

Einbezug der Angehörigen bei psychisch belasteten Jugendlichen

Epidemiologische Studien registrieren europaweit auch im Jugendalter eine dramatische Unterversorgung in der Behandlung psychischer Störungen. Viele psychische Krankheiten beginnen im Jugendalter und führen unbehandelt zu einem Anstieg der Häufigkeit komplexer und negativer Krankheitsverläufe. Prävention im Jugendalter und eine früher und schneller einsetzende Therapie sind deshalb Herausforderungen von hoher fachlicher und gesellschaftlicher Relevanz.



J. Liechti, Bern



M. Liechti-Darbellay, Bern

Eine zu wenig beachtete Ursache für die Unterbehandlung Jugendlicher liegt in einem störungs- und kontextbedingten Motivationsproblem. Mit dem Einbezug der Angehörigen unter Beachtung der Bedeutung und Funktion psychischer Symptome im familiären Kontext können Prävention und Therapie verbessert werden.

Kontextuelle Motivationsprobleme

Weil viele psychische Störungen im Jugendalter beginnen, wiegt eine Fehl- und Unterbehandlung belasteter Jugendlicher besonders schwer.¹ 50–75% der dissozialen Jugendlichen verweigern eine Therapie oder steigen zu

früh aus,² und bei der Anorexia nervosa, bekannt für ihre negativen Langzeiteffekte, suchen nur 19% von sich aus Hilfe.³ Eine höchst ambivalente Therapiemotivation findet sich bei vielen anderen Störungen im Jugendalter. Eine wichtige Ursache für die niedrige Behandlungsrate liegt in einem Dilemma. Einerseits ist das (familiäre, fachliche) Umfeld alarmiert, wenn eine jugendliche Person psychisch erkrankt. Andererseits kann selbstverletzendes, depressives, dissoziales, süchtiges oder phobisches Verhalten aus der Perspektive des Jugendlichen die entlastende Kontrolle eines bedrohlichen Affekterlebens bedeuten.⁴ Aussage einer Magersüchtigen: „Hungern ist das Ein-

zige, das mir ein Kontrollgefühl gibt!“ Dadurch wird das Symptom zum willkommenen Kompromiss zwischen Anforderungen der Realität und begrenzten eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Aktiver oder passiver Widerstand gegen eine Behandlung ist umso deutlicher, je mehr darauf bestanden wird. Die Folgen sind konflikthafte Sichtweisen, Ängste, Verzweiflung und inadäquates Handeln im Umgang mit dem auffälligen Verhalten. Sie führen zu Familieninteraktions- und Kommunikationsmuster mit der Tendenz zur zirkulären Verselbstständigung. Zwar sind diese Muster nicht die Ursache der psychischen Störung, sie tragen aber dazu bei, sie aufrechtzuerhalten oder gar zu verschlimmern und gleichzeitig die jugendliche Person auf einen maladaptiven Entwicklungspfad zu drängen.

KeyPoints

- Auffälliges Verhalten von psychisch belasteten Jugendlichen geschieht nicht in einem sozialen Vakuum, sondern ist oft Teil eines kontextuellen Musters in familiären (Bindungs-)Beziehungen.
- Veränderung von problemstabilisierenden Interaktions- und Kommunikationsmustern ist die Domäne der systemischen (Familien-)Therapie.
- Eine systemisch-bindungsbasierte Sicht interpretiert das symptomatische Verhalten als eine missglückende Suche nach Nähe zu den Bindungspersonen und Sicherheit.
- Die systemische Therapie geht dahin, durch den Einbezug aller von einem Problem Betroffenen den Arbeitskontext zu optimieren (Musterunterbrechung und -veränderung).

Systemische (Familien-)Therapie

Der therapeutische Umgang mit Interaktions- und Kommunikationsmustern um ein beklagtes Problem herum ist die Domäne der systemischen (Familien-)Therapie als ein wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren.⁵ Im Unterschied zum Einbezug von Angehörigen als eine die laufende Therapie flankierende Massnahme – etwa

bei der Rehabilitation chronischer Leiden oder in psychoedukativen Angehörigengruppen – ist der Einbezug der in ein Problem involvierten und an Veränderung interessierten Menschen (Problemsystem) das zentrale Programm der systemischen Therapie.⁶ Im Unterschied zu den individuumszentrierten Ansätzen, wie psychodynamische, Verhaltens- oder Hypnotherapie, richtet sie ihr Augenmerk über das Individuum hinaus auf problemstabilisierende Muster im (Beziehungs-)Kontext. In Bezug auf komplexe Wechselwirkungen zwischen intrapsychischen und sozialen Prozessen hat die systemische Therapie eine Fülle von Konzepten und Methoden entwickelt.⁷

