



Claudia Trasselli
Anne Kristin von Auer
Hans Gunia

DBT- Familienskills

Ein Praxisleitfaden



Akkreditiert durch den
Deutschen Dachverband
DBT e.V.



DBT-Familienskills

Claudia Trasselli
Anne Kristin von Auer
Hans Gunia

DBT-Familienskills

Ein Praxisleitfaden



Dipl.-Psych. Claudia Trasselli, geb. 1971. Verhaltenstherapeutin und zertifizierte DBT-Therapeutin. Sie ist seit 2017 leitende Psychologin der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin sowie der Hochschulambulanz des Adoleszenzzentrums für Störungen der Emotionsregulation am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Dr. Anne Kristin von Auer, geb. 1971. Lehrtherapeutin und Supervisorin in Verhaltenstherapie, DBT und DBT-A und Vorstandsmitglied im Dachverband DBT. Seit 2008 leitende Psychologin in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Lübeck.

Dipl.-Psych. Hans Gunia, geb. 1956. Lehrtherapeut und Supervisor in Verhaltenstherapie und DBT, ist Mitbegründer des Darmstädter DBT-Netzwerkes und Vorstandsmitglied im Dachverband DBT. Seit 1988 niedergelassen in eigener Praxis in Darmstadt. Vorsitzender der deutsch-argentinischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © Getty Images / Letizia Le Fur
Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2022

© 2022 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3181-9; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3181-0)

ISBN 978-3-8017-3181-6

<https://doi.org/10.1026/03181-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 9 |
| 1 Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Auswirkung auf Angehörige | 13 |
| 1.1 Biosoziale Theorie und transaktionales Modell | 13 |
| 1.2 Belastungen von Angehörigen durch die Borderline-Erkrankung eines Familienmitglieds | 20 |
| 1.3 Einbezug der Familie in die Behandlung von BPS-Betroffenen | 22 |
| 1.4 Forschungsüberblick zu Familienansätzen | 23 |
| 2 Family Connections-Programm | 29 |
| 3 DBT-Familietherapie | 36 |
| 3.1 Therapeutische Strategien | 38 |
| 3.1.1 Klassische DBT-Strategien | 39 |
| 3.1.2 Zusätzliche Strategien | 42 |
| 3.2 Vermittlung von Familienskills im Familiengespräch | 44 |
| 4 Hierarchie der Therapieziele in der Arbeit mit Familien | 49 |
| 4.1 Sicherheit herstellen | 51 |
| 4.2 Sensibilisierung für physische und sexuelle Gewalt | 52 |
| 4.3 Physische oder sexuelle Gewalt beseitigen | 53 |
| 4.4 Veränderung von Konsequenzen, die Suizidalität und anderes selbstschädigendes Verhalten verstärken | 59 |
| 4.4.1 Verschiebung positiver Verstärker für dysfunktionales Verhalten | 60 |
| 4.4.2 Das Entfernen negativer Verstärker für dysfunktionales Verhalten | 61 |
| 4.4.3 Positive Verstärkung von skillsbasiertem Verhalten | 63 |
| 4.4.4 Abbau von Bestrafung von skillsbasiertem Verhalten | 63 |
| 5 Familienskills | 64 |
| 5.1 Modul Psychoedukation | 65 |
| 5.1.1 Einführung | 65 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.1.2 | Didaktik | 68 |
| 5.1.3 | Einsatz der Handouts | 69 |
| 5.1.4 | Psychoedukation: Info- und Übungsblätter | 72 |
| 5.2 | Modul Achtsamkeit | 80 |
| 5.2.1 | Einführung | 80 |
| 5.2.2 | Didaktik | 85 |
| 5.2.3 | Einsatz der Handouts | 87 |
| 5.2.4 | Achtsamkeit: Info- und Übungsblätter | 91 |
| 5.3 | Modul Achtsamkeit in der Beziehung | 95 |
| 5.3.1 | Einführung | 95 |
| 5.3.2 | Didaktik | 98 |
| 5.3.3 | Einsatz der Handouts | 99 |
| 5.3.4 | Achtsamkeit in der Beziehung: Info- und Übungsblätter | 105 |
| 5.4 | Modul Emotionsmanagement und angemessener Gefühlsausdruck ... | 112 |
| 5.4.1 | Einführung | 112 |
| 5.4.2 | Didaktik | 120 |
| 5.4.3 | Einsatz der Handouts | 121 |
| 5.4.4 | Emotionsmanagement und angemessener Gefühlsausdruck: Info- und Übungsblätter | 129 |
| 5.5 | Modul Validierung | 144 |
| 5.5.1 | Einführung | 144 |
| 5.5.2 | Didaktik | 146 |
| 5.5.3 | Einsatz der Handouts | 147 |
| 5.5.4 | Validierung: Info- und Übungsblätter | 152 |
| 5.6 | Modul Wiederaufbau der Beziehung | 168 |
| 5.6.1 | Einführung | 168 |
| 5.6.2 | Didaktik | 170 |
| 5.6.3 | Einsatz der Handouts | 171 |
| 5.6.4 | Wiederaufbau der Beziehung: Info- und Übungsblätter | 174 |
| 5.7 | Modul Problemmanagement | 182 |
| 5.7.1 | Einführung | 182 |
| 5.7.2 | Didaktik | 187 |
| 5.7.3 | Einsatz der Handouts | 188 |
| 5.7.4 | Problemmanagement: Info- und Übungsblätter | 195 |
| 5.8 | Modul Akzeptanz und Nähe | 210 |
| 5.8.1 | Einführung | 210 |
| 5.8.2 | Didaktik | 211 |
| 5.8.3 | Einsatz der Handouts | 211 |
| 5.8.4 | Akzeptanz und Nähe: Info- und Übungsblätter | 213 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6 | Gruppenformate zur Vermittlung von Familienskills – Beispiele und Erfahrungen | 219 |
| 6.1 | Mehrfamiliengruppe | 219 |
| 6.2 | Angehörigengruppe | 221 |
| 6.3 | Elterngruppe | 224 |
| 6.4 | Erfahrungen mit den Gruppenformaten | 227 |
| 6.5 | Exkurs: Tango Argentino in der DBT | 229 |
| | Literatur | 231 |
| | Hinweise zu den Online-Materialien | 244 |

