

## Aus der Praxis

# 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 auch familienzentrierte Interventionen notwendig erscheinen lassen. Die besonderen Schwierigkeiten und Chancen, welche sich dabei in der Zusammenarbeit mit einem betroffenen Familiensystem ergeben können, werden dabei ebenso diskutiert wie die besondere Herausforderung, die die beginnende Borderlinesymptomatik der Adoleszenten für familientherapeutische Interventionen darstellt. Verschiedene therapeutische Ansätze eines erfolgreichen Einbezugs der Familie werden vorgestellt. Hierbei wird insbesondere auf die familienorientierten Ansätze im Rahmen der Dialektisch Behavioralen Therapie für Adoleszente und Familien eingegangen, welche psychoedukative und übende Elemente beinhalten, durch die den Patienten und ihren Angehörigen spezifische Fertigkeiten vermittelt werden, um die Kommunikation, die gegenseitige Wertschätzung und die emotionale Validierung der Familienmitglieder untereinander zu fördern.

**Schlagwörter:** Borderline – Persönlichkeitsstörungen – DBT-A – Familientherapie – psychosoziale Risikofaktoren

### Summary

#### Family therapeutic interventions for adolescents suffering from Borderline Personality Disorder

This article gives an overview about the impact of pathologic family interaction for the development of severe personality disorders. Furthermore the paper will address the

issue of the emotional burdens of all family members; which makes family orientated interventions necessary, especially for adolescents and young adults. The difficulties and chances of family based interventions will be discussed focusing on the systemic problems of these families and the specific challenges resulting of the borderline symptoms for family therapeutic interventions. Different approaches for the treatment of families will be introduced. Especially the strategies of the Dialectical Behavioral Therapy for adolescents and families will be described. These approaches consist of the family member's psychoeducation and practicing specific skills to improve communication, appreciation and emotional validation.

**Key words:** Borderline – personality disorders – DBT-A – family therapy – psychosocial risk factors

## 1 Einleitung

Viele Fragen der Ätiologie und Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen und somit auch die Frage des Beginns im Jugendalter sowie die familiären Einflussfaktoren werden weiterhin noch kontrovers diskutiert. In den letzten Jahren wurden jedoch zunehmend empirische Arbeiten veröffentlicht, in welchen die Auswirkungen von pathologischen Familieninteraktionen auf die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen untersucht wurden (Johnson et al., 2001, 2004, 2006). Fruzzetti und Mitarbeiter (2005) entwickelten ein transaktionales Modell der gegenseitigen Beeinflussung von psychischen Problemen des Patienten und der maladaptiven Reaktionen der Umwelt. Die schwierigen Familieninteraktionen belasten einerseits alle Familienmitglieder, andererseits tragen sie auch nicht unwesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Persönlichkeitsstörung bei.

Die großen Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen (Binks et al., 2007; Linehan et al., 2006; Clarkin et al., 2007; Giessen-Bloo et al., 2006) mit Persönlichkeitsstörungen intensivierten die Debatte um eine Vergabe dieser Diagnose im Jugendalter (vgl. Schmid et al., 2008a, 2008b; Krischer et al., 2007). In diesem Beitrag wird trotz der noch anhaltenden Debatte der Begriff »Borderlinepersönlichkeitsstörung« für die Beschreibung der Symptomatik der Jugendlichen und ihren Familie angewendet. Aus der Beschreibung der Interventionsansätze geht hoffentlich deutlich hervor, dass mit der Diagnose keine Wertung und keine Aussage über die Prognose verbunden sind.

Eine effiziente Behandlung von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörung legt einen systematischen Einbezug der Eltern und familientherapeutische Intervention nahe, weshalb die Entwicklung von Konzepten in diesem Bereich forciert wurde. Die große Bedeutung, welche ungünstigen Erziehungsbedingungen und Traumatisierungen für die Entwicklung einer Borderlinepersönlichkeitsstörung zukommt, darf keinesfalls dazu führen, dass die selbst oft sehr belasteten Eltern

für die Symptome ihrer Kinder verantwortlich gemacht und von den Therapeuten »angeklagt« oder mit Vorwürfen konfrontiert werden. Gerade bei jüngeren Patienten besteht immer auch die Möglichkeit, durch den Einbezug der Eltern wichtige Veränderungen im Familiensystem herbeiführen und die Ressourcen des Familiensystems nachhaltig aktivieren zu können.

Oft können gerade sehr belastete Jugendliche ihre Familie erst verlassen oder sich auf einen längeren, in einigen Fällen auch stationären Hilfeprozess im Rahmen von Maßnahmen der Jugendhilfe einlassen, nachdem es gelungen ist, die Beziehung zu ihrer Familie etwas zu verbessern (z. B. das Elternsubsystem zu stärken, die Eltern für die momentanen und zukünftigen Bedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren). Erst so erhalten sie die »Erlaubnis«, ihre Familie vorübergehend oder langfristig zu verlassen.

Eine Untersuchung von Hooley und Hoffman (1999) hat gezeigt, dass eine anhaltende ablehnende Haltung der Eltern mit negativem Emotionsausdruck Rückfälle begünstigte, während ein höherer Grad an emotionaler Involviertheit der Eltern den Therapieerfolg nach einem Jahr positiv beeinflusste. Ausserdem gibt es deutliche Hinweise dafür, dass eine bessere Kenntnis des Störungsbildes in Kombination mit einem nachvollziehbaren Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Borderlinepersönlichkeitsstörung bei Angehörigen ebenfalls einen positiven Einfluss auf den Therapieverlauf haben (Fruzzetti et al., 2007).

Aktuelle verhaltenstherapeutische Konzepte wie die Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) beziehen die wichtigsten erwachsenen Bezugspersonen systematisch in die Therapie der Jugendlichen mit ein (Miller et al., 2007; Fleischhaker et al., 2005, 2008).

Die im Erwachsenenalter ebenfalls erfolgreich evaluierte übertragungsfokussierte Psychotherapie (»Transference Focused Therapy«, TFP), die nach den Konzepten von Otto Kernberg (1996) und Paulina Kernberg (2001) arbeitet, wurde nun ebenfalls für das Jugendalter adaptiert (Foelsch et al., 2008). Wie in der DBT-A verweisen die Autoren bei ihrer Modifikation/Adaptierung ebenfalls auf die Bedeutung einer begleitenden Elternarbeit.

Selbstverständlich gibt es auch in der systemischen Familientherapie Überlegungen zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Ebbecke-Nohlen, 2000; Reich, 2003; Cierpka u. Reich, 2000; Everett et al., 1989). Leider gibt es aber kaum Publikationen, die sich mit der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS) im Jugendalter beschäftigen und somit wird auch die Art der Beteiligung der Familie bei der Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung in der systemischen Literatur wenig reflektiert.

Die vergleichsweise sehr hohen Therapieabbruchraten gerade bei Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung (Jerschke et al., 1998) sprechen ebenfalls für einen intensiven Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes. Durch einen Einbezug von Eltern, sozialen Hilffsystemen und der Schule bzw. Ausbil-

dungsstätte kann oft eine höhere Motivation und Verbindlichkeit über die gesamte Therapiedauer sichergestellt werden. Zudem können kritische Therapie-situationen durch den positiven sozialen Druck aller Beteiligten eher durchge-standen werden. Von der DBT-A wird berichtet, dass unter anderem durch den intensiven Einbezug der Eltern (bzw. anderer primärer Bezugspersonen) er-staunlich geringe Therapieabbruchraten erreicht werden können (Rathus u. Miller, 2002; Fleischhaker et al., 2005). Auch in der in den letzten Jahren sehr positiv diskutierten Multisystemischen Therapie (MST) gelingt es vergleichs-weise gut, Jugendliche mit schwer zu behandelnden Störungsbildern in Behand-lung zu halten (Henggeler et al., 1998). Außerdem liegen erste Befunde vor, dass sich durch MST Suizidversuche bei Jugendlichen besonders effektiv reduzieren lassen (Huey et al., 2004).

Gerade systemische Familientherapeuten sind oft mit Kindern und Jugendli-chen konfrontiert, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Borderline-persönlichkeitsstörung aufweisen, da sie vergleichsweise häufig mit psychosozial massiv belasteten Familien auch in aufsuchenden Settings arbeiten. Auch deshalb verwundert es, dass im Bereich der systemischen Therapie noch nicht mehr zur psychotherapeutischen Unterstützung von Familien mit einem an einer Border-linepersönlichkeitsstörung erkrankten Jugendlichen veröffentlicht wurde.

In diesem Beitrag soll nun ein Überblick über die familiäre Belastung von diesen Familien gegeben und die Notwendigkeit von familienzentrierten Hilfen herausgearbeitet werden. Des Weiteren werden die besonderen Schwierigkeiten und Chancen von familientherapeutischen und familienzentrierten verhaltens-therapeutischen Interventionen bei diesem Störungsbild diskutiert. Der Beitrag bezieht sich dabei auf unsere Arbeit in ambulanten und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Settings, in welchen die Jugendlichen in der Regel mit einem multimodalen Therapieansatz behandelt werden.

## **2 Psychosoziale Belastung und familiäre Belastung von »Borderlinefamilien«**

Die biosoziale Theorie von Marsha Linehan (1996) stellt ein sinnvolles Erklä-rungsmodell für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen dar. Linehan geht von der Kombination einer genetisch bedingten Prädisposition und einer emo-tional invalidierenden, also entwertenden Umgebung aus, die die Vorausset-zungen für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung sind. Da gerade der affektive Austausch mit einer feinfühligem Bezugsperson in der frühen Kindheit eine der entscheidenden Grundlagen für die Ausbildung der Fähigkeit zu Emo-tionsregulation und stabilen Bindungsrepräsentationen zu sein scheint (vgl. Fo-nagy et al., 2004; Downing, 2006), dürfte das Fehlen eines solchen feinfühligem Austausches in einer emotional invalidierenden Umgebung in der (frühen) Kindheit für die mangelnde Entwicklung von Fähigkeiten emotionaler Selbst-

steuerung und dysfunktionaler interpersoneller Beziehungsgestaltung verantwortlich sein. Gerade frühe Defizite in der Emotionsregulation wirken sich sehr negativ auf den weiteren Lebensweg eines Menschen aus, da sie den Aufbau von positiven Interaktionen und stabilen Bindungsrepräsentationen sowohl im Familiensystem als auch in der Peergruppe massiv behindern (Shields u. Cicchetti, 1997, 2001).

Mehrere experimentelle Studien im Bereich der Emotionsregulation von Borderlinepatienten zeigen, dass sie wesentlich stärker auf emotionale Reize reagieren und länger benötigen, um sich wieder zu beruhigen bzw. auf ein ausgeglichenes Emotionsniveau (»herunter«) zu kommen (Ebner-Priemer et al., 2005, 2007; Überblick bei Herpertz, 2006).

