empathy	- Occasional bullying	.12	.09	-.05 - .30	0.170
	- Frequent bullying	.26	.08	.09 - .42	0.002
intimacy	- Occasional bullying	-.03	.10	-.23 - .16	0.733
	- Frequent bullying	.30	.09	.12 - .49	0.001

Den stärksten Einfluss haben die Mobbingarten
„Threatening“ und „Social Bullying“

Seiffert et al. (2024)
Personal Disord

Verbesserter Zugang zu Hilfe

ProHEAD – Promoting HElp-seeking among ADolescents



	Not-at-risk (n = 7903)	At-risk (n = 1606)
Age (years); mean (SD)	15.0 (2.35)	15.5 (2.40)
Gender (female); n (%)	4363 (55.2)	1212 (75.5)
Suicidal ideations in the last 12 months; yes (n, %)	2033 (25.7)	1233 (76.8)
Suicide attempt in the last 12 months; yes (n, %)	84 (1.1)	190 (11.8)
Lifetime NSSI [SITBI]; yes (n, %)	872 (11.0)	806 (50.2)
Actual Help-seeking [AHSQ]; yes (n, %)	1948 (24.6)	895 (55.7)
Professional help [AHSQ]; yes (n, %)	623 (7.9)	380 (23.7)
Informal help [AHSQ]; yes (n, %)	1872 (23.7)	842 (52.4)
Barriers for help-seeking behavior; mean (SD)	4.15 (7.21)	8.86 (10.0)



- **Nicht-suizidale Selbstverletzung**
- **Suizidversuche**
- **Binge-Drinking und Substanzkonsum**
- **Exzessiver Medien- und Internetkonsum**
- **Sexuelles Risikoverhalten**
- **Impulsives und delinquentes Hochrisikoverhalten**



UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

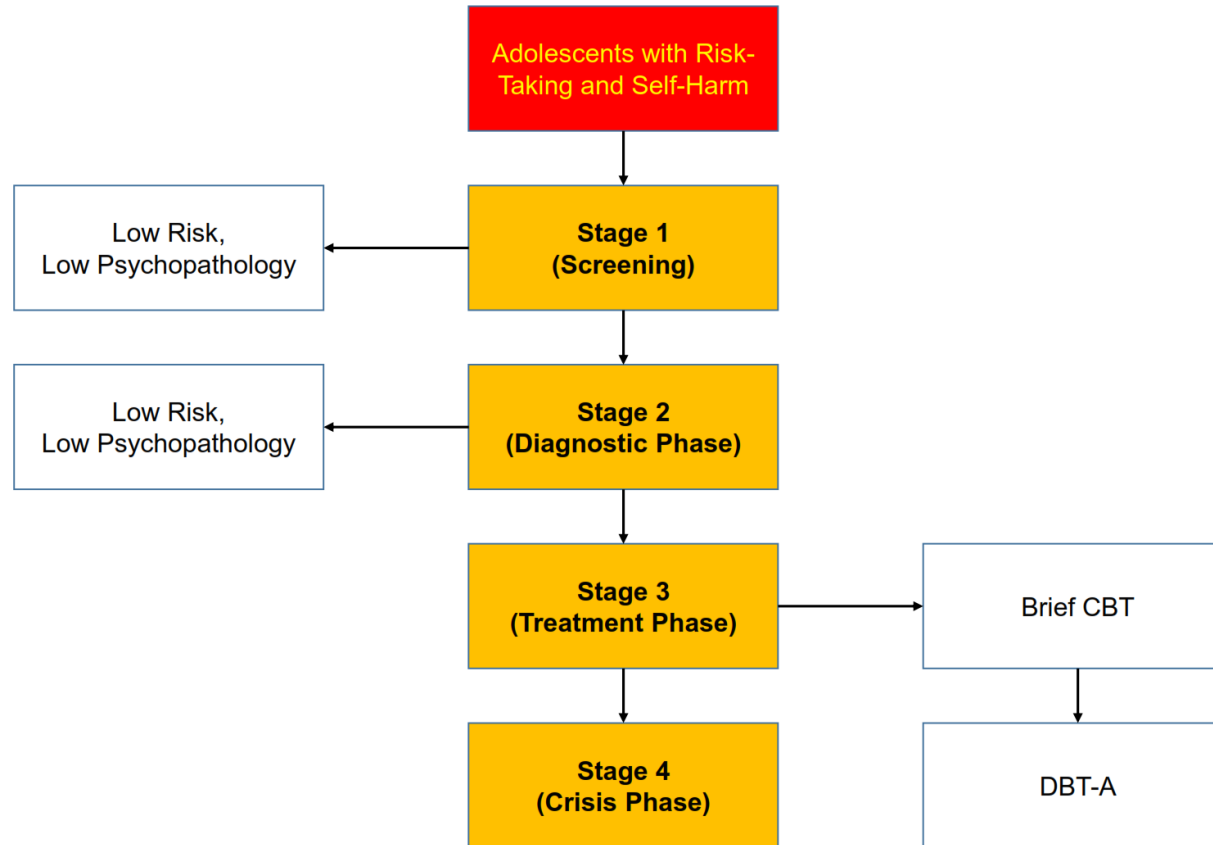
Ambulatorium
für Risikoverhalten
und Selbstschädigung

