

**Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel**

EQUALS

**Familienzentrierte Interventionen bei
Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen**
Borderline-Tagung 2011

Marc Schmid & Gerhard Libal,
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

13.10.2011



Einleitung

› Der Herr Schmid hat immer so komische Dinge gefragt.
Woher in aller Welt soll ich wissen, was meine Frau denkt,
wenn K. Bilder mit Särgen in der Wohnung aufhängt?

„Vater einer Patientin zu einer nachbehandelnden Kollegin“

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

Gliederung

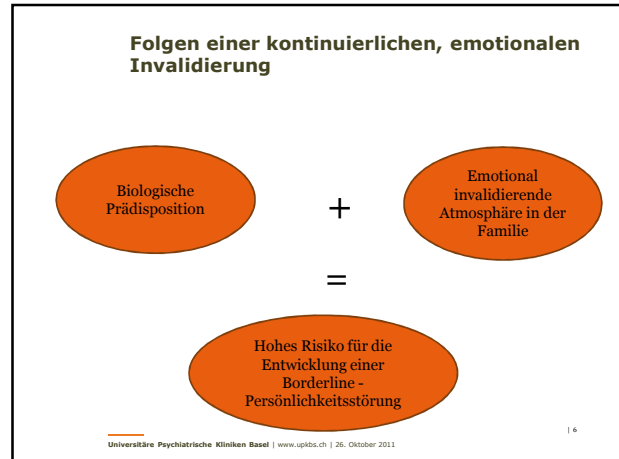
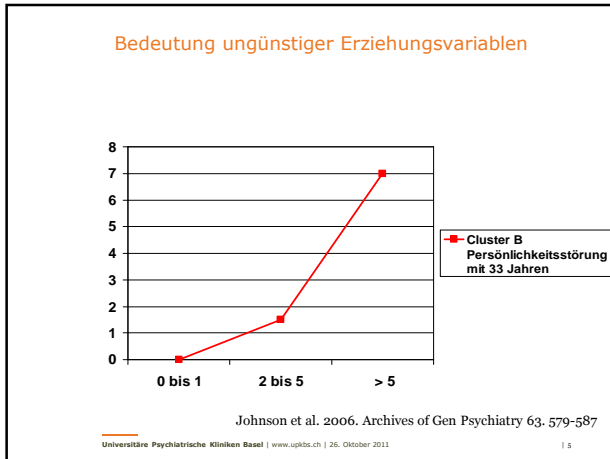
1. Einleitung
2. Warum familienzentrierte Interventionen?
 - Familien und Ätiologie von PS
 - Diagnostische Informationen
 - Familie und Therapieverlauf
 - Familie und langfristige Hilfeplanung
3. Typische Probleme bei familienzentrierten Interventionen
4. Lösungsansätze
 - Aufgreifen der Spaltung (guter Therapeut/ böser Therapeut)
 - Technik des Paktschliessens
 - Skalierungsfragen
 - Laut denkende Therapeuten
5. Ideen für die Unterstützung von Angehörigen auf Basis der DBT
6. Zusammenfassung und Diskussion

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

Argumente für familienzentrierte Interventionen

- › Belastende Familieninteraktionen sind leider einer der entscheidenden Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen.
- › Entlastet die oft selbst schwer psychisch belasteten Eltern, ermöglicht es, eine andere Perspektive einzunehmen und sich selbst weiter zu entwickeln.
- › Bringt wichtige, zusätzliche diagnostische Informationen.
- › Verbessert die innerfamiliäre Kommunikation und das direkte Lebensumfeld.
- › Die Veränderung der Familiensituation ermöglicht es überhaupt erst, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen (guter Grund?!).
- › Sichert den langfristigen Erfolg der Behandlung – reduziert das Rückfallrisiko.

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011



Traumapathologie nach L. Terr (1991)

Typ - I - Trauma	Typ - II - Trauma
<ul style="list-style-type: none"> Einzelnes, unerwartetes, traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer. z.B. Verkehrsunfälle, Opfer/Zeuge von Gewalttaten, Naturkatastrophen. Öffentlich, besprechbar <p>Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meist klare sehr lebendige Wiedererinnerungen → Vollbild der PTSD Hauptemotion = Angst Eher gute Behandlungsprognose 	<ul style="list-style-type: none"> Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse. Körperliche sexuelle Misshandlungen in der Kindheit, überdauernde zwischen-menschliche Gewalterfahrungen. Nicht öffentlich <p>Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nur diffuse Wiedererinnerungen, starke Dissoziationsneigung, Bindungsstörungen → Hohe Komorbidität, komplexe PTSD Sekundäremotionen (z.B. Scham, Ekel) Schwerer zu behandeln