Leider gibt es sehr wenige Untersuchungen darüber, wie belastet die Familienmitglieder von Borderlinepatienten sind. Die Bürde der Verantwortung und die Sorge um den sich selbst verletzenden oder suizidalen Jugendlichen mit einer beginnenden Borderlinepersönlichkeitsstörung werden von den betroffenen Eltern meist eindrücklich beschrieben. Scheirs und Bok (2007) untersuchten mit Befindlichkeitsfragebögen den psychischen Stress von 64 Angehörigen von jungen Erwachsenen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung. Die Autoren konnten in dieser gut konzipierten Studie eindrücklich das Vorhandensein von Symptomen bei Angehörigen in fast allen erfassten Befindlichkeitsvariablen nachweisen. Auch Befunde von anderen Autoren (Glick et al., 1995) weisen auf eine immense Belastung der Angehörigen von Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung hin (Überblick bei Feldman u. Guttman, 1984). Die Persönlichkeitsstörung eines Angehörigen wirkt sich natürlich nicht nur auf die Eltern, sondern auch auf die Geschwister aus. In mehreren Untersuchungen von Zanarini et al. (1990) zeigte sich, dass die Bezugspersonen dieser Patienten oft selbst unter psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen leiden. Selbstverständlich spielt dabei neben den kumulierten psychosozialen Risikofaktoren in diesen Familien auch eine wesentlich höhere biologisch bzw. genetisch bedingte Vulnerabilität eine nicht zu unterschätzende Rolle (Toergersen et al., 2001; Livesley u. Jang, 2008).

In ihrer Beschreibung dieser Familiensysteme aus familientherapeutischer Perspektive unterteilen Reich (2003) und Cierpka und Reich (2000) diese in die drei Cluster »vernachlässigend«, »missbrauchend« oder eine »Kombination« aus beidem. Nach Cierpka und Reich (2000) fühlen sich viele Patienten nicht wirklich emotional mit ihrem Familiensystem verbunden und erleben sich trotz häufigem, engem Kontakt zu Familienmitgliedern eigentlich sehr einsam und entfremdet. Diese Beobachtung wird auch durch die empirischen Befunde der sehr aufwändig konzipierten Children in Community Transition Study bestätigt. Die Ergebnisse der von Johnson und seinem Mitarbeitern (Johnson et al., 2004) durchgeführten Children in Community Transition Study sind aus mehreren Gründen sehr interessant. Erstens ermöglicht diese Längsschnittstudie, die Auswirkungen von Fa-

milieninteraktionen über mehrere Jahrzehnte hinweg zu verfolgen und Aussagen darüber zu treffen, welche Erziehungsbedingungen die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen begünstigen. Zweitens ermöglicht sie die Entwicklung der Familienbeziehungen zu beobachten und dies sowohl unter Berücksichtigung der Erziehungsbedingung als auch der Psychopathologie der Heranwachsenden. Aus familien- und systemtherapeutischer Sicht sind diese Ergebnisse vor allem deshalb von großer Relevanz, da sie die Kommunikationen und Interaktionen etwas mehr betonen und nicht ausschließlich traumatische Erlebnisse aufsummieren.

Johnson et al. (1999, 2006) konnten zeigen, dass sich insbesondere bei Personen mit Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (narzisstische, antisoziale, histrionische und Borderlinepersönlichkeitsstörung) eine Vielzahl ungünstiger Erziehungspraktiken kumulierten. Insbesondere die Auswirkungen von ständigen verbalen Erniedrigungen und überzogenen, auch körperlichen Strafen scheinen entscheidend zur Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen beizutragen.

So konnte diese Arbeitsgruppe zeigen, dass entsprechende Erziehungspraktiken im Alter von sechs Jahren die Wahrscheinlichkeit für eine Persönlichkeitsstörung mit 33 Jahren um den Faktor 10 erhöhten. Bei Kindern ohne das Vorhandensein von jeglichen maladaptiven Erziehungspraktiken war die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen sehr gering. Weiter ist interessant, dass die Störungen der Familieninteraktionen von der Pubertät bis ins Erwachsenenalter im Wesentlichen relativ stabil bleiben. Sie schwächen sich zwar im Intensitätsgrad ab, die Rangreihen bleiben aber sehr stabil, das heißt, im jungen Erwachsenenalter reduzieren sich die Konflikte im Vergleich zum Jugendalter in allen untersuchten Familien etwas. Diejenigen mit der höchsten Konfliktbelastung im Kinder- und Jugendalter blieben auch im Erwachsenenalter weiterhin am stärksten belastet.

Dies ist insbesondere deshalb von großer Relevanz, da im jungen Erwachsenenalter viele persönlichkeitsgestörte Patienten noch häufig Kontakt zu ihren Eltern halten und dies, obwohl die Beziehungen weiterhin sehr konfliktbehaftet sind. So konnte die Arbeitsgruppe von Johnson (Johnson et al., 2004) zeigen, dass fast 90% der Patienten mit den am höchsten belasteten Familieninteraktionen mit 27 Jahren noch fast täglich Kontakt zu ihren Eltern hatten. Die Gruppe, die den intensivsten Kontakt mit ihrer Familie hatte und sich nicht aus ihren pathologischen Familienbeziehungen lösen konnte, hatte auch den schlechtesten Ausbildungsstand und das niedrigste Einkommen. Jugendliche mit ähnlichen Familienverhältnissen, denen eine Ablösung gelang, erreichten einen höheren sozialen Status.

### 3 Traumatische Erlebnisse

Sehr viele Borderlinepatienten kommen aus Elternhäusern, in denen sie kumulierte körperliche Misshandlung oder kumulierten sexuellen Missbrauch erfahren haben oder zumindest vor diesem nicht adäquat geschützt werden konnten. In unterschiedlichen Studien findet man bei 60–90% der Patienten traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte (Paris, 2000; Zanarini et al., 1997). Die traumatischen Erlebnisse wiederholen sich häufig in Familien über mehrere Generationen hinweg (Pears u. Capaldi, 2001). Das Risiko eines sexuellen Missbrauchs steigt um das 13-Fache, wenn bereits die Mutter in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden ist und psychotrope Substanzen konsumiert (Fergusson et al., 1996a, 1996b). Es existieren zumeist keine Modelle von adäquater Erziehung oder von der Herstellung stabiler Subsystemgrenzen innerhalb eines Familiensystems. Nicht selten sind die Vorstellungen von sexuellen Grenzen gegenüber den Jugendlichen sehr diffus. Insbesondere chronische, sich über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholende traumatische Erlebnisse begünstigen die Ausprägung einer komplexen Traumafolgestörung, die viele Parallelen zur Borderlinepersönlichkeitsstörung aufweist und zu vielfältigen pädagogischen Problemen führen kann (Schmid, 2008; Schmid et al., 2007).

Die familiäre Belastung ist häufig derart stark ausgeprägt, dass stationäre Jugendhilfemassnahmen eingeleitet werden müssen. Die Übergänge zwischen einem Familiensetting oder einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung stellen sich sowohl aus intrapersonellen als auch aus systemischen Gründen häufig sehr schwierig dar und müssen daher gut vorbereitet und professionell begleitet werden (vgl. Schmid, 2007).

Die pathologischen Familieninteraktionen werden hervorragend in dem transaktionalen Modell von Alan Fruzzetti und Mitarbeitern (2005) beschrieben, in welchem dargestellt wird, dass ein höheres emotionales Erregungsniveau von Borderlinepatienten, die Wahrscheinlichkeit einer emotionalen Dsyregulation, einer inadäquaten sozialen Informationsverarbeitung und einer sozial inkompetenten Interaktion mit Bezugspersonen massiv erhöht. Eine ungünstige soziale Gesprächseröffnung erhöht aber die Wahrscheinlichkeit einer emotional invalidierenden Antwort der Bezugspersonen, was dann leicht zu einer symmetrischen Eskalation führen kann. Ständige, chronifizierte Konflikte und eine chronische Invalidierung der Emotionen der Borderlinepatienten durch deren soziales Umfeld verhindert aber, dass der Patient die Fähigkeiten zur Emotionsregulation erlernen kann. Es können sich sogar pathologische, symmetrisch eskalierende Interaktionsmuster einschleichen, welche wiederum auf die emotionale Vulnerabilität zurückwirken und die Symptomatik verstärken.

Fruzzetti und seine Mitarbeiter legen daher bei den von ihnen entwickelten, familienzentrierten Interventionsprogrammen ganz besonderen Wert darauf, dass man den Bezugspersonen beibringt, die Patienten emotional zu validieren

(vgl. Hoffman et al., 2007; Fruzzetti et al., 2007). Miller et al. (2002) beschrieben die besondere Notwendigkeit dieser Intervention für Jugendliche mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten. So sollen Eltern lernen, ihre eigenen emotionalen Reaktionen zu regulieren, und versuchen, die emotionale Reaktion des Jugendlichen zu verstehen, um mit dem betroffenen Familienmitglied künftig angemessener in Kontakt treten zu können. Es benötigen somit alle Familienmitglieder/oder sozialpädagogischen Bezugspersonen – und nicht nur die betroffenen Patienten – prinzipiell dieselben Fertigkeiten zur Emotionsregulation und Stresstoleranz.

Diese Ansätze wurden manualisiert und erfolgreich evaluiert (vgl. Fruzzetti et al., 2007). Santisteban und Mitarbeiter (2003) entwickelten und evaluierten parallel zu der Arbeitsgruppe von Fruzzetti ein familienzentriertes Interventionsprogramm. Dieses wurde auf der Basis der Dialektisch Behavioralen Therapie und der Strategischen Kurzzeittherapie/Brief Strategic Family Therapy (BSFT) (Szabocznik u. Williams, 2000; Robbins et al., 2008) entwickelt und speziell für Jugendliche mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen modifiziert. Ein eigener Therapieansatz, das Integrative Borderline Adolescent Family Therapy Model (I-BAFT), wurde entwickelt. In dieses Therapieprogramm flossen auch die Erfahrungen aus der Behandlung von hispanischen Jugendlichen mit Substanzmissbrauch ein. Dieser Therapieansatz zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass er mehr Ansätze der strukturellen Familientherapie aufgreift und die Interventionen vermehrt auf eine Stärkung der Elternebene fokussieren (Erziehungsfertigkeiten, Förderung elterlicher Präsenz). Außerdem wird viel Wert darauf gelegt, dass sich die Patienten in ihrer Familie sicher und geborgen fühlen können und vom Therapeuten wird die Bildung eines Netzwerks von unterstützenden Bezugspersonen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten forciert. Die zu vermittelten Fertigkeiten und die Art der Schulung sind sich aber in beiden/allen Ansätzen relativ ähnlich (Fruzzetti et al., 2007), ebenso wie die gelungene Verbindung von verhaltenstherapeutische Übungen mit familientherapeutischen Interventionen. Dank diesen viel versprechenden Ansätzen gibt es nun auch endlich bei diesem sehr praxisrelevanten Störungsbild aktuelle wissenschaftliche Wirksamkeitsuntersuchungen über familienzentrierte Interventionen. Die Notwendigkeit von Forschungsarbeiten über familientherapeutische Interventionen wird von Sydow et al. (2007) in ihrer ausführlichen Überblicksarbeit über die Wirksamkeit der systemischen Therapie, welche Publikationen bis Dezember 2004 mit einbezog, nochmals unterstrichen. Sie konnten in diese Übersicht nämlich nur eine empirische Studie zur Effektivität der Familientherapie bei Persönlichkeitsstörungen aufnehmen, die noch dazu mit methodischen Schwächen belastet war.