AtR!Sk
Ambulatorium für Risikoverhalten
und Selbstschädigung

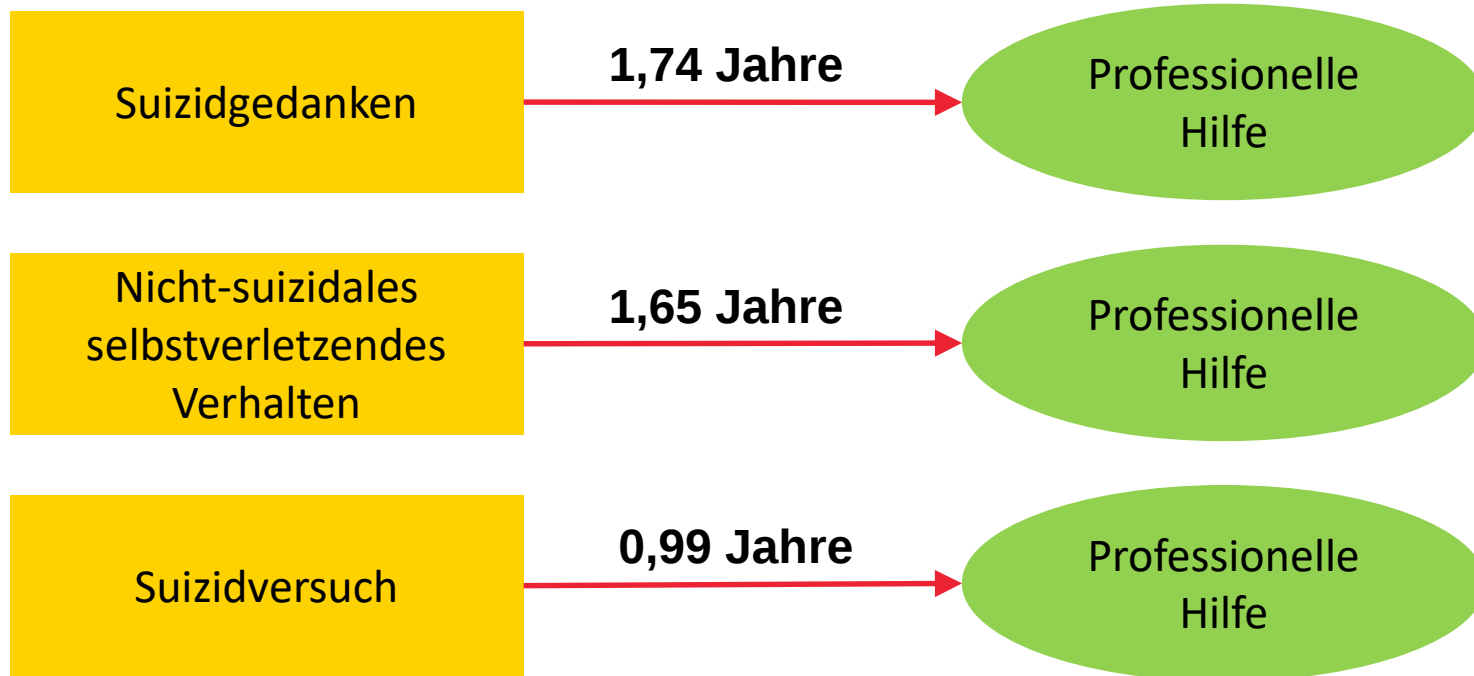


- **Nicht-suizidale Selbstverletzung**
- **Suizidversuche**
- **Binge-Drinking und Substanzkonsum**
- **Exzessiver Medien- und Internetkonsum**
- **Sexuelles Risikoverhalten**
- **Impulsives und delinquentes Hochrisikoverhalten**

Das AtR!SK-Modell



Verzögertes Hilfesuchverhalten



Der Notfall-Chat KJP



Die KJP Bern hat in den letzten Jahren eine technische Lösung für die Erreichbarkeit des Dienstarztes der Klinik 24/7 via Chat entwickelt und diese nach 2 Jahren Tests und Trainings seit 2023 in der klinischen Routine im Einsatz. Für die Patient*innen stellt der Notfall-Chat eine niederschwellige Kommunikationslösung in der akuten Krise dar.

Testimonial einer Patientin

17 Jahre, suizidgefährdet, Chat genutzt am 15.04.2023:

- **«Das Chatten hat mich von meiner Krise abgelenkt und es hat geholfen, besonders das Durchgehen des eigenen Notfallplans [...] In einer Krise hat man wenig Kraft und zu schreiben kostet weniger Kraft als zu telefonieren.»**

Interviewer: Was hättest du getan, wenn du den Notfallchat nicht gehabt hättest?

- **«Die Krise wäre schlimmer geworden und ich hätte mich selbst verletzt. Erst danach hätte ich wahrscheinlich das Notfallzentrum angerufen, wenn überhaupt.»**

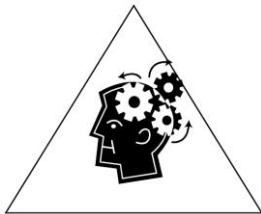
Kurzzeittherapie der Selbstverletzung

- **Ziel:**
 - Reduktion des NSSV (Reduktion > 50% der NSSV-Häufigkeit zum Follow-Up)
- **Randomisiert kontrollierte Studie**
 - Kognitiv-Behaviorale Therapie
 - Kurze Psychotherapie (8-12 Sitzungen)
 - Interventionsgruppe versus „Treatment As Usual“ (TAU)

Los Geht's
'Was ist los?'



