

20.06.2019

## Therapie psychisch belasteter Jugendlicher: Warum trotzdem die Eltern einbeziehen und wie?



Dr. med. Jürg Liechti  
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie

[www.zsb-bern.ch](http://www.zsb-bern.ch), [info@zsb-bern.ch](mailto:info@zsb-bern.ch)

## Subtile Beziehungen

**Otto Kernberg**  
(\*1928 in Wien)



Man findet psychische Störungen in den besten Häusern und organisiertesten Familien ohne jedes Trauma. Es gibt da sehr subtile Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, die im Allgemeinen sehr schwer zu erkennen sind.

## Themenklärung (1)

„Familie“ ist nicht Ursache von psychischen Krankheiten.

Die so genannte ‚Spezifitätshypothese‘ im Sinne eines kausalen Zusammenhangs zwischen spezifischen Familieninteraktionen und einer psychosomatischen Erkrankung gilt als widerlegt (keine empirische Evidenz).

Begriffe wie die „schizophrene Familie“ – „depressive“, „anorektische“, „psychotische“ Familie – im Sinne eines kausalen Modells sind obsolet (sie sind ein Mythos).

## Themenklärung (2)

Beim Einbezug der Angehörigen geht es nicht um die Therapie der Familie. Eigentlich geht es überhaupt nicht um „Familie“ als soziale Institution.

Das zentrale Anliegen ist die Ressourcenaktivierung mit dem Ziel, Leid zu lindern und eine psychische Störung zu verbessern. Es geht um die prozedurale Aktivierung von Beziehungs- und Bindungsressourcen. Und es geht auch um eine Beziehungsethik.

Prozedurale Ressourcenaktivierung ist einer der wichtigsten Wirkfaktoren der Psychotherapie.

## Beziehungsressourcen



**Helm Stierlin**  
(\*1926 in Mannheim)

Wo aber wären (...) diese Ressourcen zu suchen...? Nun, sie sind, wie ich meine, vor allem in dem zu suchen, was in der familientherapeutischen und Forschungsliteratur als tiefe Bindung, unsichtbare Loyalitäten und Delegationen beschrieben wurde.

## Drei typische Einstiegsszenarien (Sie kennen das...)

1. Eltern (stets mitgedacht: alleinerziehende Elternteile, eine Mutter, ein Vater) rufen an oder kommen in die Sprechstunde und erzählen, dass eine Tochter oder ein Sohn ein besorgniserregendes Verhalten zeige, sich aber weigere, therapeutische Hilfe anzunehmen.
2. Die/der Jugendliche wird von ihren Eltern (Hausärztin, Jugendgericht etc.) in die Therapie „geschickt“ und erscheint „mehr oder weniger“ motiviert.
3. Eltern bringen ihr Sorgenkind in die Praxis und erwarten nun, dass die Fachperson „den Fall“ übernimmt...



### Fakten zur Psychotherapie im Jugendalter (1)

- 50 bis 75% der dissozialen Jugendlichen verweigern eine Therapie oder steigen aus (Kazdin 1990)
- Bei der Anorexia nervosa suchen nur ca. 20% von sich aus Hilfe auf, d.h. 80 von 100 Pat wünschen keine Therapie, obwohl die Krankheit tödlich enden kann (Hoek 2006).
- Aktuelle Zahlen praktisch unverändert:  
75 von 100 Patientinnen mit signifikanten Essstörungen nehmen keine ambulante fachspezifische Psychotherapie in Anspruch (Mühleck et al. 2018).
- Depressive Störungen bei Jugendlichen sind bei der Therapie des Asthma bronchiale, das letal ausgehen kann, ein Compliance-Risiko (Cluley u. Cochrane, 2001)

### Fakten zur Psychotherapie im Jugendalter (2)

- Unterversorgung in der Behandlung psychischer Störungen im Jugendalter (Wittchen et al. 2005).
- Viele psychische Krankheiten beginnen im Jugendalter und führen unbehandelt zu einem Anstieg der Häufigkeit komplexer und negativer Krankheitsverläufe.
- Gefordert: eine effiziente Therapie möglichst bald nach Störungsbeginn (sekundäre Prävention).
- Störungsimmanente Motivationsprobleme im Jugendalter werden unterschätzt. Das sehen wir vor allem in der Praxis, wenn sich die Eltern melden!
- Fazit: Therapie im Jugendalter ist eine Herausforderung von hoher fachlicher und gesellschaftlicher Relevanz.