An dieser Stelle ist es notwendig, noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass alle Probleme der Jugendlichen und ihrer Familien als aus tiefer Not entstandene, dysfunktionale Lösungsversuche zu sehen sind, die als unflexible Muster in Hinblick auf die aktuelle Situation aktiviert werden. Ein anderer nicht zu ver-



nachlässigender Aspekt bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen ist auch die Signalfunktion, die eine Kette sich immer weiter verstärkender Symptome haben kann. Viele Patienten weisen seit Jahren eine sehr auffällige Entwicklung auf, gelangen aber oft erst mit dem ersten Suizidversuch in kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung. Gerade der Tablettensuizidversuch oder selbstverletzendes Verhalten kann oft auch als verzweifelter Versuch der Kontaktaufnahme zu den Eltern oder als Signal, dass die aktuelle Lebenssituation für die Jugendlichen momentan unerträglich ist, gedeutet werden (vgl. Mangold, 1974).

#### **4 Familientherapeutische Interventionen**

Nachdem nun dargelegt wurde, wie pathologische Familieninteraktionen die Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp begünstigen können, wird nun auf die familientherapeutischen Interventionen im Detail eingegangen. In der Familientherapie gibt es eine lange Tradition, Behandlungsmethoden auch für psychosozial schwer belastete Multi-problemfamilien und niederschwellige Versorgungskonzepte zu entwickeln, um diese schwer belasteten Familiensysteme auch zu erreichen (Minuchin 1967, 1997).

Gerade Interventionen aus der strukturellen Familientherapie sehen familientherapeutisch orientierte Verhaltenstherapeuten mit DBT-Hintergrund auch als hervorragende Ergänzung ihres Repertoires an (Fruzzetti et al., 2007). Einige Interventionen der Mailänder Schule (wie paradoxe Interventionen) werden von Fruzzetti et al. (2007) hingegen als kontraindiziert für die Therapie von »Borderlinefamilien« angesehen. Bei dem großen Interesse behavioraler Therapeuten für die Ansätze der systemischen Familientherapie verwundert es, dass es derart wenig Literatur zur symptom-spezifischen systemischen Therapie mit Patienten, die unter Persönlichkeitsstörungen leiden, gibt. Publikationen zu dieser Thematik bilden eher die Ausnahme.

Eine dieser positiven Ausnahmen ist die eindrückliche Arbeit von Everett et al. (1989), in der fünf zentrale Ziele für die Therapie mit »Borderlinefamilien« benannt werden:

1. Spaltungstendenzen aufgreifen und Förderung der Fähigkeit der Familienmitglieder Ambivalenz zu tolerieren.
2. Aufweichen von rigiden Rollenzuweisungen – Aufbau von adäquaten Kommunikationsstrukturen.
3. Reflektion von verzerrten Personenwahrnehmungen – Personen sollten als Ganzes mit ihren Stärken und Schwächen wahrgenommen werden.
4. Beachtung der Beziehung der Eltern zu ihrer Ursprungsfamilie und Schutz des Familiensystems.
5. Wiederherstellung von Subsystemgrenzen innerhalb des Familiensystems.

Relativ ähnliche Ziele formulieren auch Santisteban und Mitarbeiter (2003) für ihr integratives Therapiemodell (Integrative Borderline Adolescent Family Therapy Model – I-BAFT).

Weitere Ziele dieses Ansatzes sind die Stärkung der Elternrolle, der Aufbau von Selbstwirksamkeit im Umgang mit dem jugendlichen Problemverhalten, der Aufbau von elterlicher Präsenz, eine Förderung von kommunikativen und emotional validierenden Fertigkeiten und die Reduktion von therapieschädigendem Mitagieren oder etwa hilflos-passivem Elternverhalten. Auch die von Alexander und Barton (1983) entwickelte Funktionale Familientherapie verfolgt diese Ziele durch eine Kombination von verhaltenstherapeutischen Techniken mit Interventionen der strategischen und strukturellen Familientherapie (Heekerens, 2002).

In seinem ebenfalls an die strategische Familientherapie von Jay Haley (1985) angelehnten Ansatz beschreibt Scott Sells (1998) eindrücklich Interventionen, mit deren Hilfe besonders gut mit besonders dramatischen Symptomen von Jugendlichen umgegangen werden kann. Neben der Beschreibung von Strategien für den Umgang mit Suizidäußerungen, Weglaufen, Schuleschwänzen/Schulversagen, aggressivem und respektlosem Verhalten gelingt es ihm im Rahmen seiner kreativen Intervention gut darzustellen, wie die Elternebene gestärkt und zudem ein sehr förderlicher, wertschätzender Blick auf die Jugendlichen entwickelt werden kann.

Auch die klinische Praxis zeigt, dass in der Arbeit mit jugendlichen Borderlinepatienten kein Weg an einer systematischen Elternarbeit vorbeiführt. In der Regel holen sich die Eltern ihren Raum und ihre Zeit in der Therapie. Auch dann, wenn man sie nicht gezielt einbezieht, werden in der Regel andere, nicht selten für den therapeutischen Prozess destruktive Wege gefunden, wie im Familiensystem verankerte Probleme die Behandlung beeinflussen können. Aus diesem Grund erscheint es uns sinnvoll, wann immer möglich auch eine kontinuierliche Elternarbeit anzubieten. Meist haben auch die Jugendlichen Interesse an einer Arbeit mit ihren Eltern und der erweiterten Familie oder auch nur mit einzelnen Familienmitgliedern (z. B. Geschwistern), die vielleicht die einzige noch verbleibende Ressource darstellen.

Im Folgenden soll nun dargestellt werden, welche Schwierigkeiten im Rahmen von familienorientierten Interventionen bei dieser Klientengruppe auftreten können und welche Ansatzpunkte sich aus familien- und systemtherapeutischer Sicht für die Therapieplanung und die therapeutischen Interventionen ergeben.

## **5 Besondere Schwierigkeiten der systemischen Familienarbeit bei Jugendlichen mit Borderlinepersönlichkeitsstörung**

Wir sehen in der Arbeit mit diesen Familiensystemen und den dabei oft als »unüberschaubar/unübersichtlich« beschriebenen Problemstellungen im Sinne einer Reduktion dieser Komplexität zehn zentrale Bereiche, die bei der Arbeit mit diesen Familien eine besondere Herausforderung darstellen. Einige Schwierigkeiten sind aber auch direkt auf psychopathologische Phänomene von Borderlinepatienten zurückzuführen, die jetzt in Punkten sechs bis zehn ausgeführt werden.

### **5.1 Große psychosoziale Belastung der Familien**

Die Familien sind häufig nicht nur der Symptomatik eines Mitgliedes, sondern auch insgesamt großen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Diese können – als erste, strukturelle Ebene gedacht – einen bedeutenden Einfluss auf den strukturellen Rahmen der Therapie ausüben. So können etwa Fahrtkosten, regelmäßige Termine mit der Konsequenz, sich Urlaub nehmen zu müssen, sowie langfristige Terminvereinbarungen nicht nur die »Compliance« für die Therapie herabsetzen, sondern sie kann schlicht an diesen sozialen Rahmenbedingungen scheitern. Darauf basierend können Eltern – als zweite Ebene gedacht – zusätzlich häufig selbst so stark belastet sein, dass sie ihren Kindern kaum den für ihre Entwicklung nötigen Rahmen und Halt bieten können. Auch können sie in Familiengesprächen nur schwer in ihrer Elternrolle gehalten werden. Dies kann an der eigenen Bedürftigkeit der Eltern und/oder einer Überforderung mit den Erziehungsaufgaben begründet sein. Die Belastung, der die gesamte Familie oder auch nur einzelne Familienmitglieder ausgesetzt sind, kann dazu führen, dass die Aufrechterhaltung einer sinnvollen Struktur in familientherapeutischen Gesprächen schwierig werden kann.

### **5.2 Mangel an Erfahrung im emotionalen Austausch**

»Borderlinefamilien« haben oft über mehrere Generationen hinweg kaum Erfahrungen gemacht, sich über Gefühle auszutauschen (Fruzzetti et al., 2005; Cierpka u. Reich, 2000). Für gewöhnlich haben alle Familienmitglieder große Schwierigkeiten, eigene Gefühle und die Gefühle anderer Familienmitglieder wahrzunehmen. Sie erleben ihre eigenen Gefühle und den Ausdruck der Gefühle anderer als beängstigend. Es mangelt ihnen sowohl an der Fähigkeit, Gefühle zu erkennen, als auch an der sozialen Kompetenz, andere Familienmitglieder darauf anzusprechen, wenn diese als bedrückt oder belastet erlebt werden. Relativ häufig berichten Eltern nach Suizidversuchen ihrer Kinder in diesem Zusam-

menhang, dass sie zwar im Vorfeld durchaus wahrgenommen haben, dass es ihrem Kind sehr »schlecht« gegangen sei und diese in Not gewesen seien. Sie seien in dieser Situation jedoch derart hilflos und überfordert gewesen, dass sie sogar auf relativ eindeutige Signale (wie depressive Musik, verbale Andeutungen, Aufhängen von den Tod verherrlichenden Bildern, Ausdrücke von Suizid-Webseiten im Drucker des Familien-PC's usw.) nicht hätten reagieren können. Es war ihnen nicht möglich, mit ihren Kindern darüber ein angemessenes, emotional bezogenes Gespräch zu eröffnen. Gespräche an sich und vor allem Gespräche mit emotionalen Inhalten sind für diese Familiensysteme schwierig und mit großen Ängsten besetzt. In Familiengesprächen neigt der Therapeut daher manchmal dazu, diese Familien mit seinen Fragen und Interventionen zu überfordern. Unser Ansatz ist, dass gerade diese Defizite ein für familientherapeutische Interventionen besonders fruchtbares Potential in sich bergen, wenn die therapeutischen Techniken an die jeweiligen Familien angepasst werden. So benötigt es einen aktiveren Therapeuten, der die Familienmitglieder untereinander beim Äussern und Wahrnehmen von Emotionen mit gezielten Fragen unterstützt und vor allem auch die beobachtbaren Verbindungen zwischen Mimik, Gestik, bestimmten Verhaltensweisen und Emotionen immer wieder herausarbeitet, um somit neue (Lern-)Erfahrungen in einem Angst reduzierenden Klima ermöglicht, das ausdrücklich in der Vorbereitung der Therapiestunde auch so besprochen und geplant wurde.