Gefühle, Gedanken
und Verhalten



Bewältigen

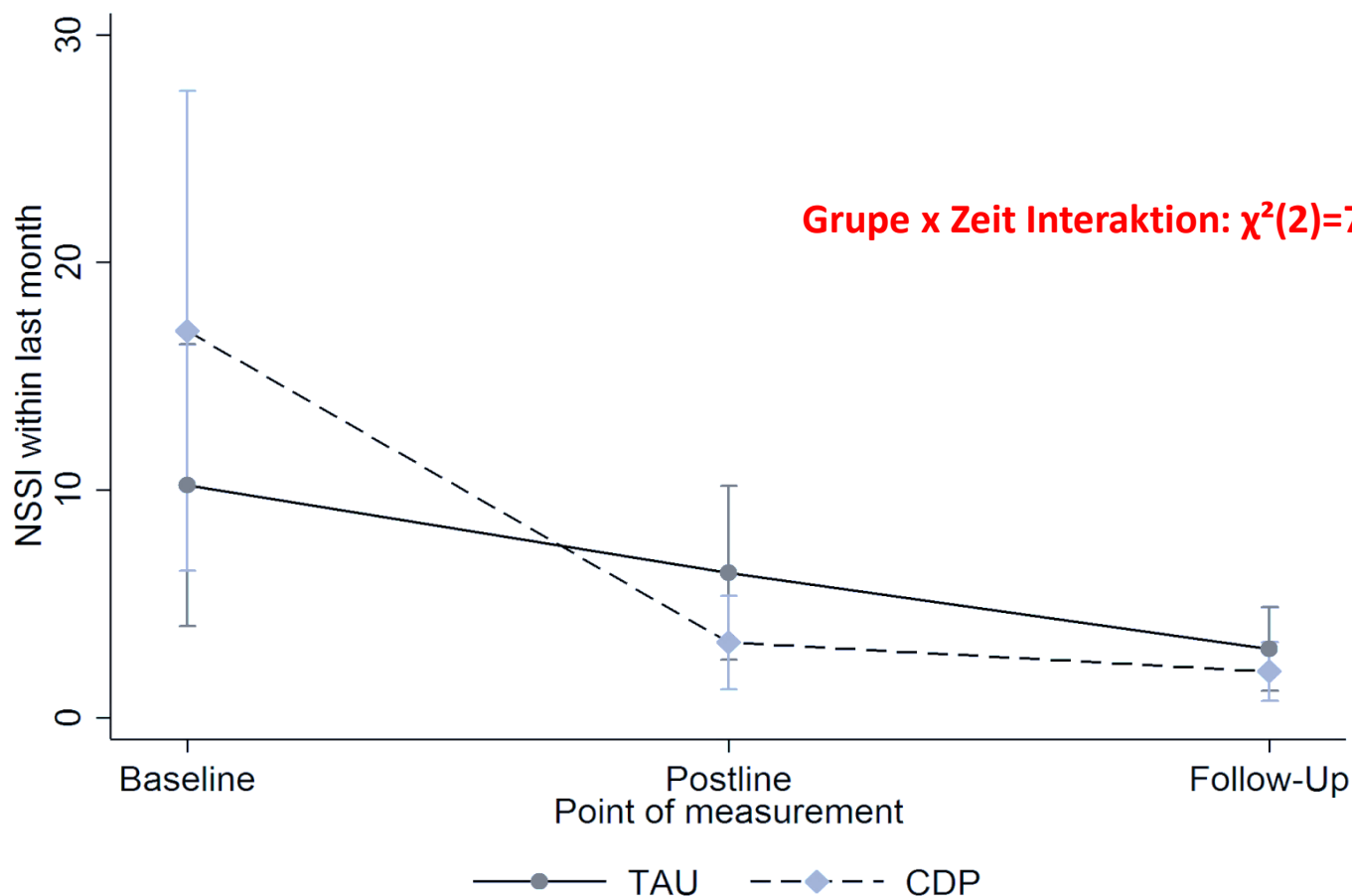


Weiter Geht's



Hilfe für Jugendliche
mit selbstverletzenden
Verhaltensweisen

Schnellere Reduktion des NSSV in der „Cutting Down Program“ Gruppe



CDP

N = 37 (w: 100%)