### Evidenzbasierte Therapiemodelle im Jugendalter haben zwei Gemeinsamkeiten – Beispiel Anorexiebehandlung...

- zum einen greifen sie, um dieses Ziel zu erreichen bzw. die Therapieängste zu überwinden, auf die Kooperation mit den Eltern als wichtigste Ressource zurück.

- Zum andern streben sie eine Symptomverbesserung an (Normalisierung von Gewicht und Essverhalten) und

Eine Symptomorientierung und Eltern als Gatekeeper für die Therapie, diese Verknüpfung scheint sich am besten auf die Symptomverbesserung und auf die Dropout- und Rückfall-Prophylaxe auszuwirken (Sekundärprophylaxe).

(Empfehlungsgrad B, „Sollte“-Empfehlung, Herpertz et al. 2011, Zipfel et al 2015).

### Zur Bedeutung des familiären Umfeldes (n = 131)

	↓	↓
	Der Patient erlebt keinen Elternteil als unsicher, unselbstständig und entscheidungsschwach	Der Patient erlebt Vater, Mutter (oder beide) im Umgang mit ihm als unsicher, unselbstständig und entscheidungsschwach
→ Kein Elternteil fühlt sich vom Patienten abgelehnt	93%	50%
→ Ein Elternteil fühlt sich vom Patienten abgelehnt	82%	43%
→ Beide Elternteile fühlen sich vom Patienten abgelehnt	29%	0%

Tab. 10.2: Interpersonelle Wahrnehmungsmuster und Wahrscheinlichkeit für einen guten Therapieerfolg (nach Mattejat u. Remschmidt 1997).

## Verschiedene Interpretationen

### Pessimistische Interpretation:

es gibt Eltern, die sind unsicher, unselbstständig und entscheidungsschwach und infolgedessen ausserstande, ihren psychisch belasteten Kindern hilfreich zur Seite zu stehen.

### Optimistische Interpretation:

nicht ein elterliches Defizit ist für den Zusammenhang verantwortlich, sondern ein Prozess wechselseitiger Verunsicherung und Überforderung (Problemsystem).

## Unterschiedliche Perspektiven

Der pessimistische Ansatz: Defizite werden festgeschrieben, Ressourcen „externalisiert“.

Der optimistische Ansatz: Aktivierung von systemeigenen Ressourcen, das heisst, die Ressourcen werden („internalisiert“).

In den psychosozialen Fächern hat sich der Selbstheilungsansatz auf individueller Ebene durchgesetzt. Erstaunlicherweise aber nicht wirklich auf Beziehungs- und Bindungsebene.

## Problemsystem (1)

Harold A. Goolishian (1924 – 1991)



Harlene Anderson (\*1941)



- Houston Galveston Institute, Universität Texas
- Pioniere der Familien- und systemischen Therapie
- Probleme binden Menschen und erzeugen Systeme

## Problemsystem (2)

Harry Goolishian und ich bezeichneten diese Zusammenschlüsse miteinander kommunizierender Menschen, diese sozialen Gebilde, einmal als problem-determinierte, problem-organisierende, problem-auflösende Systeme, oder einfach Problemsysteme.



Das Problemsystem stellen wir uns als ein System vor, in dem das soziale Handeln der Personen sich um die Versprachlichung derjenigen Angelegenheiten in ihrem Leben dreht, die sie als Problem ansehen.



### Problemsystem (3)

- Das Problem „erschafft“ ein System. Nicht die Störung ist das primäre Problem, sondern die darüber etablierte, überdauernde Kommunikation.
- Die Beschreibung eines Problems ist nicht das Beschriebene (= die Störung).
- Beschreibungen sind nicht harmlos, sie entfalten ein Eigenleben in der Kommunikation und Interaktion, können das „eigentliche“ Problem perpetuieren.
- Je mehr das Problem stabilisiert (statt gelöst) wird, umso schwieriger wird es, die unterschiedlichen Sichtweisen/Perspektiven zu überbrücken.