### 5.3 Familiengeheimnisse

In vielen Familien bestehen *Familiengeheimnisse* oft auch über mehrere Generationen hinweg, welche es zusätzlich erschweren, einen offenen Austausch mit allen Familienmitgliedern zu erreichen. Über die zuvor bestehende Schwierigkeit hinaus, adäquat mit Gefühlen umzugehen und diese auszudrücken, lastet über vielen Familiensystemen die Angst, dass Geheimnisse gelüftet werden könnten. Der Familientherapeut, insbesondere aber auch der beteiligte Einzeltherapeut, erlebt häufig Bestrebungen, als Geheimnisträger mit eingebunden zu werden. Es erweist sich daher als besonders hilfreich, gerade Jugendliche – so oft dies möglich ist – dabei zu unterstützen, Geheimnisse in der Therapie anzusprechen. Dazu muss im Vorfeld das Pro und Kontra einer Offenlegung gemeinsam mit den Jugendlichen ausführlich und wiederholt abgewogen werden. Ebenso sollte besprochen werden, welche Art der Unterstützung sich der Patient durch den Einzel- und Familientherapeut wünscht.

## **5.4 Häufige Krisentermine**

Die hohe psychosoziale Belastung der Familien führt dazu, dass der Therapeut häufig in Krisensituationen aufgesucht und bei jedem Termin eine andere Krise von einem anderen Familienmitglied präsentiert wird. Termine außerhalb von Krisen werden nicht selten kurzfristig abgesagt oder die Familie erscheint einfach nicht mit der Begründung, dass ja in der letzten Zeit nichts Besonderes vorgefallen sei. Ein kontinuierliches Arbeiten an definierten Themen ist dadurch nur schwer möglich. Der Therapeut fungiert dann oft eher als sozialer Rückhalt und Krisenmanager. Nachhaltige therapeutische Arbeit wird durch diesen familiären Interaktionsstil sehr erschwert. Es ist daher gerade auch für familientherapeutische Interventionen wichtig, einen klaren Kontrakt zu vereinbaren und mittelfristige Ziele auf Systemebene zu definieren, sowie die Erreichbarkeit und Nichterreichbarkeit in Krisen frühzeitig klar zu regeln.

## **5.5 Völlig diffuse Grenzen sowohl von der Familie nach außen als auch zwischen den Subsystemen innerhalb der Familie**

Familien mit Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung zeichnen sich oft durch völlig diffuse Grenzen aus. Sexuelle Übergriffe und körperliche Misshandlung sind hierbei natürlich die extremsten Formen von Grenzverletzungen in diesen Familien. Sehr häufig besteht diese Verletzung der Grenzen auch darin, dass die Jugendlichen in vielen Alltagsbereichen Elternaufgaben für Geschwister oder auch die Eltern übernehmen müssen, oder die Elternrolle wird aus Angst vor Konflikten und Selbstverletzungen oder Suiziddrohungen von den Eltern nicht mehr ausgefüllt. Viele Eltern haben es in ihren eigenen Familien nie gelernt, klare Regeln vorzugeben sowie Schutz und Geborgenheit zu vermitteln. Aus diesem Grund fällt es ihnen dann auch schwer, ihren Kindern entsprechend zu begegnen, weshalb sie sich selbst in der Elternrolle sehr unsicher fühlen und diese nur ungern einnehmen. Die Jugendlichen werden dadurch noch weiter verunsichert und verstärken zum Teil unbewusst ihre Symptome, um auf diese Weise Grenzen zu erfahren.

Ein weiteres Merkmal des schlechten Umgangs mit Grenzen ist, dass neue Partner (der Eltern und der Jugendlichen) sehr schnell in die Familie eingeführt werden. Andere wichtige Bezugspersonen, die sich offensichtlich sehr für die Familie engagieren und somit eine Ressource darstellen könnten, werden im Gegensatz dazu oft unverständlich weit außerhalb des Familiensystems gehalten. Auch professionelle Helfer werden häufig lange Zeit nicht mit allen relevanten Informationen versorgt und bleiben dadurch auch außerhalb des engeren Familiensystems. Zudem beschäftigen diese Familien nicht selten gleich mehrere professionelle Helfer(-Systeme), ohne dass diese von einander wissen. Besonders schädlich ist es auch, wenn vertrauliche Informationen außerhalb der Familie

kommuniziert werden, bevor sie innerhalb der Familie besprochen wurden. So kann es sein, dass Jugendliche manchmal intime Familiengeheimnisse von Dritten erfahren.

### **5.6 Spaltung oder Schwarz-Weiß-Denken erschwert die therapeutische Beziehungsgestaltung innerhalb der Familientherapie**

Ein großes Problem ist, dass die »Allparteilichkeit« des systemischen Therapeuten von Borderlinepatienten häufig als Bedrohung empfunden wird. Borderlinepatienten interpretieren das Verhalten des Therapeuten ihnen gegenüber lange Zeit als ausschließlich versorgend und unterstützend. Durch diese »Verschmelzungstendenz« wird von Seiten der Patienten vorausgesetzt, dass der Therapeut ihre Sicht teilt und sich in allen Bereichen eindeutig und bedingungslos für die Belange des Patienten einsetzt. Viele Patienten auf »desintegriertem« psychischen Strukturniveau, im Sinne des Konzeptes der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (z. B. 1996), haben große Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation, der Bindungsrepräsentation und der Entwicklung von so genannten »reifen« Abwehrmechanismen. Patienten auf einem desintegrierten Strukturniveau können daher oft nicht zwischen einem Verstehen und der Betonung eines richtigen Aspektes, den ein anderes Familienmitglied einbringt, und einer überdauernden Parteinahme für ein anderes Familienmitglied gegen den Patienten unterscheiden. Bei einer ersten Positionsübernahme für ein anderes Familienmitglied besteht die Gefahr, dass der Therapeut sofort wie alle anderen Menschen in das Muster »nur gut und immer unterstützend« oder »immer schlecht, missbrauchend und vernachlässigend« fällt. Er wird »dämonisiert« und völlig entwertet und der daraus folgende Vertrauensverlust ist derart groß, dass die gesamte Therapie gefährdet sein kann. Dies gilt besonders dann, wenn jemand, der mit dem Jugendlichen auch einzeltherapeutisch arbeitet, im Rahmen von konfliktbehafteten Familiengesprächen die Elternposition einnimmt.

### **5.7 Schwierigkeiten bei der Perspektivenübernahme und Mentalisierung**

Allen Familienmitgliedern, und nicht nur dem von einer Borderlinestörung betroffenen Jugendlichen, fällt es aufgrund ihrer gering ausgeprägten Fähigkeiten der Emotionswahrnehmung und ihren Mentalisierungsschwierigkeiten in der Regel schwer, sich in andere Menschen hineinzusetzen und somit auch zirkuläre Fragen adäquat zu beantworten und für sich zu nutzen. Die hierfür notwendigen Fähigkeiten zur Mentalisierung konnten in diesen Familien oft über Generationen hinweg nicht ausreichend entwickelt werden. Die Familienmitglieder können die Perspektive des Anderen daher oft nicht einmal für kurze Zeit

– wie es für einen fruchtbaren therapeutischen Prozess günstig wäre – angemessen übernehmen sowie eigene Bedürfnisse oder unangenehme bzw. belastende Gefühle zurückstellen.

Zwei Faktoren scheinen diese Fähigkeit zu behindern:

1. die enorme Reaktanz, die sie vermutlich auch aufgrund einer biologisch angelegten Bereitschaft, impulsiver zu reagieren, entwickelt haben und welche durch eine entsprechende Lerngeschichte noch verstärkt wird, in der die eigenen Bedürfnisse nie wertgeschätzt und unterstützt worden sind, und
2. die Schwierigkeit, Achtsamkeit und einen »Hier-und-Jetzt-Modus« aufzubauen, ohne sofort in das Muster der Aktivierung eines narrativen und biographischen Modus zu verfallen.

Gerade Erfahrungen der gelungenen Perspektivenübernahme, des Verstehens und Verstandenwerdens wären für diese Familien jedoch von immenser Bedeutung, weshalb der Therapeut keinesfalls auf diese wichtige Fragetechnik verzichten sollte. Ein guter Familientherapeut sollte aber den Schweregrad seiner Fragen immer dem Reflexionsniveau der Familie anpassen. Je stärker die Reflexionsdefizite der Familien ausgeprägt sind, desto aktiver muss der Therapeut sein. Mittels empathischem, aber beharrlichem Nachfragen soll er ein durch seine therapeutische Kompetenz geleitetes Entdecken der Motive und Vorstellungen der anderen Familienmitglieder ermöglichen und auch gegebenenfalls selber mögliche alternative Interpretationen anbieten. Diese strukturierenden Techniken sowie die Möglichkeit, als Therapeut in der Familientherapie direkt als Vorbild für Kommunikationsprozesse zu wirken, ermöglicht dann in der Familie »passiv« (d. h. vorerst als teilnehmender Beobachter) erste Erfahrungen mit der Übernahme der Perspektiven anderer Familienmitglieder.

### **5.8 Ambivalenz bezüglich der Tragfähigkeit des Familiensystems und der Zukunftsperspektive des Jugendlichen im momentanen Lebensumfeld**

Der von Stierlin (1980) und Schweitzer (2001) beschriebene Teufelskreis von Bindung und Ausstoßung verläuft bei »Borderlinefamilien« besonders intensiv. Dies bedeutet, dass in Krisen oder einer anderen Überforderung des Elternsubsystems auf stationäre Hilfen gedrängt wird. Bei einer Entlastung von Erziehungsaufgaben durch das stationäre Setting werden dann aber die Bindungsbedürfnisse sehr stark aktiviert. Nicht selten drängt die Familie dann bald wieder auf eine zu rasche Rückkehr in das Familiensystem oder steht der Einleitung einer suffizienten Milieuthherapie im Rahmen einer stationären Jugendhilfemaßnahme im Weg.