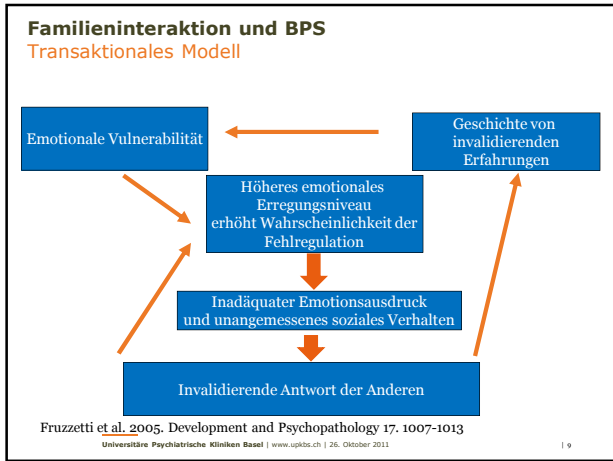
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011 | 7

Dissoziation und Familienklima

- 10% der Traumatisierten entwickeln sofort eine chronische Dissoziationsneigung (Overkamp, 2002).
- 50% bei sequentieller Traumatisierung (Murie et al., 2001).
- Dissoziierende Erwachsene sprechen von stärkeren/häufigeren Kindheitstraumata (Nash et al., 2009).
- Extreme, emotional negativ aufgeladene Familienatmosphäre scheint das Ausmass der Dissoziationsneigung wesentlich zu beeinflussen (Sanders & Golas, 1991; DiTomasso & Routh, 1993).
- Zusammenhang wird auch von anderen Faktoren moderiert (Merckelbach & Muris, 2001).

Cartoon Renate Alf: http://www.zf-mannheim.de/pem_links.html

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011 | 8



- ### Argumente für familienzentrierte Interventionen
- › Belastende Familieninteraktionen sind leider einer der entscheidenden Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen.
 - › Entlastet die oft selbst schwer psychisch belasteten Eltern, ermöglicht es, eine andere Perspektive einzunehmen und sich selbst weiter zu entwickeln.
 - › Bringt wichtige zusätzliche diagnostische Informationen.
 - › Verbessert die innerfamiliäre Kommunikation und das direkte Lebensumfeld.
 - › Die Veränderung der Familiensituation ermöglicht es überhaupt erst, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen (guter Grund?!).
 - › Sichert den langfristigen Erfolg der Behandlung – reduziert das Rückfallrisiko.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

Psychische Erkrankungen bei Angehörigen von Borderline-Patienten

White et al. 2003 Harv Psych Review

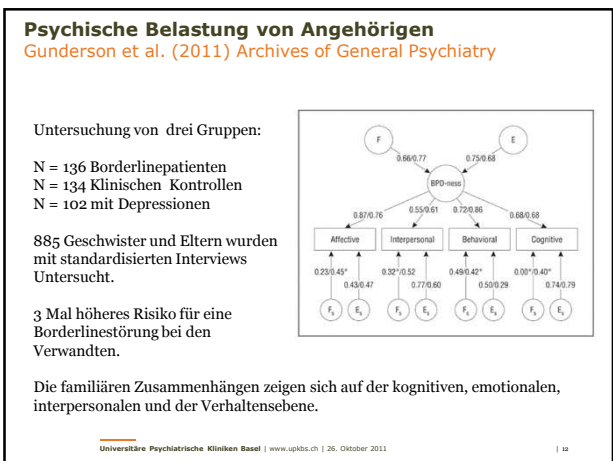
Systematische Review 15 Studien – 6 mit ausreichender Qualität

TABLE 2. Family Studies of BPD Meeting Criteria for Assessment of Risk Ratios

Study	Diagnostic method	Probands Group type	Relatives					
			n	At risk* (n)	BPD cases ^a	Morbidity risk (%)* Risk ratio (95% CI)		
Lerzinger et al. ⁹	DSM-III criteria retrospectively applied to charts	Inpatients	83	338	249	29	11.05	
		Schizophrenia	100	482	353.5	5	1.41	6.2 (0.2, 21)
Pope et al. ^{22,4}	DSM-III criteria retrospectively applied to charts	BPD	100	527	413.5	3	0.73	16 (4.8, 52)
		Schizophrenia	33	130	101	10	7.7	3.5 (1.1, 11)
Baron et al. ^{19,6}	SIB	Bipolar disorder	34	173	1	0.6	15 (1.7, 103)	
		College students, hospital staff	17	60	30	7	17.0	3.2 (2.1, 15)
Zemke et al. ¹¹	DIR, DDPD	"Pure STPD"	36	56	36	2	5.6	3.2 (2.1, 15)
		Normal	90	376	344	14	4.1	4.4 (1.9, 10)
Zemke et al. ¹¹	DIR, DDPD	BPD	48	240	177	44	24.9	6.1 (2.2, 16)
		ASPD	29	139	97.5	4	4.1	2.6 (1.2, 5.3)
Johnson et al. ²⁷	SCID-II	PTSD, "syntymic other PD"	30	109	83.3	0	0	0
		Inpatients	7	39	4	10.3	3.2 (0.1, 17)	
Riso et al. ^{24,7}	PDE	AVPD	7	62	2	3.2	3.2 (0.1, 17)	
		No PD	17	46	0	0	0	
Riso et al. ^{24,7}	PDE	Outpatients	11	54	12	22.2	0.96 (0.5, 1.9) ^A	
		BPD	119	563	123	21.2	3.8 (1.6, 8.2) ^A	
		Normal	45	229	16	7.0	0	