Ø Alter: 14.6

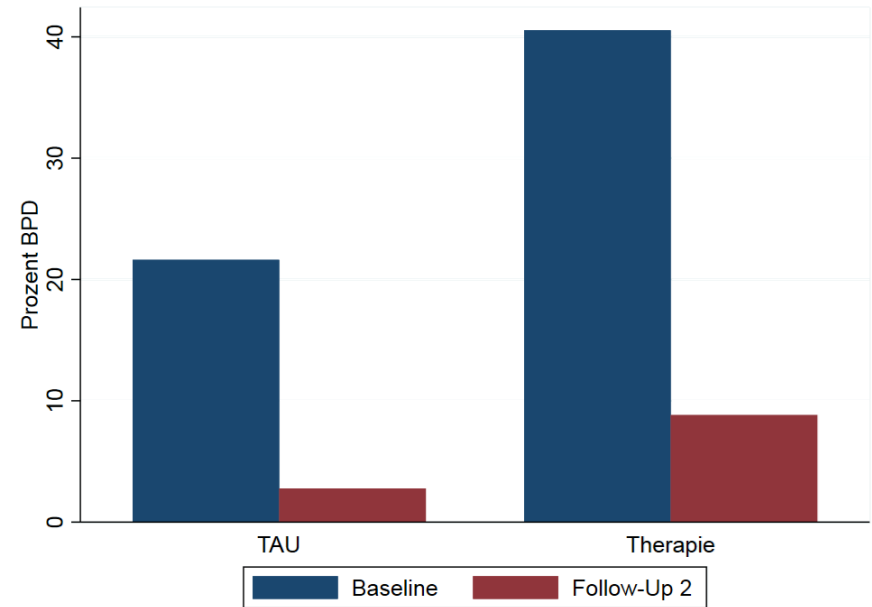
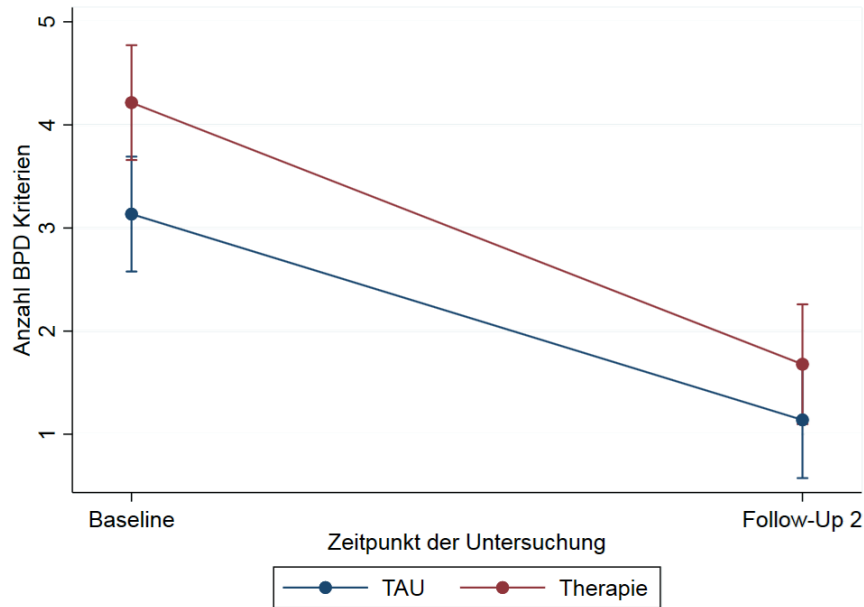
TAU

N = 37 (w: 92%)

Ø Alter: 15.2

Überraschend guter Outcome für die BPS im Langzeitverlauf

In beiden Gruppen zeigte sich eine signifikante Reduktion von BPS Symptomen nach 2-4 Jahren [$\chi^2(1) = 17.51$; $p < .001$].



In der CDP-Gruppe erreichten signifikant mehr Patienten eine Remission der BPS im Vergleich zur TAU-Gruppe [$\chi^2(1) = 4.27$; $p = .039$].

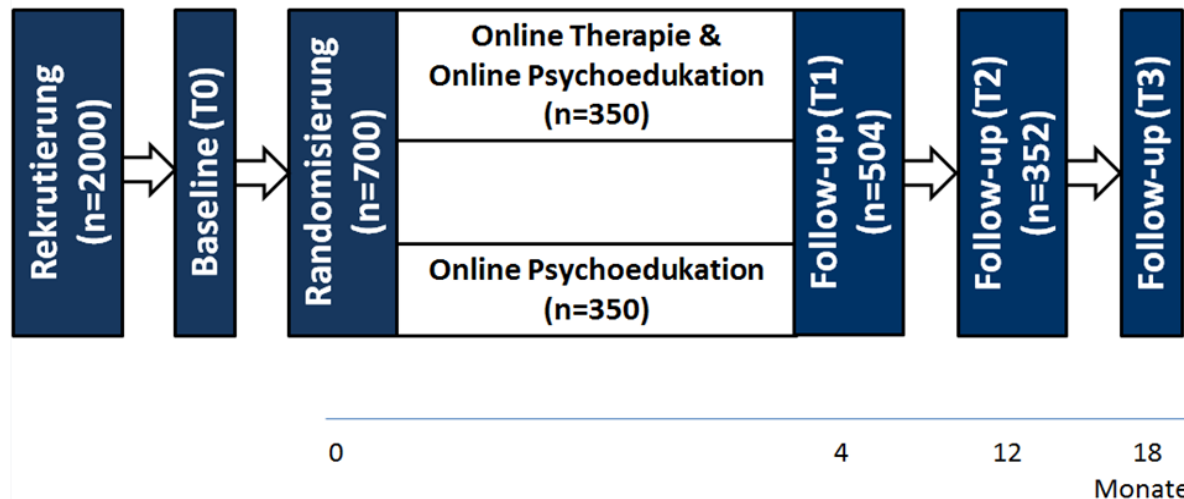
STAR Online – eine randomisiert kontrollierte Studie

- Neue Online-Therapie
- Basierend auf dem evaluierten face-to-face Manual („Cutting-Down Program“)