Einleitung

Grundlagen

Mit diesem Buch wenden wir uns an professionelle Helferinnen, die bereits mit Patientinnen mit einer Borderline-Symptomatik arbeiten und Interesse daran haben, ihre Arbeit mit den Angehörigen der Patientinnen zu vertiefen.

Alan Fruzzetti ist DBT- und Familientherapeut. Er hat im Laufe seiner Arbeit erkannt, dass sich die Inhalte der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) sehr gut auch auf die Arbeit mit den Angehörigen übertragen lassen, und dies eine effektive Ergänzung der Standard-DBT darstellt. Somit hat er, basierend auf seinem Wissen über Haltung, Struktur, Vorgehen und Skills in der DBT und seinem Wissen über die Familientherapie, einen integrativen Ansatz geschaffen, um Angehörige in die Behandlung der Betroffenen nach DBT zu integrieren.

Im Zentrum dieses Buches steht die Vorstellung der Familienskills, die Alan Fruzzetti mit Perry Hoffman im Rahmen des Family Connections-Programm entwickelte und später im Rahmen der DBT-Familientherapie auch für andere Therapiesettings zugänglich machte. Im Family Connections-Programm werden ausschließlich Angehörige in den Familienskills geschult. In der DBT-Familientherapie werden die Familienskills meist an Angehörige und Betroffene vermittelt. Dies kann in Mehrfamilien- oder Paar-Gruppen oder in der Paar- oder Familientherapie erfolgen. Die Vermittlung der Familienskills kann auch in Elterngruppen ohne die betroffenen Kinder und auch in der Einzeltherapie an Betroffene allein vermittelt werden. Für das Vorgehen in der DBT-Familientherapie hat Fruzzetti in Anlehnung an die DBT eine Hierarchie der Therapieziele erstellt. Außerdem vermittelt er den Therapeutinnen grundlegende Strategien im Umgang mit den Betroffenen und Angehörigen, die ebenfalls an der DBT orientiert sind.