AVPD, avoidant personality disorder; ASPD, antisocial personality disorder; BPD, borderline personality disorder; CI, confidence interval;

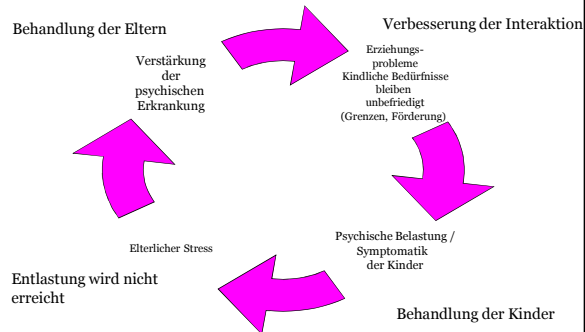
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011



Belastung der Angehörigen

- › Leider gibt es nur wenige Untersuchungen, welche die oft existentielle Not der Angehörigen aufzeigen.
- › Eine Studie von Scheirs & Bok (2007) untersuchte 64 Verwandte von Borderlinepatienten mit Befindlichkeitsfragebögen und psychopathologischen Screeningfragebögen (SCL-90) und es zeigte sich eine sehr hohe Belastung der interagierende Angehörigen.
- › Neben der eigenen psychischen Belastung, insbesondere depressiven Symptomen, berichteten die Angehörigen auch von zunehmender Feindseligkeit und Gereiztheit dem Patienten gegenüber (Hoffmann et al. 2003).
- › Es gibt einige Studien, die sich mit den Folgen von Suizidversuchen bei Jugendlichen auf die Eltern beschäftigen. Diese Studien zeigen, dass psychischen Störung der Eltern mit den Suizidversuchen interagieren (King et al. 2010, Schwartz et al. 2010, Rajalin et al. 2009).

Teufelskreis



Familie - Mehrgenerationenperspektive

Die emotionale Invalidierung und interpersonelle Traumatisierung wird in diesen Familien oft über mehrere Generationen weitergegeben.

Diese psychosozialen Belastungen wirken sich über epigenetische Prozesse auch direkt auf das Neurotransmittersystem aus (z.B. Radtke et al., 2011). - Es gibt eine immense Interaktion von biologischen Prozessen und psychosozialen Belastungen!

Eltern und Jugendliche haben keine Modelle für gelingende emotionale Validierung und soziales Problemlösen.

Das Einnehmen einer Mehrgenerationen-Perspektive, erleichtert den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu den Eltern.



„An seinen Vorfahren kann man nichts ändern, aber man kann beeinflussen, was aus seinen Nachkommen wird.“

Francois de la Rochefoucault

Argumente für familienzentrierte Interventionen

- › Belastende Familieninteraktionen sind leider einer der entscheidenden Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen.
- › Entlastet die oft selbst schwer psychisch belasteten Eltern, ermöglicht es, eine andere Perspektive einzunehmen und sich selbst weiter zu entwickeln.
- › **Bringt wichtige zusätzliche diagnostische Informationen.**
- › Verbessert die innerfamiliäre Kommunikation und das direkte Lebensumfeld.
- › Die Veränderung der Familiensituation ermöglicht es überhaupt erst, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen (guter Grund?!).
- › Sichert den langfristigen Erfolg der Behandlung – reduziert das Rückfallrisiko.

Diagnostische Informationen

- › Eine interessant aufgebaute Studie mit Erwachsenen zeigte, dass die Fremdratings der Lebenspartner eine zuverlässigere diagnostische Einschätzung lieferten als die Selbstbeurteilungen der Betroffenen (South et al., 2011).
- › Ohne intensive Elternarbeit können die innerpsychischen Konflikte von Jugendlichen und die Verstärkerbedingungen für die Symptomatik nicht zuverlässig eruiert und beschrieben werden. Eine alleinige Sicht des in seiner sozialen Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung vermutlich stark beeinträchtigten Jugendlichen greift zu kurz.
- › Gerade die Klärung der unterschiedlichen Einschätzung von Verhaltensweisen und Situation und deren emotionale Validierung ist ein wichtiger, wenn nicht sogar der entscheidende Wirkfaktor in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen.
- › Allgemein ist ein Mehrperspektiven-Ansatz der Goldstandard der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychologischen Diagnostik (Döpfner et al. 2002) – die Übereinstimmung nimmt aber bei steigender Psychopathologie ab (Handwerk et al. 1999, van der Ende & Verhulst, 2004).