Der Beitrag der Bindungstheorie

Bindungstheorie und -forschung haben die Erkenntnis in die Psychologie gebracht, dass neben Sexual- und Nahrungstrieb auch ein anthropologisch vorgebahntes Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit existiert. Sie liefern eine empirisch gut abgestützte Verständnisbasis sowohl für die spontanen Entwicklungsprozesse in nahen Beziehungen wie auch für affektive Störungen, deren Ursachen und Behandlung.⁸ Eine durch Angst, Kummer oder Verlust ausgelöste Bedrohung – etwa im Rahmen einer psychischen Erkrankung – aktiviert die Suche nach Nähe zu einer fürsorglichen Person als sicherem Hafen (im Kinder- und Jugendalter sind das meistens die Eltern, später der Partner bzw. die Partnerin oder eine Fachperson). Das Erleben psychischer Sicherheit ist eine Voraussetzung für das antagonistisch funktionierende Bedürfnis nach Exploration (Suche nach Bedeutung, Sinn und Autonomie). Auf diesen angeborenen Verhaltenssystemen aufbauend bilden sich im ersten Lebensjahr durch Beziehungserfahrungen

mit den Bindungsfiguren sichere, unsichere und desorganisierte Grundstrategien. Unsichere und desorganisierte Bindungsmuster gelten als Risikofaktoren für psychische Störungen. Bindungssicherheit ist demgegenüber mit der Fähigkeit verbunden, Lösungen für emotional belastende Situationen zu finden. Wenn ein gesunder Jugendlicher dies nicht aus eigener Kraft schafft, ist er befähigt, offen darüber zu kommunizieren und Hilfe zu erbitten sowie anzunehmen.⁹

Das Problemsystem

Die frühe Familientherapie der 60er- und 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts schrieb spezifischen Beziehungsstrukturen in der Familie ursächliche Bedeutung für psychische Krankheiten zu (schizophrene, depressive Familie etc.). Die Familie, Eltern und insbesondere Mütter standen unter Verdacht, ihre Kinder neurotisch und krank zu machen. Diese (Spezifitäts-)Hypothese konnte nicht bestätigt werden. In den 1980ern vollzog sich daher ein Dreh der Perspektive: Nicht das Familiensystem macht ein Individuum krank, sondern umgekehrt, eine seelische Störung erzeugt ein Problemsystem. Am Beispiel eines Jugendlichen soll der Vorgang schematisch dargestellt werden:¹⁰

1. *Aktivierung von Bindungs-Fürsorge-Interaktionen:* Das Unheil entwickelte sich schleichend. Der 14-jährige Raphael vernachlässigte die Schule, zog sich von den Gleichaltrigen zurück und verbrachte Stunden mit Computerspielen. Seine Eltern verstärkten die Intensität und die Häufigkeit ihrer Ermahnungen und Hilfsangebote. Kommentar: Im Wesentlichen bedeutet dies eine intensive Aktivierung des familiären Bindungs-Fürsorge-Systems.
2. *Entlastung von Verantwortungen und Privilegien:* Die alarmierten Eltern erkannten, dass ihr Sohn ein Problem hatte. Da sich Raphael weigerte, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, sprachen sie stundenlang mit ihm. Bisherige Verantwortungen wurden an die Geschwister delegiert oder von den Eltern selbst übernommen. Kommentar: In dieser Phase werden dem verhaltensauffälligen Mitglied Privilegien zugestanden, was in der Familie zu Konflikten führen kann. Wird das Muster nicht rechtzeitig beendet, kann es dazu führen, dass Jugendliche das Familienleben kontrollieren und gleichzeitig ein von der Familie abgeschottetes Parallelleben führen.
3. *Verlust der elterlichen Handlungsfähigkeit:* Während der Vater sich über das unkooperative Verhalten von Raphael ärgerte und sich zum eigenen Schutz von ihm und der Familie abwandte, fühlte sich die Mutter allein gelassen und in eine Sandwicksituation zwischen Raphael und dem Rest der Familie gedrängt. Kommentar: Je länger der Zustand anhält, umso eher sind sich die Eltern über den Stellenwert des auffälligen Verhaltens und über notwendige Veränderungsmaßnahmen uneinig. Die Triangulierung der Eltern schwächt deren Selbstwert und Kompetenzen.
4. *Polarisierung und Starrheit in der Familie:* Gegenüber Verwandten und Bekannten versuchte der Vater seine Hilflosigkeit herunterzuspielen, während sich die Mutter in frühere Zeiten zurückversetzt sah, als sie sich rund um die Uhr um Raphael kümmerte. Kommentar: Um den Sachverhalt der psychischen Störung herum hat sich ein Problemsystem konstituiert (ein Interaktions- und Kommunikationssystem, welches das Problem stabilisiert).