STAR
SELF-INJURY · TREATMENT ASSESSMENT RECOVERY



MENU



STAR
SELF-INJURY · TREATMENT ASSESSMENT RECOVERY



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

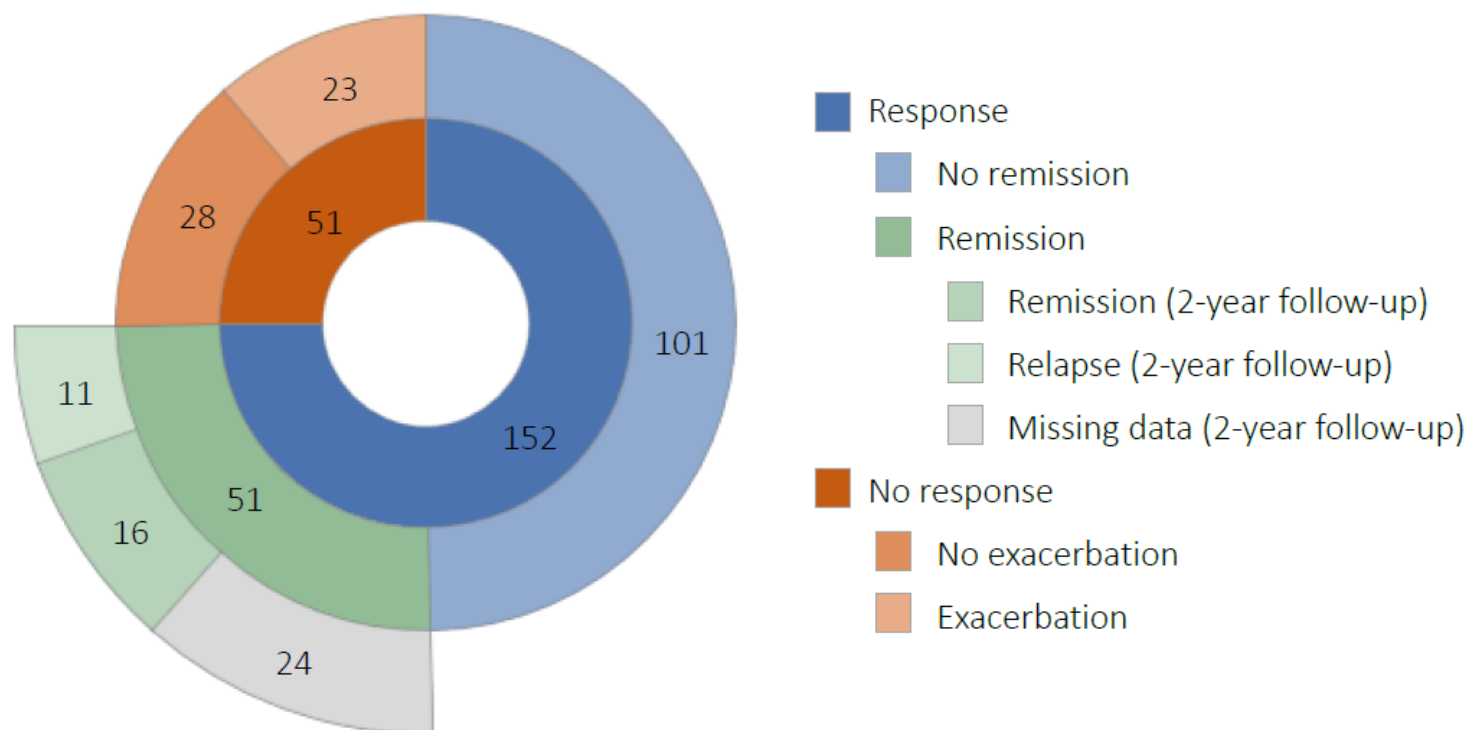
STAR-Online heute



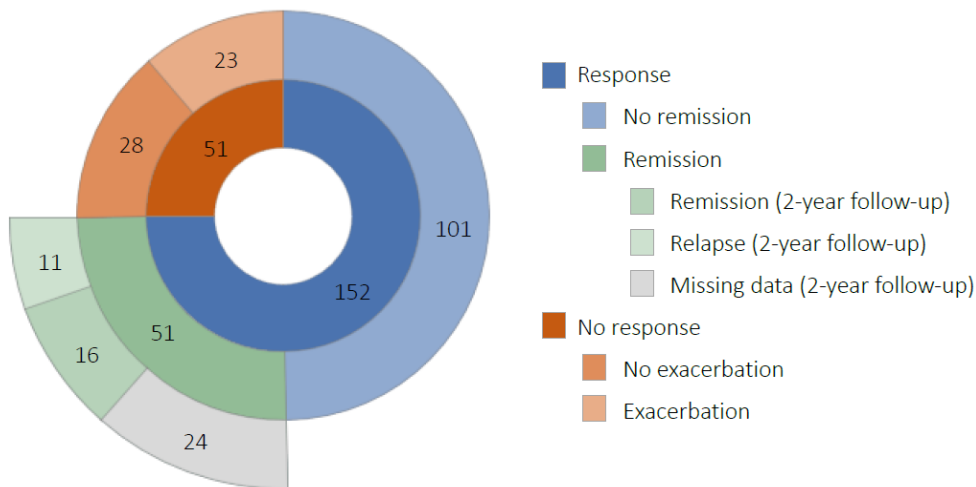
Vorläufige Auswertungen der RCT zur Online-Therapie bei selbstverletzenden Jugendlichen und Erwachsenen zeigen eine signifikante Wirksamkeit der Intervention.