Natürlich können in einer solch kurzen Zeit keine entsprechenden Veränderungen im Familiensystem stattfinden, so dass die zu frühe Herausnahme aus dem stationären Setting fast zwangsläufig wieder in eine Überforderungssituation

führt. Bei weiteren Krisensituationen sind die Ausstoßungstendenzen und die Überforderung der Familie dann teilweise derart ausgeprägt, dass man große Mühe hat mit der Familie sinnvoll zu verhandeln. Nun muss oft die eigene ärztliche oder psychotherapeutische Verantwortung zum Thema gemacht werden, um den Eltern klar zu machen können, wie lange die Behandlung ambulant noch tragbar bzw. eine Rehospitalisierung vermeidbar ist.

Hier entwickelt sich die Paradoxie, dass es miteinander und ohne einander nicht geht. Die jugendlichen Patienten geraten in einen massiven Loyalitätskonflikt, da sie einerseits spüren, wie sehr sie ihre Eltern benötigen und mit ihnen emotional verbunden sind. Andererseits bemerken sie aber auch, dass ihre Eltern mit ihren Symptomen überfordert sind und ihnen häufig nicht die notwendige soziale und emotionale Unterstützung und die unabdingbare Alltagsstruktur geben können.

Borderlinepatienten übernehmen häufig ganz zentrale Funktionen in ihrem Familiensystem und können dieses daher oft nur schwer verlassen, obwohl sie teilweise sehr unter den pathologischen Interaktionsmustern leiden. Häufig leben sie entweder lange in einer für ihr Alter untypisch engen Beziehung mit ihrer Familie oder sie brechen diese Beziehung früh endgültig ab. Daher sind bereits Ansätze einer bezogenen Individuation mit stabilen Elternrepräsentationen in einer funktionalen und für die Entwicklung von zentralen Persönlichkeitsanteilen nötigen Weise (wie ein stabiler Selbstwert, Beziehungsfähigkeit) nur schwer möglich. Besonders schwer für alle an der Arbeit mit einer Familie beteiligten professionellen Helfer ist, dass Eltern von Borderlinepatienten nur selten eine eindeutige, gut reflektierte Position bezüglich der zukünftigen Familiensituation einnehmen können, zum Beispiel wenn über die Einleitung einer stationären Jugendhilfemaßnahme diskutiert wird. Die Familie gibt ihre eigene innere quälende Ambivalenz somit unbeabsichtigt häufig an das therapeutische System ab, wo dann in der Regel das Gefühl aufkommt, diese Dinge für die Familie entscheiden zu können. Diese therapeutische Falle muss erkannt werden und der Entscheidungsprozess muss mit dem Jugendlichen und der Familie mit allem Für und Wider diskutiert werden. Dabei ist es wichtig, dass die Familie sowohl die Pro- als auch die Kontra-Argumente mit etwas therapeutischer Unterstützung selbst entwickeln kann. Aber die endgültige Entscheidung muss eindeutig immer von der Familie selbst getroffen und die Ressourcen und die emotionale Bedeutung der Eltern für ihr Kind wertgeschätzt werden. Die Familien haben nur wenige Möglichkeiten, diesen Entscheidungsprozess selbst und ihre ambivalenten Gefühle und Gedanken im Familienkreis zu besprechen und benötigen hierfür einen moderierenden und strukturierten Gesprächspartner.

Wenn diese letzte Entscheidung der Familie abgenommen wird, das heißt nicht mit der notwendigen elterlichen Unterstützung erfolgt, besteht in dieser Situation häufig die Gefahr, dass es den Jugendlichen aufgrund ihrer Loyalitätsbindung zur Familie in der Folge unmöglich wird, eine eigene innere Entscheidungen ohne starke Gefühle von Schuld und Scham zu treffen. Die Jugendlichen verhalten sich



dann unbewusst loyal zu ihren Eltern und stemmen sich gegen die Einleitung einer Jugendhilfemaßnahme und müssen diese durch ein heftiges Aufflackern der Symptomatik (z.B. Selbstverletzungen und Suiziddrohungen) scheitern lassen (vgl. Conen, 2007).

## **5.9 Dissoziationsneigung während Familiensitzungen**

Menschen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung reagieren auf jegliche Art von Stress sehr schnell mit Dissoziation. Ein emotionaler Austausch mit Eltern, insbesondere das Einbringen eigener Standpunkte oder das Aufflackern von Familienkonflikten im Rahmen von Familientherapiesitzungen, setzt jugendliche Borderlinepatienten meistens sehr unter Stress, so dass man eigentlich immer mit dissoziativen Zuständen im Rahmen von Familiengesprächen rechnen muss.

Die zentralen Probleme in Zusammenhang mit der gestörten Emotionsregulation und den invalidierenden Umgebungsbedingungen können dazu führen, dass Jugendliche in Familiengesprächen immer stiller werden, in ihrer Mimik und Gestik erstarren und ihre Fähigkeit verlieren, die Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt zu halten. Diese Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt zu halten und stattdessen (als »Lösungsversuch«) in einen narrativen, biographischen Modus mit Aktivierung selektiver negativer Erinnerungen zu verfallen, begünstigt, dass viele Jugendliche in Familiengesprächen unter Anspannung geraten und Eskalationsspiralen beginnen. Sie können daher in solchen inneren Zuständen viele wichtige Inhalte des Familiengesprächs nicht richtig wahrnehmen oder können sich später nicht mehr an Vereinbarungen und Absprachen erinnern (vgl. Schmid, 2008). Dies hat zwei gravierende negative Folgen:

1. Von anderen Gesprächsteilnehmern kann dies fälschlicherweise als Unzuverlässigkeit oder emotionale Unbeteiligtheit interpretiert werden.
2. Die jugendlichen Patienten selbst sind dadurch, dass sie immer wieder Teile des Gesprächs nicht mitbekommen, sehr verunsichert. Dies wiederum verhindert eine aktivere Gesprächsteilnahme auch in nicht dissoziierten Phasen und kann sowohl den Gesprächsverlauf als auch die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten nachhaltig beeinträchtigen.

## **5.10 Absolute Selbstunwirksamkeitserwartung der Jugendlichen selbst**

Viele der Jugendlichen mit Borderlinepersönlichkeitsstörung sind schwer traumatisiert und haben in ihrem Leben praktisch immer die Erfahrung gemacht, dass sie ihre Umwelt und die Interaktionen mit ihren Bezugspersonen nicht und schon gar nicht positiv beeinflussen können. Sie entwickeln aufgrund ihrer vielen negativen Vorerfahrungen und eines verletzten Selbstbildes oft sehr verzerrte Vorstellungen vom Verhalten ihrer Interaktionspartner und richten ihr Verhalten

oft an diesen verzerrten Vorstellungen aus. So verhalten sie sich zum Beispiel häufig sehr passiv und es gelingt ihnen kaum, ihre Standpunkte klar zu formulieren oder wirklich um etwas zu bitten. Sie glauben zu wissen, dass sie es ohnehin nicht wert sind, etwas zu bekommen, und ihnen niemals jemand etwas Positives geben wird (vgl. McCulloch, 2007).

Dadurch können Interaktionspartner die Bedeutung der Wünsche und Bedürfnisse nicht klar erkennen und die Interaktion verläuft für die Patienten nicht erfolgreich. Dies führt zu einer Bestätigung ihres schlechten Selbstbildes und bestätigt so dann unbewusst die bestehenden negativen Annahmen. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, ist es wichtig, neben einer Bearbeitung des negativen Selbstbildes und eines Trainings sozialer Kompetenzen, den Jugendlichen auch in der Therapie – und insbesondere in der Familientherapie – Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln. Dadurch kann ihnen gezeigt werden, dass sie die Interaktionen mit ihren Eltern erfolgreich gestalten können.

## **6 Vorschläge für die familientherapeutische Arbeit**

Aus den besprochenen familiären und störungsspezifischen Schwierigkeiten können neben den bereits empfohlenen Interventionen zusätzlich folgende Vorschläge für das familientherapeutische Vorgehen abgeleitet werden.

### **6.1 Bedeutung des äußeren Rahmens und der Struktur sowie des therapeutischen Kontraktes**

Die Strukturierung der Familiengespräche, die Definition klarer Rahmenbedingungen und die ständige Rückversicherung über die getroffenen Therapiekontrakte sind elementar. Der Familientherapeut ist für die Rahmenbedingungen und die Gestaltung des familientherapeutischen Prozesses in besonderer Weise verantwortlich. Er sollte diese Rahmenbedingungen aktiver als sonst in der Familientherapie bestimmen, aber auch darauf bedacht sein, dass die Familien zunehmend lernen, die Ausgestaltung der Rahmenbedingung in funktionaler Weise mitzugestalten. Es muss dabei aber immer auch klar sein, dass es sich um komplementäre Beziehungen handelt. Wenn die »Spielregeln« anfangs vom Therapeuten vorgegeben werden, so wird es auch einmal notwendig sein, wie ein guter »Schiedsrichter« unauffällig aufzutreten, aber bei geringen Regelverstößen präsent zu sein und diese anzusprechen.

Der Therapeut sollte bei Problemen mit der Verlässlichkeit (Compliance) einerseits die Motive der Familie auch auf Systemebene im Sinne einer dialektischen Grundhaltung validieren, aber andererseits doch klare Erwartungen und Grenzen im Hinblick auf die Gestaltung eines guten Arbeitsbündnisses aufzeigen. Erfahrungsgemäß geht dies am besten, wenn der Therapeut seine persönli-

chen Grenzen benennt und auf der Verhaltensebene klar und ohne jeden Vorwurf formuliert, welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie notwendig sind und was er in ähnlichen Situationen zukünftig von der Familie erwartet.

Insgesamt scheint es sehr wichtig zu sein, familientherapeutische Interventionen von grundlegenden Organisationsfragen der Behandlung (wie Entscheidung über Medikation, den weiteren Verbleib in der Klinik und die anschließende Platzierung) möglichst klar zu trennen. Außerdem sollten Übergänge wie zwischen Therapiephasen oder zwischen formellen und organisatorischen Fragen klar definiert und benannt werden. Eventuell kann dies auch durch eine räumliche Veränderung oder durch eine kurze Pause zusätzlich unterstützt werden.