Ein systemisch-bindungsbasierter Dreischritt

Um die zirkuläre Kausalität des Problemsystems zu unterbrechen, ist eine frühzeitige Intervention im Familiensystem indiziert. Sie verlangt von der Fachperson systemtherapeutische Kompetenzen. Infolge der Motivationsprobleme erscheinen typischerweise nicht hoch motivierte Jugendliche zur Erstsitzung, vielmehr ergeben sich folgende Einstiegssituationen:

- Eine alleinerziehende Mutter (ein Vater, Eltern) erzählt, dass eine Tochter (ein Sohn) ein besorgniserregendes Verhalten zeigt, sich aber weigert, fachliche Hilfe anzunehmen.
- Eine alleinerziehende Mutter (ein Vater, Eltern) hat es geschafft, die Tochter (den Sohn) in die Sprechstunde zu „schleppen“, und erwartet nun, dass sie „repariert“ wird.
- Jugendliche selbst werden von ihren Eltern (der Hausärztin, dem Jugendgericht etc.) in die Therapie geschickt, zeigen sich aber höchst ambivalent.

Alle Situationen deuten primär auf ein Motivationsproblem hin. Es geht darum, durch anschlussfähige Problembeschreibungen dem „Index-Patienten“ direkt oder indirekt über seine

Angehörigen einen sicheren Rahmen zu bieten. Die Transformation eines Problemsystems in ein Therapiesystem kann in drei Schritten festgehalten werden (im Detail beschrieben in Liechti u. Liechti-Darbellay¹¹):

1. Schritt: den Jugendlichen als Experte seiner Situation und als Auftraggeber abholen.
2. Schritt: im Auftrag des Jugendlichen den Eltern das Verständnis vermitteln, dass sie in dessen Erleben trotz aller Machtkämpfe die wichtigsten Bezugspersonen sind.
3. Schritt: Begleitung des Therapiesystems bei der Umsetzung der ausgehandelten Ziele mit der jugendlichen Person als Auftraggeberin.

Fazit

Eine systemisch-bindungsbasierte Therapie zielt darauf ab, im Auftrag des jugendlichen Patienten den alarmierten und verunsicherten Eltern beizustehen, damit sie widersprüchliche Gefühle ihres verstörten Familienmitglieds – ein oft anachronisch anmutendes Bedürfnis nach Nähe einerseits und heftigste Ablehnung andererseits – zulassen und ihnen mit zunehmender Sicherheit begegnen können. Die Eltern lernen dabei, den Jugendlichen trotz Verstörung oder Krankheit wieder als

eigenständige Person wahrzunehmen, die ausdrücken kann, was sie braucht, um sich weiterzuentwickeln und ihre Identität zu festigen. Der Jugendliche übernimmt damit Verantwortung für seine Gesundheit und sein Leben (oft zum ersten Mal seit Jahren). Als Schrittmacher der Veränderung öffnet er den Eltern die Tür zu vertiefter Empathie. Damit erfährt er vermehrt eigene Wirksamkeit und Kompetenz ausserhalb der verwirrenden oder kranken Welt. Er macht die Erfahrung, dass er Einfluss auf ein für ihn hilfreiches und bedürfnisgerechtes Verhalten der Eltern hat (stellvertretend für wichtige andere). ■

Literatur:

- ¹ Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Europ Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357-376
- ² Kazdin AE: Premature termination from treatment among children referred for antisocial behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 415-425
- ³ Bemis KM: A Comparison of the subjective experience of individuals with eating disorders and phobic disorders: The „weight phobia“ versus „approach-avoidance“ models of anorexia nervosa. Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis 1986
- ⁴ Liechti J: Dann komm ich halt, sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl Auer, 2009
- ⁵ Von Sydow K et al: Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe, 2007
- ⁶ Liechti J, Liechti-Darbellay M: Im Konflikt und doch verbunden. Heidelberg: Carl Auer, 2011
- ⁷ Rufer M: Erfasse komplex, handle einfach. Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation – ein Lernbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012
- ⁸ Strauss B (Hg.): Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2008, 49-80
- ⁹ Grossmann K, Grossmann KE: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta, 2014
- ¹⁰ Marvin RS: Entwicklungspsychopathologische Intervention auf der Basis der Bindungs- und der Familiensystemtheorie. In: Scheurer-Engelisch H et al (Hg.): Wege zur Sicherheit. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2003, 109-134
- ¹¹ Liechti J, Liechti-Darbellay M: Null Bock auf Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2013

Autoren:

Dr. med. Jürg Liechti
Dr. med. Monique Liechti-Darbellay
ZSB, Zentrum für systemische Therapie und Beratung Bern
Villemattstrasse 15, 3007 Bern
E-Mail: dr.jliechti@bluewin.ch,
m.liechti-darbellay@bluewin.ch