Aufbau des Buches

Kapitel 1 des Buches stellt das biosoziale Modell zur Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) von Linehan vor und geht auf das von Fruzzetti weiterentwickelte transaktionale Modell ein. Beide Modelle dienen als Grundlage für

die Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen in der DBT-Familientherapie. Zudem werden einige Fakten zur Belastung der Angehörigen von BPS-Patientinnen erläutert. Auch wird ein Überblick über verschiedene Therapieansätze zum Einbezug der Angehörigen von Borderline-Patientinnen in die Therapie gegeben.

Im zweiten Kapitel folgt eine ausführlichere Beschreibung des Family Connections-Programms, da dieses den Beginn der Arbeit mit den Familienskills darstellt. Im Kapitel 3 werden dann Ergänzungen, die Fruzzetti für die DBT-Familientherapie entwickelt hat, vorgestellt. Dazu werden therapeutischen Strategien erläutert, die die Behandlung von hoch emotionalen Familien oder Paaren erleichtern. Kapitel 4 geht auf die Hierarchie der Therapieziele für Familien ein. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Frage, wie es den Therapeutinnen gelingen kann, Sicherheit in der Therapie herzustellen, und was dabei zu beachten ist.

Die Vorstellung der einzelnen Familienskills folgt im Kapitel 5 jeweils dem gleichen Muster: Für Therapeutinnen gibt es eine Einleitung zum jeweiligen Skill mit allgemeinen Anmerkungen zu den Zielen und zur Didaktik. Anschließend wird für jedes Informations- und Übungsblatt erläutert, wie bei der Vermittlung des jeweiligen Skills vorgegangen werden kann. Es folgen die Informations- und Übungsblätter zu den einzelnen Skills.

Die Erläuterungen zum Vorgehen beziehen sich in der Regel auf ein Gruppenformat. Natürlich kann und muss die Vermittlung der einzelnen Skills an das entsprechende Setting angepasst werden. Das Material ist umfangreich, sodass Sie je nach Klientel und Rahmenbedingungen Schwerpunkte setzen und Materialien auswählen können.

In Kapitel 6 stellen wir anhand unserer eigenen Erfahrungen exemplarisch vor, wie verschiedene Gruppensettings zur Vermittlung der Familienskills strukturiert und aufgebaut sein können. Das Buch endet mit einem Exkurs zum Einsatz des Tango Argentino bei der Vermittlung von Familienskills in der Arbeit mit Paaren.

Allgemeine Hinweise

Da wir es für den Sprachfluss ungünstig fanden, jeweils die weibliche und männliche Form zu nutzen oder auch eine Genderstern-, Unterstrich- oder Doppelpunkt-Variante, wechseln wir in den Kapiteln zwischen den grammatikalischen Formen in Bezug auf die Helfer- und Helferinnen, die Partner- und Partnerinnen und die Patienten und Patientinnen. Natürlich sind in allen Kapiteln immer alle Geschlechter gemeint. Auf den Informations- und Übungsblättern sind die männliche und weibliche Form angeführt.

Der englische Begriff „judgement“ wurde in der DBT im deutschsprachigen Raum mit dem Begriff „Bewertung“ übersetzt. Wir haben diese Übersetzung beibehal-

ten, möchten jedoch darauf hinweisen, dass dieser Begriff bei Alan Fruzzetti häufig als Abwertung zu verstehen ist.

Die im Buch beschriebenen Info- und Übungsblätter stehen zum Download zur Verfügung. Weitere Hinweise dazu finden Sie im Abschnitt „Hinweise zu den Online-Materialien“ am Ende des Buches.

Danksagung

Unser Dank und Respekt gilt Alan Fruzzetti. Gemeinsam mit Perry Hoffman hat er die Familienskills entwickelt und uns ermutigt, sie in einem deutschsprachigen Band zu veröffentlichen. Mit seiner Arbeit hat er viel dazu beigetragen, das Leben von Familien mit BPS-Betroffenen zu verbessern. In seinen Workshops hat er die Begeisterung für die Familienskills in uns geweckt und damit auch unsere therapeutische Arbeit sehr bereichert. Wir danken Alan ganz herzlich und freuen uns, Ihnen die Familienskills vorzustellen.