## **6.2 Antizipation von Krisen bereits in der Kontraktphase/Verhaltens- und Systemanalyse der vorherigen erfolglosen Therapien**

Gerade in der Arbeit mit Familien und insbesondere in stationären Settings ist es sehr wichtig, sowohl Krisen zu antizipieren und gemeinsame Strategien dafür festzulegen, als auch die Familie mit in der Verantwortung für krisenhafte Zuspitzungen zu halten. Eine sehr gute Möglichkeit dazu besteht darin, vorherige, gescheiterte Therapien auch auf systemischer Ebene schon in der Kontraktphase gemeinsam zu analysieren und eine Vereinbarung darüber zu treffen, wie eine ähnliche Situation künftig vermieden werden kann (vgl. Bohus, 2002). Schon zu Beginn der Therapie sollten für die schwierigsten Situationen klare Notfallpläne erarbeitet werden. Es ist auch sinnvoll, vor der ersten Krise mit der Familie zu besprechen, wie der Therapeut in Krisen erreichbar ist und in dieser Situation entsprechende Absprachen getroffen werden könnten.

## **6.3 Unbedingte Wertschätzung und Blick auf die Mehrgenerationenperspektive**

Unbedingte Wertschätzung der Eltern ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Familientherapie. Dies fällt gerade bei diesem Störungsbild besonders schwer, da es doch oft ein Leichtes wäre, den Lebensweg der Jugendlichen als ein einziges Aneinanderreihen von Vernachlässigung, Traumatisierungen und Zuschauern zu beschreiben. Aus diesem Grund hilft gerade bei diesen Familien die Einnahme einer Mehrgenerationenperspektive, die Eltern aus einem anderen Blickwinkel wahrnehmen, besser verstehen und leichter wertschätzen zu können.

Gerade für die Jugendlichen kann die Einführung einer Mehrgenerationenperspektive die Interpretation des Verhaltens ihrer Eltern grundlegend verändern. Das Elternverhalten wird in einen völlig anderen Kontext gestellt, was ein Reframing erleichtert. Ihre Eltern haben vieles, was sie jetzt ungeschickt lösen, in ihren eigenen Ursprungsfamilien nicht erlernen können. Sie wollten alles anders machen und haben nun keine Strategien, da sie als Eltern in ihrer Jugend ähnliche

Erfahrungen mit ihren Eltern gemacht haben und in ihrer eigenen Lebensgeschichte verhaftet bleiben. Sie wiederholen somit häufig unbewusst Familieninteraktionen, die die Eltern aus ihren Ursprungsfamilien kennen. Die Einnahme einer Mehrgenerationenperspektive erfordert natürlich einen besonders guten, tragenden Therapiekontrakt, in dem sich auch die Eltern sicher und verstanden fühlen. Bei einer guten Mitarbeit des gesamten Familiensystems kann ein Mehrgenerationenansatz durch die Erarbeitung eines Genogramms oder eine stützende, ressourcenorientierte Skulpturarbeit unterstützt und intensiviert werden. Emotionsfördernde, regressive Interventionen sollten aber nur mit größter Vorsicht und mit einem entsprechenden Therapiekontrakt eingesetzt werden.

#### **6.4 Etablierung von Systemgrenzen und Psychoedukation**

Die Etablierung von Systemgrenzen und die Sensibilisierung der Familie für Systemgrenzen ist eine weitere wichtige Aufgabe der Therapie. Durch das Einführen dieses äußeren Therapierahmens soll auch klar definiert werden, wer zur Familie gehört. Durch zirkuläres Fragen kann auch erarbeitet werden, welche Informationen ins Familiensystem gehören und nicht nach außen gelangen sollten. Dabei ist es wichtig eine zukunftsorientierte Perspektive strikt einzuhalten (wie z. B. durch die Frage: »Was könnte es für einen Unterschied machen, ob Sie als Mutter allein, Ihre Tochter allein oder Sie gemeinsam mit Ihrer Tochter die Lehrerin über den Rückfall Ihrer Tochter informieren?«) und sich nicht in der Vergangenheit zu verlieren. Mit Interventionen aus der strukturellen oder strategischen Familientherapie kann die Elternebene wirkungsvoll gestärkt werden. Teilweise ist es auch wichtig, Jugendliche aus der Verantwortung für ihre Eltern zu entlassen, indem Probleme auf Erwachsenenenebene gelöst werden oder Hilffsysteme für die Eltern etabliert werden.

Eltern brauchen außerdem oft auch ganz konkrete Informationen und eine ausführliche Psychoedukation über die Symptomatik und über normales und pathologisches Verhalten von Jugendlichen. Die Eltern müssen häufig wieder eine größere Sicherheit im Umgang mit ihren jugendlichen Kindern erlernen und einen Weg finden, wieder positive Interaktionen und Erlebnisse mit ihren Jugendlichen zu generieren und diese dann auch als solche wahrzunehmen. Für den Umgang mit Problemverhalten sollten mehrere verschiedene Handlungsalternativen entwickelt werden, da es für jedes Problem mehr als eine Lösung gibt. Auch auf den ersten Blick unsinnige Lösungen zeigen immerhin eine größere Bandbreite der Reaktionsmöglichkeiten auf und sind schon allein dadurch eine Entlastung.

## **6.5 Einzeltherapeutische Vorbereitung der Familiengespräche – Therapeuten als Modell für erfolgreichere und selbstwirksame Kommunikation mit den Eltern**

Therapeuten haben das Potential, in Familiengesprächen ein Modell für erfolgreichere Kommunikation mit den Eltern für den Jugendlichen direkt erfahrbar zu machen. Dazu scheint es für uns jedoch besonders sinnvoll zu sein, mit dem/der Jugendlichen die Familiengespräche in der Einzeltherapie vorzubereiten und bekannte dysfunktionale Muster zu antizipieren, um ihnen damit durch Berechenbarkeit die »Schärfe« zu nehmen. Dabei kann der Einzeltherapeut mit den Jugendlichen in einer vorbereitenden Einzelsitzung eine Vereinbarung treffen, die ihnen dann die Erfahrung ermöglicht, in den Gesprächen mit den Eltern in berechenbarer Weise und dadurch mit weniger Angst und Sorge, Unterstützung erfahren zu können. Außerdem können sie im Idealfall erleben, dass es dem Therapeuten gelingt, die Interaktion der Familienmitglieder so zu antizipieren und zu beeinflussen, dass die Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit verdeutlicht werden kann. Dies soll es den Jugendlichen schrittweise ermöglichen, ebenfalls das Verhalten der Eltern für sich berechenbar zu machen und somit letztlich auch beeinflussen zu können. Bestimmte irrationale Einstellungen der Jugendlichen ihren Eltern gegenüber sind oft derart stark internalisiert, dass sie als unveränderbare Wahrheit angesehen werden, obwohl sie nie einer echten Prüfung unterzogen wurden. In der Vorbereitung von Familiengesprächen sollten solche Einstellungen durch einen sokratischen Dialog hinterfragt und eine zu prüfende Hypothese aufgestellt werden. Dabei sollte man dem Schwarz-Weiß-Denken der Jugendlichen entgegenwirken und unterschiedliche Schweregrade für die zu testende Hypothese formulieren (z. B. über Skalierungsfragen oder konkrete Beispiele). So ließe sich etwa die Hypothese »Mein Vater versteht mich nie« auch auf einer Skala von 1 bis 10 abbilden und etwa so umformulieren »Wie sind die Veränderungen, wie hast du es geschafft, dass er dich etwas besser versteht? Woran würdest du merken, dass er dich etwas besser versteht?« Dabei ist es möglich und sinnvoll, diese Gespräche in der Einzeltherapie vor- und nachzubereiten. Im günstigsten Fall kann man dies auch im Rahmen eines Familiengesprächs mit einer Multiproblemfamilie bearbeiten. Hierfür benötigt man aber einen guten und tragfähigen familientherapeutischen Kontrakt mit allen Familienmitgliedern.

Die Jugendlichen bekommen somit im Einzelnen durch den Therapeuten ein Modell, wie Gespräche eröffnet werden können, welches Tempo man mit den Eltern einschlagen muss, wie ein Perspektivenwechsel eher erreicht werden kann und wie man auch Elternverhalten wertschätzen und gegebenenfalls sogar modifizieren kann. Im Idealfall erleben sie den Einzeltherapeuten als eine Unterstützung im Sinne eines »Hilfs-Ich«, das ihnen einerseits in der Einzeltherapie zur Seite steht, um Interaktionen mit den Eltern, z. B. in Rollenspielen, vorzubereiten

und andererseits im Familiengespräch als eine unterstützende Funktion und »Hilfs-Ich« aktiv auftreten kann.

## **6.6 Allgemeine Vermittlung von kommunikativen und sozialen Fertigkeiten – durch verhaltenstherapeutische Ansätze**

Das Erlernen und strukturierte Einüben gewisser grundlegender Fertigkeiten der emotional validierenden Interaktion innerhalb der Familientherapie erscheint uns nicht nur eine besondere Stärke dieser Therapieform, sondern eben ein wesentliches Element im Rahmen eines umfassenden Behandlungsplanes zu sein. So wird allen Familienmitgliedern die Möglichkeit eröffnet, Fertigkeiten entwickeln zu können, die sie dazu befähigen, sich gegenseitig zu besser unterstützen und emotional zu validieren. Dabei erscheint es weiter wichtig, Dissoziationsphänomene im Familiengespräch zu erkennen und nach Möglichkeit zu unterbinden, indem man den Jugendlichen zurück in das Gespräch holt. Wird zudem noch im Gespräch auf regelmässige Einbindung geachtet und auch die Strukturen insgesamt so gestaltet, dass Konflikte für alle Beteiligten als möglichst berechenbar und dosiert wahrgenommen werden können, erreicht man, dass vor allem auch die jugendlichen Patienten möglichst wenig unter Druck geraten.

Was müssen Jugendliche und ihre Familien an (Kommunikations-)Fertigkeiten lernen? In der DBT-A nach Miller et al. (2007) werden die Eltern systematisch in das Fertigkeitentraining ihrer Kinder miteinbezogen. Die Eltern und andere Bezugspersonen müssen somit dieselben Fertigkeiten erlernen wie ihre Kinder: Fähigkeiten der Emotionswahrnehmung und -regulation, Selbstwahrnehmung, Stresstoleranz und Fähigkeiten, mit höchstem Stress umzugehen, Besserung der interpersonellen Fertigkeiten und das Erlernen von Achtsamkeit. Zu jedem Modul werden theoretische Einführungen, praktische Übungen und Hausaufgaben sowie natürlich ein Austausch über diese Techniken in der Gruppe mit Jugendlichen und Eltern angeleitet und durchgeführt.