Argumente für familienzentrierte Interventionen

- › Belastende Familieninteraktionen sind leider einer der entscheidenden Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen.
- › Entlastet die oft selbst schwer psychisch belasteten Eltern, ermöglicht es, eine andere Perspektive einzunehmen und sich selbst weiter zu entwickeln.
- › Bringt wichtige zusätzliche diagnostische Informationen.
- › **Verbessert die innerfamiliäre Kommunikation und das direkte Lebensumfeld.**
- › **Die Veränderung der Familiensituation ermöglicht es überhaupt erst, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen (guter Grund?!).**
- › **Sichert den langfristigen Erfolg der Behandlung – reduziert das Rückfallrisiko.**

Wirksamkeit von Familieninterventionen

Erste Ergebnisse liegen für DBT-Gruppe mit Angehörigen vor

Skilltraining nach Hoffman & Fruzzetti

Wirkungen: (Hoffman et al. 2005)

Modul-1:	Psychoedukation (Symptomatik, Biosoziale Theorie)	› Stärkere Reduktion der Symptomatik des Indexpatienten.
Modul-2:	Psychoedukation (Behandlung, Bedeutung der Familie)	› Hohe Zufriedenheit der Angehörigen
Modul-3:	Individuelle Fertigkeiten: Emotionsregulation, Stresstoleranz, Achtsamkeit, soziale Kompetenzen	› Reduktion der psychischen Belastung der Angehörigen.
Modul-4:	Kommunikative Fertigkeiten, Familienfertigkeiten	› Verbesserung der familiären Kommunikation und Problemlösefähigkeiten
Modul-5:	Validierung, effektives benennen der Emotionen	› Zunahme der emotionale Validierung
Modul-6:	Soziales Problemlösen	

› 12 Wochenkurs

N = 34, positive Selektion, 3 Messzeitpunkte

Argumente für familienzentrierte Interventionen

- › Belastende Familieninteraktionen sind leider einer der entscheidenden Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen.
- › Entlastet die oft selbst schwer psychisch belasteten Eltern, ermöglicht es, eine andere Perspektive einzunehmen und sich selbst weiter zu entwickeln.
- › Bringt wichtige zusätzliche diagnostische Informationen.
- › **Verbessert die innerfamiliäre Kommunikation und das direkte Lebensumfeld.**
- › **Die Veränderung der Familiensituation ermöglicht es überhaupt erst, Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen (guter Grund?!).**
- › **Sichert den langfristigen Erfolg der Behandlung – reduziert das Rückfallrisiko.**

Rückfälligkeit

- › Untersuchungen mit dem High Expressed Emotionskonzept zeigten, dass Borderlinepatienten in High-EE-Familien häufiger wieder rehospitalisiert werden mussten (Hoffmann & Fruzzetti, 2007).
- › Das reine Wissen der Angehörigen über Borderlinestörungen scheint alleine noch keine Entlastung zu bringen, es ging in einer Studie von Hoffmann et al. (2003) sogar mit einer starken Belastung einher, weshalb es wichtig zu sein scheint, auch konkrete Bewältigungsstrategien/ Selbstwirksamkeit zu vermitteln.
- › Eine Form der Multisystemische Therapie konnte nachweisen, dass Sie weitere Suizidversuche wirkungsvoller reduziert als ein Kontrollgruppe mit anderen Behandlungen (TAU) (Huey et al. 2004).

«Borderline-Familien»

Längsschnittstudie von Johnson et al. 2004

- › Feindselige, abwertende Kommunikation und emotionaler Missbrauch (Störungen der Familieninteraktion schwächen sich vom Jugendalter ins junge Erwachsenenalter etwas ab, bleiben aber in der Rangreihe stabil).
- › Späte Ablösung trotz massiv belasteter Beziehungen; fast 90% der Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen haben mit 27 Jahren noch fast täglichen Kontakt zu ihrem Herkunftssystem!
- › Einkommen und Berufsausbildung sind bei jenen Jugendlichen mit viel Kontakt und den pathologischsten Familienbeziehung am geringsten. Jene, die sich früher lösen konnten, überholten die anderen später.