Wirksamere Interventionen und mögliche Einflussfaktoren

Therapie-Response und Remission der Selbstverletzung

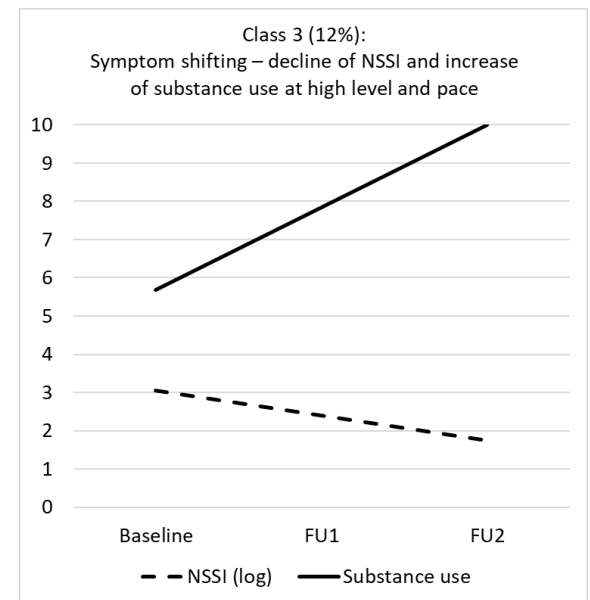
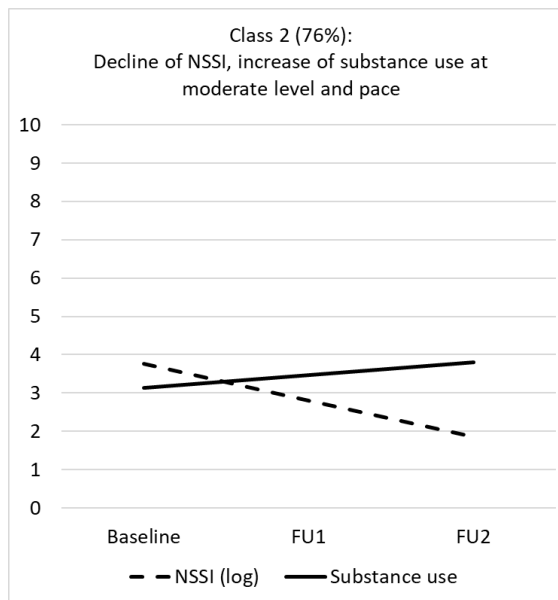
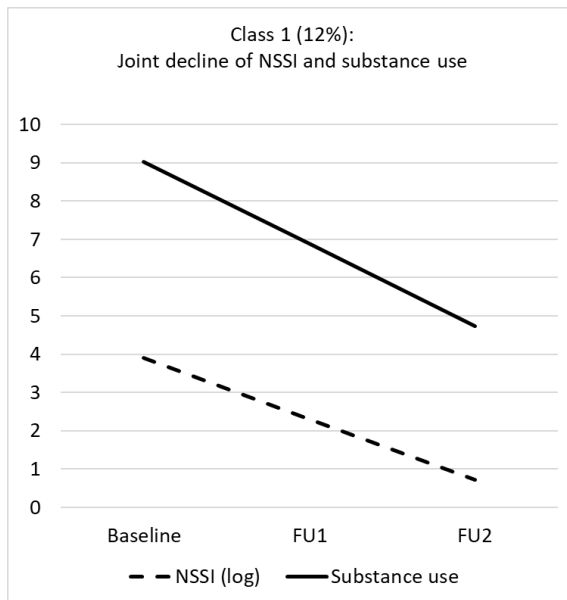


Prädiktoren von Therapie-Response und Remission



- **Schwere der Depression aber NICHT der BPS sagen Non-Response und Non-Remission vorher**
- **Stationäre Behandlung sagt Non-Response und Non-Remission vorher**

Therapie-Response der Selbstverletzung ≠ Therapieerfolg



Reduktion der BPS im Therapieverlauf

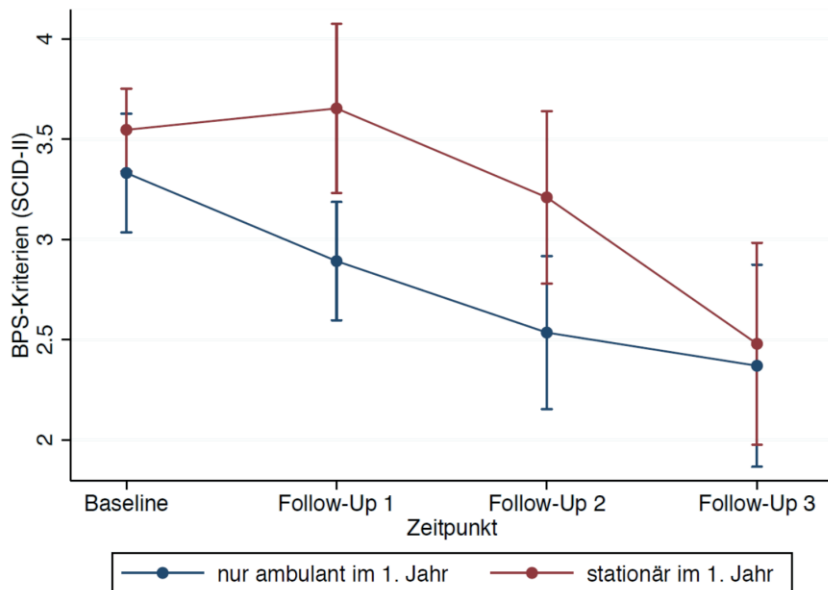
Keine Reduktion der BPS
im Therapieverlauf