Im Rahmen der familienzentrierten DBT-A-Ansätze wird die Zuständigkeit der Therapeuten aber eindeutig festgelegt. Die Eltern und Angehörigen haben keinen direkten Zugang zum Einzeltherapeuten der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Bei Schwierigkeiten und akuten Krisen auf Elternebene haben die Eltern ebenso wie die Kinder einen anderen Therapeuten (in der Regel der Gruppentherapeut) an den sie sich telefonisch wenden können. Ein Modul des Fertigkeitentrainings zielt speziell auf die Situation von Eltern und Adoleszenten bei der Lösung typischer Alltagskonflikte ab und vermittelt sehr strukturiert einen Weg zur Kompromissfindung. Im Modul »Walking the middle path« werden Eltern und Jugendlichen einerseits spezifische Kommunikationsweisen vermittelt und andererseits das Finden eines »goldenen Mittelweges« als ehernes Prinzip eingeführt. Voraussetzung für einen Kompromiss zwischen zu extremen Sichtweisen ist es, Argumente für die jeweils andere Position nachzuvollziehen

und diese emotional validieren zu können. Zur Verdeutlichung werden in der DBT-A drei spezifische, dialektische Dilemmata postuliert:

1. das Dilemma zwischen zu streng und zu nachgiebig,
2. die Balance zwischen Pathologisierung von normalem Verhalten und Normalisierung von pathologischem Verhalten und
3. ganz allgemein das Dilemma zwischen Autonomieförderung und Abhängigkeit von den Eltern. Diese Prinzipien können, wenn sie einmal eingeführt wurden, von den Eltern selbstverständlich leicht auch auf andere Erziehungskonflikte übertragen werden.

Ein sehr häufiges Dilemma in Borderline-Familien ist jenes zwischen »Normalisierung« und »Pathologisierung« des Verhaltens der Jugendlichen, also etwa der Nichtbeachtung eines hoch destruktiven Verhaltens oder die überbesorgte und zu rigide Reaktion gegenüber relativ normalem Verhalten von Teenagern.

Grundsätzlich geht es hierbei darum, die Balance zwischen einem zu restriktiven oder zu lockeren Erziehungsstil zu finden und klare Position gegenüber dem Problemverhalten der Jugendlichen zu beziehen. Die Eltern und Jugendlichen sollen in ihren Aushandlungsprozessen unterstützt werden. Im Rahmen dieser Prozesse sollen die Argumente von beiden Seiten wertgeschätzt werden. Ziel ist es, einen von allen Seiten akzeptierten Kompromiss zu finden. Zudem soll ein sozialer Problemlösungsprozess mit mehreren Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die betroffenen Jugendlichen und ihre Eltern haben oft ein sehr gering ausgeprägtes Verhandlungsgeschick und benötigen Unterstützung, um anhand von Beispielen gemeinsam Argumente, sowohl für die Sicht der Eltern als auch für die Sicht der Jugendlichen, zu finden und somit alte, erstarrte Standpunkte gemeinsam zu hinterfragen. Wenn dies im Rahmen eines therapeutischen Prozesses zunehmend gelingt, verliert oft auch die Symptomatik an Dynamik und Schrecken.

Außerdem ist es in der Arbeit mit Adoleszenten grundsätzlich wichtig, eine gute Mischung zwischen der Förderung von Autonomiestreben und der Akzeptanz des Bedürfnisses nach Geborgenheit und Abhängigkeit zu finden. Hier kann der Therapeut das Entwicklungsalter nutzen und eine Phase der Neudefinition der Elternbeziehungen zu einem jungen Erwachsenen anregen und mit der Familie gemeinsam besprechen, wie sich dieser verändert hat und in Zukunft weiterentwickeln kann.

Im Rahmen der dialektischen Kommunikation sollten folgende Punkte beachtet werden (vgl. Miller et al., 2007; Fruzzetti, 2007):

1. Kein Entweder-oder-Denken, sondern beide Seiten haben Recht.
2. Das Fünkchen Wahrheit von jeder Position des Anderen finden und wertschätzen.
3. Niemand hat die Wahrheit mit Löffel gefressen, man sollte offen für Alternativen sein.
4. Ich-Botschaften verwenden.

5. Keine Verallgemeinerungen (immer, nie, ständig), im Hier und Jetzt bleiben.
6. Die Akzeptanz, dass des Anderen Meinung richtig sein könnte, auch wenn diese nicht geteilt oder unterstützt wird.
7. Nicht davon ausgehen, dass man die Gedanken des Anderen lesen kann, sondern nachfragen, was der Andere meinen könnte («Was meinst du genau damit, kannst du mir das genauer erklären?«).
8. Nicht erwarten, dass der Andere meine Gedanken und Bedürfnisse lesen kann. Was ich sagen will und meine dahinter stehenden Bedürfnisse sollten auch benannt werden.

Alan Fruzzetti und seine Mitarbeiter haben ein eigenes Therapiemanual für Familien entwickelt. Dieses besteht aus folgenden Elementen (Bestandteile eines Interventionsprogramms für Bezugspersonen nach Hoffman et al., 2007):

1. Psychoedukation (Symptomatik, biosoziale Theorie, therapeutische Grundhaltung);
2. Psychoedukation (Forschung, Behandlung, Dialektisches Prinzip);
3. individuelles DBT-Fertigkeitentraining: Achtsamkeit, Emotionsregulation, Stresstoleranz, soziale Kompetenzen;
4. allgemeines Training der kommunikativen Fertigkeiten;
5. spezifisches Training der Kommunikation mit Borderlinepatienten (Validierung) und
6. Training im sozialen Problemlösen.

## **6.7 Nutzen der Spaltung von Personen**

Eine gezielte Vorbereitung und Strukturierung von Familiengesprächen scheint auch aus anderen Gründen sehr wichtig zu sein. Besonders hilfreich und effektiv ist es, die Aufgaben in einem Familiengespräch aufzuteilen, um den Abwehrmechanismus der Spaltung für den therapeutischen Prozess nutzen zu können. Im Idealfall sollte der Einzeltherapeut am Familiengespräch teilnehmen und mit der Aufgabe bedacht werden, den Jugendlichen im Familiengespräch spezifisch zu unterstützen. Dadurch wird es den Therapeuten im Sinne eines modifizierten Reflecting-Team-Ansatzes (Andersen, 1996) auch ermöglicht, die Rollen aufzuteilen und sich in ihren Rollen auszutauschen. Die Therapeuten können somit verschiedene Positionen einnehmen und ihre konträren Argumente offener austauschen und gemeinsam einen Kompromiss entwickeln. Durch die abgesprochene Aufteilung der bedrohlichen Argumente auf einen der zwei Therapeuten kann ein Therapeut in der positiven Übertragung des Patienten verbleiben und es können trotzdem alle Argumente und Szenarien durchgespielt werden. Über die Technik des Reflecting-Team-Gesprächs kann ein Konsens gebildet werden. Dieses Vorgehen ist für Patienten viel weniger bedrohlich, als wenn ein einzelner Therapeut beide Positionen gegeneinander abwägen würde.



Gerade auch bei schwierigen Gesprächen, bei denen es um die Reaktion auf Regelübertretung oder den Umgang mit (Para-)Suizidalität geht, hat sich eine Aufteilung, ähnlich wie bei den Darstellungen von Verhören in Kriminalfilmen, in einen guten, unterstützenden Therapeuten und einen bösen, konfrontierenden, auf Einhaltung der Regeln bedachten Therapeuten sehr bewährt. So kann der Einzeltherapeut sein Beziehungsangebot aufrechterhalten. Wenn er beide Positionen miteinander verbinden müsste, bestünde die Gefahr, dass der betroffene Jugendliche die Ambivalenz nicht aushalten kann, seine positive Übertragung auf den Therapeuten verliert und sich im Stich gelassen fühlt. Die aus seiner Entwicklung nachvollziehbaren existenziellen Ängste vor dem Verlassenwerden durch seine Bezugsperson (seinen Therapeuten) und die daraus resultierenden Spaltungsphänomene können somit deutlich abgemindert werden. Durch die beiden Extrempositionen ist es leichter, Kompromisse zu finden und die Position des Jugendlichen wird dadurch deutlicher vertreten, was gerade nach Regelübertretungen in stationären Settings und bei Ausstossungstendenzen im Behandlungsteam notwendig erscheint. Der Patient erfährt somit einerseits, dass er eine verlässliche Person hat, die sich für ihn einsetzt, andererseits bemerkt er auch, wie diese stellvertretend für ihn die Argumente des Anderen reflektiert. Die daraus entstehende Ambivalenz kann so ausgehalten werden und ein Kompromiss mit verschiedenen Lösungsmöglichkeiten und entsprechenden Partizipationsmöglichkeiten für den Jugendlichen kann ausgehandelt werden. Durch diese Intervention können die verschiedenen Argumente auch eher vom Jugendlichen selbst reflektiert werden.

### **6.8 Wider dem »Schwarz-Weiß-Denken« durch die Verwendung von Skalierungsfragen**

Jugendliche mit Borderlinepersönlichkeitsstörung und ihre Familien neigen dazu, viele Ereignisse und insbesondere menschliche Beziehungen in »nur gut« oder »nur schlecht« einzuteilen. Auch einzelne Familienmitglieder werden oft immer wieder dämonisiert, ausgestoßen oder geschnitten. Insbesondere Vorbehandlungen werden oft pauschal abwertend abgehandelt, etwa dass diese alle nichts gebracht hätten. Es ist daher sinnvoll, die Wahrnehmung für feine Unterschiede in zwischenmenschlichen Beziehungen zu sensibilisieren. Besonders geeignet dafür sind Skalierungsfragen (wie etwa »Selbstverständlich ist die Beziehung zwischen Ihnen als Eltern und Ihrer Tochter etwas ganz Besonderes, dennoch gibt es in der Wahrnehmung der Qualität von Beziehungen immer Schwankungen und Unterschiede zwischen den beteiligten Personen. Wie würden Sie momentan die Qualität Ihrer Beziehung zu Ihrer Tochter auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen?«). Auch die Technik des zirkulären Fragens kann hier genützt werden (»Wie würden Sie als Vater die Qualität der Beziehung Ihrer Frau zu Ihrer Tochter auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen? Was müsste passieren, um ...?«).