Gliederung

1. Einleitung
2. Warum familienzentrierte Interventionen?
 - Familien und Ätiologie von PS
 - Diagnostische Informationen
 - Familie und Therapieverlauf
 - Familie und langfristige Hilfeplanung
3. Typische Probleme bei familienzentrierten Interventionen
4. Lösungsansätze
 - Aufgreifen der Spaltung (guter Therapeut/ böser Therapeut)
 - Laut denkende Therapeuten
 - Technik des Paktschliessens
 - Skalierungsfragen
5. Ideen für die Unterstützung von Angehörigen auf Basis der DBT
6. Zusammenfassung und Diskussion

Klinische Beobachtungen zu Borderlinefamilien

- › Schwere Störungen und chronische emotionale Invalidierungen entstehen in der Familiendynamik über mehrere Generationen.
- › Aufgrund ungelöster Konflikte in ihren Ursprungsfamilien sind Eltern wenig in der Lage, dem Indexpatienten eine ausreichend Halt gebende Umgebung zu schaffen.
- › Die Grenzen zwischen den Generationen sind massiv gestört.
- › Patienten werden bewusst oder unbewusst dazu ermutigt, Phantasien oder Impulse der Eltern auszuagieren.

Klinische Beobachtungen zu Borderlinefamilien II

- › Autonome Entwicklungsschritte werden behindert und Äusserungen kindlicher Bedürfnisse als Angriff interpretiert.
- › Normales, altersentsprechendes Verhalten wird pathologisiert – pathologisches Verhalten häufig normalisiert, ignoriert oder verdrängt.
- › Sexuelle und aggressive Impulse werden nicht selten innerhalb der Familie ausagiert und gleichzeitig verleugnet.

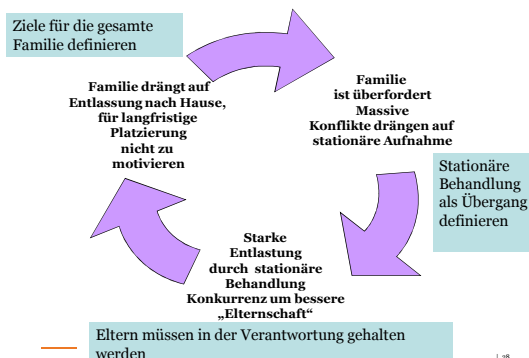
Probleme bei der systematischen Familienarbeit

- › Grosse psychosoziale Belastungen, häufige Krisentermine – kaum kontinuierliches Arbeiten möglich.
- › Spaltungstendenzen – Idealisierung – Entwertung – Schwarz-Weiss-Denken.
- › Kaum Erfahrung im emotionalen Austausch innerhalb der Familie.
- › Tiefgreifende Selbstunwirksamkeitserwartung beim Lösen familiärer Probleme.
- › Häufiger scheinbar willkürlicher Wechsel der Themen .
- › Familiengeheimnisse bestehen über mehrere Generationen hinweg – Therapeut soll als Geheimnisträger involviert werden.

Probleme bei der systematischen Familienarbeit

- › Schwierigkeiten in der Emotionsregulation → starke emotionale Beteiligung in Familiengesprächen.
- › Allparteilichkeit wird als bedrohlich empfunden → Spaltung als wichtigster Abwehrmechanismus wird aktiviert.
- › Jugendliche dissoziieren → beteiligen sich kaum am Gespräch und nehmen inhaltlich kaum etwas mit.
- › Zirkuläres Fragen kann leicht überfordern, da Mentalisierungsfähigkeiten nicht ausreichend entwickelt sind.
- › Teufelskreis aus Bindung und Ausstossung – heftigste (oft lange verdrängte/verleugnete) Ambivalenz bei der Planung von verlässlichen Zukunftsperspektiven.

Teufelskreis aus Bindung und Ausstossung (Stierlin 1980, Schweitzer 2002)



Probleme mit den familientherapeutischen Regeln



<http://www.phpresource.de/forum/attachments/order/2455d1181334360-na-toll-na-toll.jpg>

Diese Familien haben erhebliche Probleme in fast allen Lebensbereichen und sind nicht selten damit überfordert, die grundlegendsten familientherapeutischen Settingbedingungen einzuhalten.

Dies erfordert einen flexiblen, wertschätzenden Psychotherapeuten, der die notwendigen Kooperationsstrukturen fallbezogenen und mit Focus auf sein eigenes persönliches und berufliches Erleben erklärt, implementiert und verteidigt.

Gliederung Lösungsansätze

- › Übergabe an Gerhard Libal



Gerhard Roth: Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten.

Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern.
(Klett-Cotta 2007; S. 177)

- › Nehmen wir an, ich sitze in einem Saal und muss mir einen ebenso langen wie langweiligen Vortrag einer bedeutenden Persönlichkeit des öffentlichen Lebens anhören. Mein limbischen System - egoistisch, wie es ist - sagt mir, es sei doch das Beste, aufzustehen und hinauszugehen, und erzeugt entsprechend in mir den starken Wunsch, genau dies zu tun. Mein präfrontaler Cortex sagt mir jedoch, dass dies schwierig zu realisieren ist, denn ich sitze in der Mitte einer langen Sitzreihe, und mein orbitofrontaler Cortex gibt zu bedenken, dass nicht nur mein Chef, sondern auch andere wichtige Persönlichkeiten, die im Raum sitzen, mein Verhalten in hohem Maße missbilligen würden. Diese Einsprüche gelangen zurück zum limbischen System, nun findet ein Wettkampf statt zwischen dem Drang, den Saal zu verlassen, und den Nachteilen, die mir eventuell aus dieser Handlung erwachsen. Wahrscheinlich bleibe ich sitzen, ärgere und langweile mich. In diesem Fall geht ein Befehl an die Basalganglien, genauer an die Substantia nigra, jeden Impuls zum Aufstehen zu unterdrücken, es findet keine entsprechende Freischaltung statt. Allerdings könnte es sein, dass mein Chef bereits gegangen ist und mein orbitofrontaler Cortex dann nicht mehr so stark protestiert, und ich gehe ebenfalls.

Gerhard Roth: Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten.

Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern.
(Klett-Cotta 2007; S. 177)

- › **Und nun leicht modifiziert wie es einer/-m Jugendlichen ergehen könnte**
- › Nehmen wir an, ich sitze in einem ^{saal} **Wohnzimmer** und muss mir einen ebenso langen wie langweiligen Vortrag einer bedeutenden Persönlichkeit ^{des öffentlichen} **meines** Lebens anhören. Mein limbischen System - egoistisch, wie es ist - sagt mir, es sei doch das Beste, aufzustehen und hinauszugehen, und erzeugt entsprechend in mir den starken Wunsch, genau dies zu tun.

Gerhard Roth: Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten.

Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. (Klett-Cotta 2007; S. 177)

- > Mein präfrontaler Cortex sagt mir jedoch, dass dies schwierig zu realisieren ist, denn ich sitze in der Mitte einer langen Stange **zwischen meinen Eltern**, und mein orbitofrontaler Cortex gibt zu bedenken, dass nicht nur mein **der Vater**, sondern auch andere **mir wichtige Familienmitglieder**, die im Raum sitzen, mein Verhalten in hohem Maße missbilligen würden.
- > Diese Einsprüche gelangen zurück zum limbischen System, nun findet ein Wettkampf statt zwischen dem Drang, **den Saal das Wohnzimmer** zu verlassen, und den Nachteilen, die mir eventuell aus dieser Handlung erwachsen.

Gerhard Roth: Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten.

Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. (Klett-Cotta 2007; S. 177)

- > Wahrscheinlich bleibe ich sitzen, ärgere und langweile mich. In diesem Fall geht ein Befehl an die Basalganglien, genauer an die Substantia nigra, jeden Impuls zum Aufstehen zu unterdrücken, es findet keine entsprechende Freischaltung statt.
- > Allerdings könnte es sein, dass mein **der Vater** bereits gegangen ist und mein orbitofrontaler Cortex dann nicht mehr so stark protestiert, und ich gehe ebenfalls.

Pubertät und die "Baustelle Gehirn"

Struktur

- > Abnahme der Grauen Substanz (GS), Ersatz durch Weisse Substanz (WS)
- > Beginn occipital, Umbau erreicht Frontallappen mit **20 (-25) Jahren**
- > (Prä-)frontale Region: executive functions, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle
- > GS-Verlust: 'synaptic pruning' – Prozess der Elimination überschüssiger, nicht benötigter Nervenverbindungen

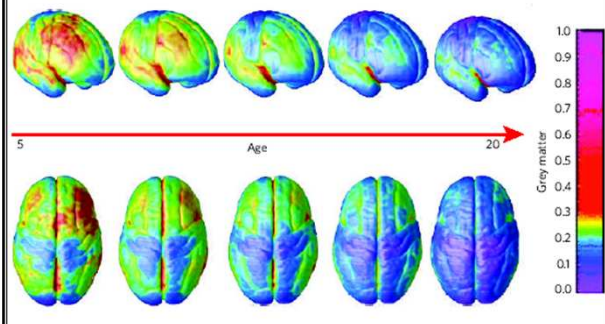
Funktion

- > Zunahme von WS = Myelinisierung:
 - > ermöglicht schnelle Verbindungen zu verschiedenen Zentren
 - > Gehirn als "Internet"
- > Jugendliche gebrauchen Frontallappen mehr
 - > Experiment Licht und fMRI
 - > Gefühle werden anders wahrgenommen: Einfluß der Amygdala
 - > Bsp.: Disco und 70er Jahre

Ziel

- Integration von Frontallappen, Amygdala etc. mit anderen Regionen;
- Wechsel von local-area zu wide-area Netzwerk

Brain wave: how adolescents lose grey matter.