Therapie-Response NSSV als Prädiktor der Therapieerfolgs

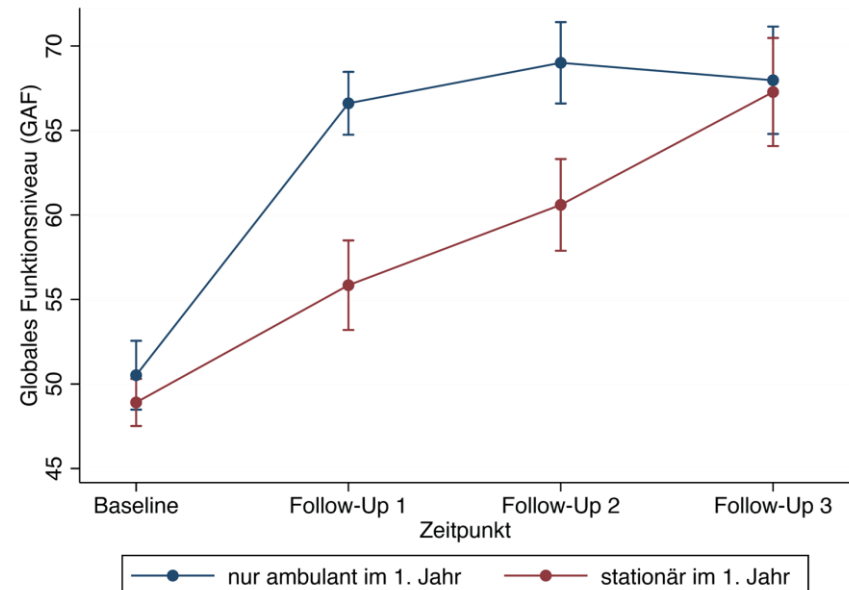
Längsschnittdaten der AtR!Sk-Kohorte Heidelberg zeigen, dass eine frühe Response der Selbstverletzung auf die Therapie zwar prädiktiv für ein reduziertes Suizidversuchsrisiko ist, aber nicht prädiktiv für eine stärkere Reduktion der Grunderkrankungen (Depressionen, BPS) oder für einen stärkeren Anstieg des Funktionsniveaus.

Ambulant vor stationär!