### Warum dauert das Problem an?

- Psychopathologisch identifizierte emotionale, zwischenmenschliche Muster können auch als aktive, durchaus kompetente Bewältigungsstrategien einer Person in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt gesehen werden.
- Probleme sind meist Lösungen für andere Probleme.
- Hungern als ein „günstiger“ Kompromiss zwischen Anforderungen der Realität und begrenzten eigenen Bewältigungsmöglichkeit.
- Die Patientin wird diesen Kompromiss nur dann aufgeben, wenn überzeugendere (weniger Angst auslösende) Alternative zur Verfügung stehen.

## Annäherung an die Bindungstheorie

- Die Bindungstheorie ist ein Teil der Biologie und der Entwicklungspsychologie
- Die Attachment-Psychologie geht von einem empirisch abgesicherten, funktionellen Erklärungsmodell für die Angst aus.
- Zwei zentrale Konzepte der Bindungstheorie:
  - Bindungssicherheit (als Voraussetzung für Exploration und (Welt-) Erkenntnis)
  - Feinfühligkeit („tätige“ Empathie)

## Sicherheit

- Eine sichere Bindung ist ein Schutzfaktor.
- Eine unsichere Bindungsrepräsentation ist an sich nichts Pathologisches, sie bedeutet vielmehr einen Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktor.

Eine unsichere Bindung geht statistisch gesehen mit

- mangelnder Emotionsregulation,
- geringerem Selbstwertgefühl und
- Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen und
- allgemein Schwierigkeiten in der Anpassung einher.

*Grossmann u. Grossmann, 2012, Zimmermann et al., 2012, Glogger-Tippelt 2012*

## Feinfühligkeit

Mary Ainsworth hat vier wesentliche Komponente der Feinfühligkeit der Mutter gegenüber den Mitteilungen (Signale) ihres Kindes beschrieben:

1. Richtige Wahrnehmung der Signale
2. Richtige Interpretation der Signale
3. Angemessene Antwort (auf die Signale des Kindes)
4. Prompte Reaktion auf die Signale



Mary Ainsworth  
1913 - 1999

Parallele dazu: Therapeutische „Feinfühligkeit“. Bowlby verglich die Therapeutin mit einer feinfühligem Mutter.

### 1. Aktivierung von Bindungs-Fürsorge-Interaktionen

- Wann immer ein Familienmitglied krank ist, konzentrieren sich andere Mitglieder (Eltern) auf das kranke Mitglied und verstärken die Intensität und die Häufigkeit von Fürsorgeverhalten gegenüber dem kranken Mitglied (= Aktivierung des Bindungs-Fürsorge-Systems).
- Das ist phänotypisch vergleichbar mit einem viel jüngeren Kind, das sich unsicher fühlt und viel Nähe und/oder Körperkontakt von seiner primären Fürsorgeperson einfordert.
- Dies bedeutet nicht, dass eine Person mit psychischen Problemen notwendigerweise als unsicher gebunden eingestuft werden sollte; vielmehr bedeutet es, dass die Strategie (zeitweise oder chronisch für diesen Menschen) aktuelle Unsicherheit widerspiegelt.

*in Anlehnung nach Robert S. Marvin 1992*

## 2. Polarisierungen im Problemsystem (statt Auflösung)

- Wegen der Ambivalenz des Symptoms (nach aussen Hilfeappell, nach innen Lösungsversuch) kann das Problem durch „gut gemeinte“ Fürsorge nicht gelöst werden (störungsimmanentes Paradox).
- Was für die Eltern die Lösung wäre, nämlich dass der Jugendliche das Symptom aufgibt, ist für diesen das Problem, da er sich selbst aufgeben müsste.
- Zwar sucht der Jugendliche Nähe und Sicherheit bei seinen Bindungspersonen (Eltern), kann sie aber nicht nutzen, weil diese ihrerseits überfordert sind (aktiviertes Bindungssystem).
- Der Jugendliche befindet sich in einem Annäherungs-Vermeidungskonflikt zu den Eltern (desorganisierter Bindungsmodus).