## **6.9 Dissoziation beachten, Interventionen konservieren**

In dissoziierten Zuständen können die Jugendlichen selbst von den besten Familiengesprächen nicht profitieren, da sie die Informationen nicht aufnehmen und schon gar nicht bewusst verarbeiten können. Dies bedeutet, dass Familientherapeuten den Beginn einer dissoziativen Symptomatik bereits im Ansatz erkennen und möglichst unterbinden sollten. Dies kann durch Aktivierung gelingen; dazu gehören Techniken wie Abklatschen des Körpers, Ansprechen und Beschreiben der Umwelt. Eine andere nützliche Strategie ist es, Familiengespräche auf Video aufzuzeichnen, so dass diese später noch einmal angeschaut werden und die oft seltenen positiven Aussagen der Eltern für die Jugendlichen noch einmal erlebbar gemacht werden können. Zusätzlich können wichtige Absprachen in der Familientherapie immer auch schriftlich festgehalten werden. Wie bereits dargestellt, empfiehlt es sich, Familiengespräche einzeltherapeutisch vorzubereiten. Dadurch sollte Sicherheit vermittelt und Strategien besprochen werden, wie man mit Dissoziation im Familiengespräch umgehen kann. Sollen wichtige Stellungnahmen in der Familientherapie vorgetragen werden, können diese eventuell auch vorher besprochen und gegebenenfalls auch im Rollenspiel eingeübt werden. Das Schreiben von therapeutischen Briefen zwischen Eltern und Jugendlichen kann ebenfalls ein hervorragendes Mittel sein, wichtige Informationen zu konservieren und nachhaltig erlebbar zu machen.

## **7 Schlussfolgerungen**

Eine gute und erfolgreiche Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung bedarf einer fundierten Familienarbeit. Es scheint unabdingbar, in eine multimodale Behandlungsstrategie familienzentrierte Interaktionen mit einzubeziehen und möglichst früh im Behandlungsverlauf einen familientherapeutischen Behandlungskontrakt abzuschließen und dabei auch Ziele für eine Verbesserung der Familieninteraktionen zu definieren. Es wäre naiv zu denken, dass alle Familien mit familientherapeutischen Interventionen erreicht werden können, was aber nicht heißen darf, dass man sich dieser Herausforderung nicht stellt und keine strukturierten Therapieangebote für diese Zielgruppe entwickelt. Gerade emotional stark deprivierte Familien können von einer Förderung der Unterstützung des emotionalen Austausches und der Förderung der gegenseitigen Perspektivenübernahme durch eine Familientherapie sehr profitieren. Für die strukturierte Vermittlung solcher Techniken scheinen sich integrative Therapiemodelle, die familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden miteinander kombinieren, besonders zu eignen.

Es gibt erste eindruckliche, empirische Nachweise, dass bei Borderlinepersönlichkeitsstörungen eine emotionale Beteiligung und Schulung der Eltern den Therapieerfolg sehr positiv beeinflussen kann, was gerade bei jüngeren Patienten

eine klare Indikation für familientherapeutische Interventionen ist. Ausserdem kann vermutlich die hohe Therapierabbruchrate bei Jugendlichen mit diesem Störungsbild durch einen Einbezug der Familie und des sozialen Umfeldes eingedämmt werden.

Sicherlich bedarf es bei derart schweren psychischen Störungen auch einer einzeltherapeutischen Begleitung der Jugendlichen, am besten mit einem empirisch gut bewährten Therapieverfahren wie der Dialektisch Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) oder der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP-A). Im Jugendalter konnte jedoch bisher nur für die DBT-A eine Wirksamkeit nachgewiesen werden und dies bisher auch nur in Studien, die nicht die Kriterien eines randomisierten kontrollierten Forschungsdesigns erfüllten. Außerdem sollten bei schwer beeinträchtigten Jugendlichen auch psychopharmakologische Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden (Überblick bei Libal et al., 2007). Gerade das Zusammenspiel von familientherapeutischen Interventionen und Einzeltherapie mit Kindern und Jugendlichen sollte in Zukunft viel intensiver erforscht werden, da dieses die Behandlungsrealität in den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken abbildet.

Es bewährt sich, Einzel- und Familientherapie gut aufeinander abzustimmen und Familiensitzungen gut vorzubereiten und dennoch strukturell klar zu trennen. Es ist sinnvoll, wenn die Familiensitzungen nicht vom Einzeltherapeuten geleitet werden, was aber aufgrund der oft limitierten Ressourcen nicht immer realisiert werden kann. Außerdem erleichtert eine Arbeit im Team die Aufrechterhaltung der eigenen Psychohygiene, was bei einer derart intensiven, schwierigen Arbeit einen nicht zu unterschätzenden Faktor darstellt.

## Literatur

- Alexander, J. F., Barton, C. (1983). *Functional Family Therapy manual*. Salt Lake City: Western States Family Institute.
- Andersen, T. (1996). *Das reflektierende Team – Dialoge über Dialoge*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., Duggan, C. (2007). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1), CD005652.
- Bohus, M. (2002). *Borderlinestörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cierpka, M., Reich, G. (2000). *Familientherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In O. F. Kernberg, R. Sachsse, B. Dulz (Eds.), *Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (pp. 613–623). Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personal Disorders*, 21 (5), 474–499.
- Conen, M. L. (2007). *Schwer zu erreichende Eltern. Ein systemischer Ansatz zur el-*

- ternarbeit in der Heimerziehung. In H. G. Homfeldt, J. Schulze-Krüdener, Elternarbeit in der Heimerziehung (pp. 61–78). Basel: Reinhardt Verlag.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock, H. Weiss (Eds.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (pp. 333–351). Stuttgart: Schattauer.
- Ebbecke-Nohlen, A. (2000). Zur Organisation von Ambivalenz der systemische Ansatz in der Borderline-Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 36–45.
- Ebner-Priemer, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39 (1), 85–92.
- Ebner-Priemer, U. W., Welch, S. S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M. M., Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 150 (3), 265–275.
- Everett, C., Halperin, S., Volgy, S., Wissler, A. (1989). *Treating the Borderline Family*. Northvale New Jersey: Allyn and Bacon.
- Feldman, R. B., Guttman, H. A. (1984). Families of borderline patients: Literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 141 (11), 1392–1396.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (10), 1355–1364.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (10), 1365–1374.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Schulz, E. (2008). Behandlung von suizidalen und selbstverletzenden Symptomen bei Jugendlichen mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A). In R. Brunner, F. Resch (Eds.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 149–165). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Schulz, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung. Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A). *Kindheit und Entwicklung*, 14 (2), 112–127.
- Foelsch, P. A., Odom, A. E., Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Kernberg, O. F. (2008). Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion. Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Persönlichkeitsstörungen*, 12 (3).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, G. L., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In L. A. Dimeff, K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in*

- Clinical Practice. Applications across disorders and settings (pp. 222–244). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17 (4), 1007–1030.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (6), 649–658.
- Glick, I. D., Dulit, R. A., Wachter, E., Clarkin, J. F. (1995). The family, family therapy, and borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4 (3), 237–246.
- Haley, J. (1985). *Direktive Familientherapie: Strategien für die Lösung von Problemen* (3rd ed.). München: Pfeiffer.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behaviour in children and adolescents*. London: Guilford.
- Herpertz, S. C. (2006). Störungen von Affektivität und Impulskontrolle bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In A. Rimmel, O. F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauss (Eds.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (pp. 144–153). Stuttgart: Schattauer.
- Heekerens, H. P. (2002). Die funktionale Familientherapie. In S.K.D. Sulz, H. P. Heekerens (Hrsg.), *Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendungen kognitiv behavioraler Familientherapie* (S. 159–185). München: CIP-Medien.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9 (1), 68–73.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16 (1), 69–82.
- Hooley, J. M., Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1557–1562.
- Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (2), 183–190.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 66 (12), 545–552.
- Johnson, J. G., Chen, H., Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 923–932.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56 (7), 600–606.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63 (5), 579–587.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58 (5), 453–460.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., Oldham, J. M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (1), 16–23.
- Kernberg, O. F. (1996). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, P. F., Weiner, A., Bardenstein, K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krischer, M. K., Stippel, A., Sevecke, K. (2007). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter Forschungsstand und Praxis in Diagnostik und Psychotherapie. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 11, 187–195.
- Libal, G., Plener, P. (2007). Pharmakotherapie selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter. In R. Brunner, F. Resch (Eds.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 165–195). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), 757–766.
- Livesley, W. J., Jang, K. L. (2008). The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 247–274.
- Mangold, B., Seidl, E. (1974). Der Suizidversuch als kinderpsychiatrischer Notfall. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 23, 233–240.
- McCulloch, J. P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Therapiemanual*. München: CIP-Medien.
- Miller, A. L., Glinski, J., Woodberry, K. A., Mitchell, A. G., Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 568–584.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter Mazza, E. T., Goldklang, A. R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. In L. A. Dimeff, K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings* (pp. 245–263). New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. (1967). *Families in the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. (1997). *Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis der strukturellen Familientherapie* (10th ed.). Freiburg: Lambertus.
- Paris, J. (2000). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O. Kern-

- berg, B. Dulz, U. Sachsse (Eds.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (pp. 159–166). Stuttgart: Schattauer.
- Pears, K. C., Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25(11), 1439–1461.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32 (2), 146–157.
- Reich, G. (2003). Familien- und Paarbeziehungen bei Persönlichkeitsstörungen – Aspekte der Dynamik und Therapie. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 7, 72–83.
- Robbins, M., Horigian, V. E., Szabocznik, J. (2008). Brief Strategic Family Therapy. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(5), 381–400.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17 (1), 121–133.
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., Mitrani, V. B. (2003). Integrative Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40 (4), 251–264.
- Scheirs, J. G., Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 53 (3), 195–203.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext – Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner, F. Resch (Eds.), *Borderline-Störung und Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 195–229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkowic, K., Fegert, J. M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. *Kontext*, 38 (4), 333–357.
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 2 (4), 288–309.
- Schmid, M., Schmeck, K. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6 ed., S. 495–512). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M., Schmeck, K., Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17 (3), 190–202.
- Schweitzer, J. (2001). Ein Multi-System-Ansatz bei dissozialem, delinquentem und straffälligem Verhalten Jugendlicher. In W. Rotthaus (Ed.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Sells, S. P. (1998). *Treating the Tough Adolescent. A family-based Step by Step guide*. New York: Guilford Press.
- Shields, A., Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The

- development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33 (6), 906–916.
- Shields, A., Ryan, R. M., Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, 37 (3), 321–337.
- Stierlin, H. (1980). *Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sydow, K. von, Behr, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der systemischen Therapie*. Göttingen. Hogrefe.
- Szabocznik, J., Williams, R. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty Five Years of interplay among theory, research and practice in adolescent behaviour problems and drug abuse. *Clinical Child and family psychology review*, 3 (2), 117–134.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58 (6), 590–596.
- Zanarini, M. C. (1990). Psychiatric disorders in the families of borderline outpatients. In P. S. Links (Ed.), *Progress in psychiatry series*. Washington: American Psychiatric Association.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1101–1106.

**Korrespondenzadresse:** Dr. Marc Schmid, Dipl.-Psych., Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel, Schaffhauserrheinweg 55, CH-4058 Basel; E-Mail: Marc.Schmid@upkbs.ch, Internet: www.upkbs.ch