Aus Powell K. ; Nature. 2006

Lösungsversuche

- › Gute Vorbereitung der Familiengespräche – Antizipation von Krisen.
- › Rollenaufteilung - der Einzeltherapeut unterstützt die Jugendliche im Familiengespräch.
- › Elternberatung vs. Einzeltherapie des Jugendlichen wird im Familiengespräch zusammengeführt.
- › Spaltung wird externalisiert und im Idealfall über einen Konsens integriert
 - "Reflecting Therapeuten"
 - Skalierungsfragen

Lösungsversuche

- › Kontinuierliche Familiengespräche – klare Trennung von Organisation und Platzierungsentscheidungen und Familientherapie .
 - › Pro-Contra-Listen
- › Dissoziation im Familiengespräch registrieren und/oder unterbinden – Video.
- › Müssen gewisse Dinge lernen und strukturiert üben - verhaltensorientierte Interventionen.

Technik des Pakt-Schliessens in der FT Besonderheiten für die Therapie mit BPS-Patienten

- › Ermöglicht Erfahrung von Unterstützung im Realen und Konkreten.
- › Ermöglicht Erleben und Handeln in besonders schwierigen Interaktionen (Situationen).
- › Dadurch Modell-Lernen von Tempo, Eröffnung, Wertschätzung (in Worten), Abwarten, Gefühlscontainment.
- › Antizipiert das Verhalten der Familienmitglieder, macht die Erfahrung erträglicher und verdeutlicht deren Beeinflussbarkeit.
- › Ermöglicht Reflexion danach.

Therapeut als Modell

- › Tatsache: Jugendliche haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass sie ihre Umwelt / Bezugspersonen nicht beeinflussen können
- › Vorstellung: Haben oft verzerrte Wahrnehmung von ihren Interaktionspartnern entwickelt → richten Verhalten danach aus
- › Verhalten: passiv ↔ impulsiv; schweigt ↔ unklar formuliert;
- › Ziel: Selbstwirksamkeit vermitteln und erfahrbar machen
- › → Therapeut als Modell für soziale Fertigkeiten, Tempo, Aushalten-können, Kompromisse, Mentalisierungsfähigkeit
- › Annahmen, Vorgehen, Ablauf werden vorbesprochen, Hindernisse und Schwierigkeiten werden antizipiert, Ergebnis wird analysiert
- › Mehrere Durchgänge einplanen (Bsp. Sport → Taktik wählen).

Arbeiten mit der Spaltung

- › Vielen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen fällt es sehr schwer, Ambivalenzen in anderen Personen adäquat zu reflektieren.
- › Sie teilen die Welt vorsichtshalber in Menschen, die gut und Menschen, die ganz gefährlich sind, ein.
- › Wenn eine „gute Vertrauensperson“ Böses tut.....
- › Es kann daher bei Entscheidungen und Aushandlungsprozessen mit Patienten sinnvoll sein, diese Spaltung zu externalisieren und Rollen vor dem Gespräch aufzuteilen.



Universität Psychiatrie Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

FT und Achtsamkeit

- › Achtsamkeitsübungen für die Familie
- › Beobachtungsaufgaben zwischen den Terminen
- › Besonderheiten bei zirkulären Fragetechniken
- › Pacing im Umgang mit Eltern und Kind
- › Reframing
- › Hoffnung induzieren → neurobiologische Grundlage
- › Dysfunktionale Gewissheiten dekonstruieren
- › Aspekte von Zuwendung und positiver Gegenseitigkeit wieder bemerken, aktiv herstellen und als Therapeut verstärken.

Universität Psychiatrie Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

| 42

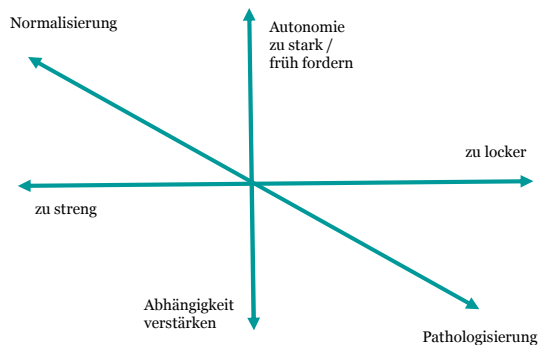
Grundidee der DBT mit Eltern

- › Eltern benötigen dieselben Fertigkeiten wie ihre Kinder:
 - Achtsamkeit
 - Emotionsregulation
 - Soziale Fertigkeiten
 - Stresstoleranz
 - Soziales Problemlösen
- › Prinzip der emotionalen Validierung
- › Neudefinition von Beziehungen (Entwicklung)