## 3. Privilegien, Entpflichtung des Jugendlichen

- Konfliktmuster breiten sich aus; Verunsicherung und Hilflosigkeit führen zu Schonverhalten.
- Das kranke Mitglied wird von Verantwortung verschont und erhält Privilegien außerhalb der Krankenrolle. Andere Familienmitglieder neigen dazu, die Pflichten des Kranken zu übernehmen.
- Falls das Muster nicht rechtzeitig unterbrochen wird, kann es in einen chronischen Zustand der "Regression" beim kranken Mitglied münden.

#### 4. Das Symptom übernimmt die Kontrolle

- Durch die zunehmend problematische Interaktion und Kommunikation (paradoxe Kommunikation, Double Binds, High/Low Expressed Emotions, sprachliche Inkongruenz und Inkohärenz etc.) konstituiert sich ein Problemsystem.
- Es etabliert sich ein Beziehungskontext, der das Problem aufrechterhält und/oder verschlimmert.
- Die Symptome (sekundäre Bindungsstrategie) kontrollieren zunehmend die Menschen (auch die Patientin!).
- Es kommt zu Stagnation, die immer mehr von einer normalen Entwicklung abweicht.
- Zunehmende Demoralisierung im System.

#### Schulenübergreifender Phasenprozess der Therapie

	Ziel des Phasenprozesses	Empirische Ergebnisse in der Studie von Howard et al. 1992	Veränderungsprozess
<b>Phase 1</b>	Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Therapieindikation		
<b>Phase 2</b>	Therapiebindung, Exploration Problemsystem, Organisation Therapiesystem	<b>Remoralisierung:</b> Verbesserung des Wohlbefindens, Gefühl der Sicherheit	Wichtigster unspezifischer Wirkfaktor (vermutlich durch Oxytocin-System vermittelt)
<b>Phase 3</b>	Störungsspezifische Hilfen	<b>Remediation:</b> Verbesserung der Symptomatik, Exposition mit Gewichtszunahme etc.	Anlegen neuer neuronaler Netzwerke auf limbischer, <i>einsichtsferner</i> Gehirnebene
<b>Phase 4</b>	Selbstmanagement und Autonomiestabilisierung	<b>Rehabilitation:</b> Verbesserung in der psychosozialen Anpassung	Entwicklung des Gesamtsystems, neue Optionen werden verfügbar

Liechti u. Liechti-Darbellay 2019 (in Vorbereitung)

### Vom Problemsystem zum Therapiesystem – Drei Schritte

1. Schritt: Die Patientin als Expertin ihrer Situation und als Auftraggeberin fokussieren.
2. Schritt: Im Auftrag des Jugendlichen den Eltern das Verständnis vermitteln, dass sie in dessen Erleben trotz allen Machtkämpfen die wichtigsten Bezugspersonen sind.
3. Schritt: Begleitung des Therapiesystems bei der Umsetzung der ausgehandelten Ziele mit der psychisch belasteten Person als Auftraggeberin.

### Zum Mitnehmen

- Eltern werden nicht einbezogen, um Familiendefizite zu behandeln, sondern um „schlummernde“ Beziehungs- und Bindungsressourcen zu mobilisieren.
- Störungsimmanente Motivationsprobleme führen zum katastrophalen Umstand, dass viele psychisch belastete Jugendliche nicht von Therapien profitieren können.
- Eltern als Gatekeeper helfen, die Compliance- und Motivationsprobleme zu bewältigen.
- Die Arbeit im Mehrpersonen-Setting verlangt eine besondere Beziehungskompetenz (Systemkompetenz).

### Das letzte Wort hat...

Die weitverbreitete starke Bevorzugung des einzeltherapeutischen Settings lässt sich durch den Ergebnisstand der Psychotherapieforschung nicht begründen.

Sie hängt wohl eher damit zusammen, dass dieses Setting vom Therapeuten leichter herstellbar und kontrollierbar ist als Mehrpersonensettings.

Klaus Grawe 1998, S. 705



**ZSB** Zentrum für  
Systemische Therapie  
und Beratung  
**BERN**

**clenia** Führend in Psychiatrie  
und Psychotherapie

*Danke für die Aufmerksamkeit*