Gruppe x Zeit Interaktion: $X(3) = 4.41, p = .221$

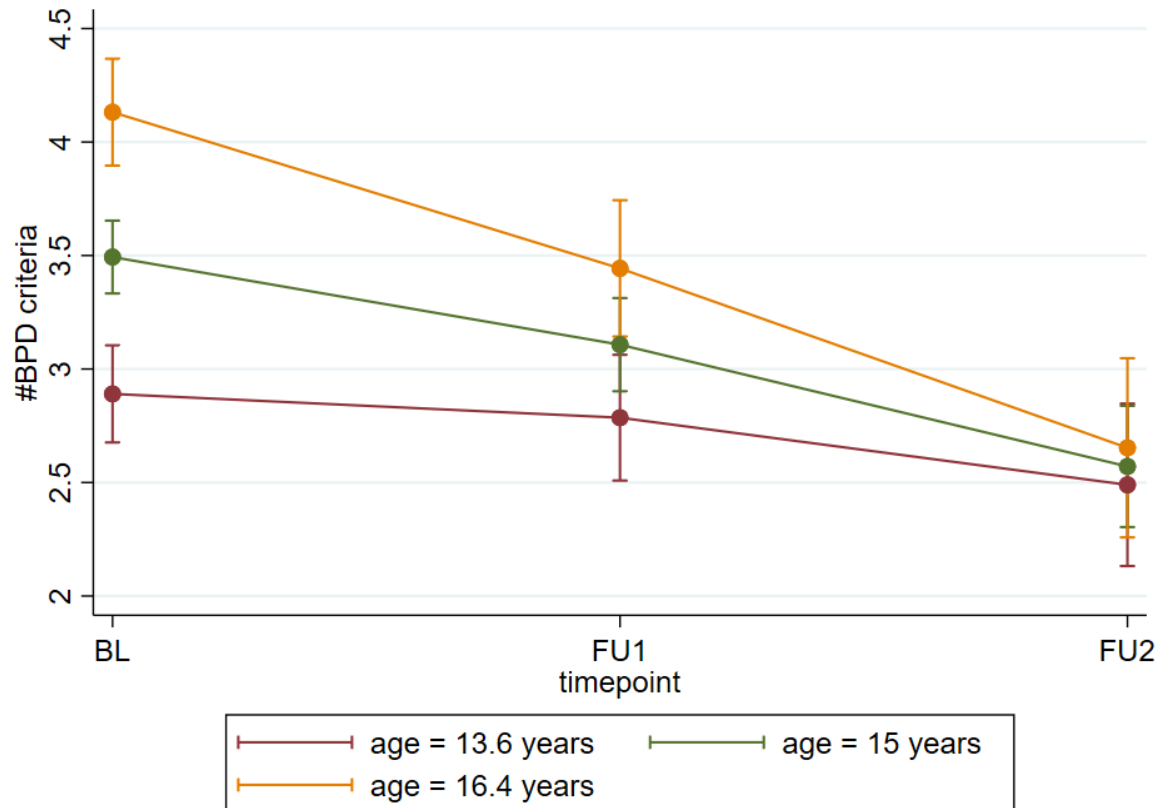


Gruppe x Zeit Interaktion: $X(3) = 26.31, p < .0001$

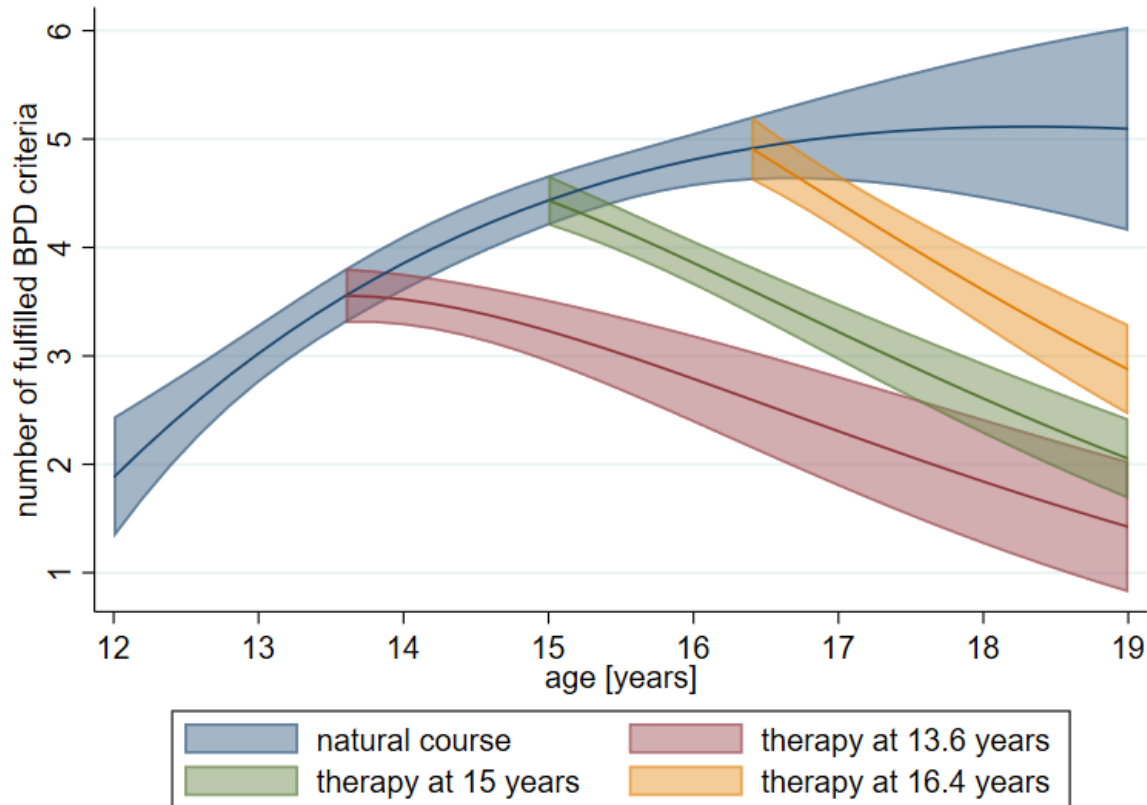


Trotz vergleichbarer Belastung zur Baseline, zeigen Patienten bei stationärer Behandlung im Mittel schlechtere Verläufe.

Ist frühere Intervention ähnlich wirksam?



Ist frühere Intervention ähnlich wirksam?



Take Home Message



- Die BPS (bzw. PS) ist eine Erkrankung, die im Jugendalter auf einem Schweregradkontinuum valide zu diagnostizieren ist und für die effektive Psychotherapie möglich ist (indizierte Prävention / Frühintervention)
- Frühbehandlung im Jugendalter führt massgeblich zu einer Symptomreduktion sowie Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Symptome der (B)PS lassen sich wahrscheinlich auch bereits im Kindesalter erkennen
- Prävention der (B)PS ist ggf. über frühe Veränderung von Risikofaktoren (v.a. in der Elterngeneration) möglich
- Kurzzeittherapien (basierend auf DBT-A) können zur Frühintervention rasch und sogar nachhaltig wirksam sein
- Online-Therapien können gerade bei selbstverletzendem Verhalten rasche Entlastung bringen (v.a. bei längeren Wartezeiten)
- Es gibt keine Evidenz für eine pharmakologische Therapie der BPS bei Jugendlichen, aber eine Behandlung der Depression (ggf. auch pharmakologisch) kann sinnvoll sein
- Ambulant VOR stationär ist der Goldstandard bei Jugendlichen mit BPS
- Frühbehandlung ist über die gesamte Altersspanne effektiv, aber manifestiert sich bei jüngeren Menschen anders

Forschung macht man nicht alleine!



Zum Nachlesen...



The Journal of Child
Psychology and Psychiatry



Check for updates

Journal of Child Psychology and Psychiatry **.* (2025), pp **-**

doi:10.1111/jcpp.70011

Research Review: What we have learned about early detection and intervention of borderline personality disorder

Michael Kaess,^{1,2}  and Marialuisa Cavelti¹ 

¹University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland;

²Department of Child and Adolescent Psychiatry, Centre for Psychosocial Medicine, University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit! / Fragen?