Universität Psychiatrie Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

| 43

Dialektische Dilemata



Universität Psychiatrie Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

| 44

Dialektische Kommunikation

(modifiziert nach Miller et al. 2007; Fruzzetti 2007)

- › Kein Entweder-Oder-Denken sondern beide Seiten haben Recht (Sprache).
- › Das „Fünkchen“ Wahrheit von jeder Position finden und wertschätzen.
- › Niemand hat die Weisheit mit Löffel gegessen, man sollte offen für Alternativen sein.
- › Ich-Botschaften.
- › Akzeptanz, dass andere Meinungen richtig sein können, auch wenn ich diese nicht teile/unterstütze.
- › Nicht davon ausgehen, dass man andere Gedanken lesen kann („Was meinstest Du genau?“).
- › Nicht erwarten, dass andere meine Gedanken und Bedürfnisse lesen können („Was ich sagen wollte“).

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

| 45

Wiederherstellung von positivem Elternverhalten und Zugewandtheit

- › Erklärungsmodell vermitteln.
- › Möglichkeiten zur Wiederherstellung von Vertrauen (Prozess, 3-Stufen, Graustufen)
- › Richtig kritisieren
- › Richtiges Lob
- › Erkennen von darunter liegenden Gefühlen
- › Wertvolle Freizeit miteinander verbringen
- › Körperliche Nähe austauschen/fördern (wenn angebracht).

Sells 1998

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

Zusammenfassung und Diskussion

- › Die Familieninteraktionen und Kommunikation in den Familien ist derart gestört, dass dies zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beiträgt.
- › Die Symptomatik der Jugendlichen belastet das Familiensystem zusätzlich. Dies kann in einen Teufelskreis gegenseitiger Invalidierung und Eskalationen münden.
- › Viele adoleszente Bodelinepatienten sind derart in ihre Familiensysteme und Autonomie-Abhängigkeitskonflikte verstrickt, dass ihnen die Ablösung vom belasteten Elternhaus nicht gelingt. Das Scheitern an dieser Entwicklungsaufgabe wirkt sich langfristig negativ auf die gesellschaftliche Teilhabe aus!
- › Diese Familien brauchen Unterstützung, eine adäquate Aufklärung sowie familientherapeutische Interventionen, welche die spezifischen innerpsychischen Defizite der Familienmitglieder adäquat berücksichtigt (einige familientherapeutische Methoden sind daher kontraindiziert).
- › Die Familienangehörigen müssen auch konkrete Fertigkeiten lernen, um in belastenden Situationen adäquat reagieren und die Patienten emotional validieren zu können (z.B. Skilltraining - Elterntaining).

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 26. Oktober 2011

| 47

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

„Solange die Löwen keine Geschichten-erzähler und Schriftsteller haben, werden alle Jagdgeschichten den Ruhm des Jägers verkünden.“

Afrikanisches Sprichwort

Folien unter:

www.Equals.ch

EQUALS



Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upkbs.ch | 5. Juli 2011

| 48

Zur familientherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die unter einer Borderlinepersönlichkeitsstörung leiden

Marc Schmid und Gerhard Libal

Zusammenfassung

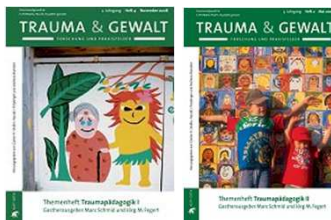
In diesem Beitrag wird die Bedeutung von pathologischen Familieninteraktionen für die Entwicklung von schweren Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter anhand aktueller Forschungsergebnisse dargestellt. Außerdem wird auf die starke psychische Belastung aller Familienmitglieder, die mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung ihrer Angehörigen konfrontiert sind, eingegangen, welche vor allem bei der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach familienzentrierte Interventionen notwendig

12

KONTEXT 41, S. 12–41, ISSN 0726-1079
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

<http://www.dgsf.org/service/wissensportal/Zur%20familientherapeutischen%20Arbeit%20mit%20Jugendlichen-%20die%20unter%20einer%20Borderlinepersoenlichkeitsstoerung%20leiden%20-2010.pdf>

Kontakt und Literatur



Marc Schmid
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Schanzenstrasse 13, CH-4056 Basel
0041 (0)61 265 89 74
Marc.Schmid@upkbs.ch
www.Equalis.ch
www.upkbs.ch

Gerhard Libal
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Wagnerstrasse 65, DE-89079 Ulm
gerhard.libal@praxis-libal.eu