Mannheim, Lübeck und Darmstadt,
Januar 2022

*Claudia Trasselli,
Anne Kristin von Auer
und Hans Gunia*

1 Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Auswirkung auf Angehörige

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine komplexe und schwerwiegende Persönlichkeitsstörung. Sie stellt eine große Belastung für Betroffene aber auch für das soziale Umfeld dar. In diesem Kapitel erläutern wir das Entstehungsmodell der BPS von Linehan (1993a) und das transaktionale Modell von Fruzzetti (Fruzzetti & Shenk, 2008), welches als Grundlage für das Family Connections-Programm und die DBT-Familientherapie fungiert. Es folgt ein Überblick über Auswirkungen der BPS auf Angehörige und Therapieansätze, die Angehörige einbeziehen.

1.1 Biosoziale Theorie und transaktionales Modell

Biosoziale Theorie

Zu den wichtigsten Entstehungsmodellen der BPS gehört die biosoziale Theorie nach Linehan (1993a). Gemäß der biosozialen Theorie führen das Zusammenwirken der Veranlagung zur emotionalen Empfindlichkeit und ein invalidierendes soziales Umfeld zur Störung der Emotionsregulation, dem Hauptmerkmal der BPS.

Entsprechend der biosozialen Theorie liegt bei Menschen mit einer BPS eine biologisch bedingte Veranlagung zur emotionalen Empfindlichkeit vor, gekennzeichnet durch (a) ein erhöhtes emotionales Erregungsniveau, (b) eine erhöhte Sensibilität und Wachsamkeit für emotionale Reize und (c) eine verlangsamte Rückkehr auf das emotionale Ausgangsniveau (Ebner-Priemer et al. 2007; Holm & Seve-
rinsson, 2008; Reisch et al., 2008; Russell et al., 2007; Stiglmayr et al., 2001; Stiglmayr et al., 2005; Stanley & Wilson, 2006).

Die Annahme einer biologischen Veranlagung zur emotionalen Empfindlichkeit bei Menschen mit einer BPS wird durch Studien, in denen Selbsteinschätzungsskalen verwendet werden, weitgehend unterstützt. Sie bestätigen eine deutlich erhöhte emotionale Erregung, Hyperreagibilität und eine verlangsamte Rückkehr auf das emotionale Ausgangsniveau bei Patienten mit einer BPS im Vergleich zu Kontrollprobanden (Chapman et al., 2010; Cheavens & Heiy, 2011; Ebner-Priemer & Sa-

witzki, 2007; Kuo & Linehan, 2009; Russell et al., 2007; Stiglmayr et al., 2005). Außerdem zeigen sich bei Patienten mit einer BPS im Vergleich zu Kontrollprobanden (Bland et al., 2004; Ebner-Priemer & Sawitzki, 2007; Jacob et al., 2010; Kuo & Linehan, 2009; Links et al., 2008; Reisch et al., 2008; Russell et al., 2007), zu Patienten mit psychischen Störungen (Cheavens & Heiy, 2011; Kuo & Linehan, 2009; Stanley & Wilson, 2006) und zu Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Meyer et al., 2005) signifikant höhere emotionale Ausgangswerte.

Neben Selbsteinschätzungsskalen liefern Familien- und Zwillingsstudien Hinweise auf genetische Einflüsse auf die Entwicklung einer BPS. Familienstudien zufolge kommt unter Verwandten von Patienten mit BPS eine familiäre Häufung dieser Erkrankung vor (Bandelow et al., 2005; Distel et al., 2009; White et al., 2003; Zanarini et al., 2004). In einer Zwillingsstudie fand sich eine höhere Konkordanzrate der BPS bei eineiigen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen (Torgersen et al., 2000). Jedoch sollte die Aussagekraft dieser Studie mit Vorsicht betrachtet werden, da keine komorbiden Störungen kontrolliert wurden. Ferner belegen Zwillingsstudien den Einfluss genetischer Faktoren auf die Persönlichkeitsmerkmale der BPS (Distel et al., 2008; Distel et al., 2009; Distel et al., 2011; Kendler et al., 2008; Torgersen et al., 2000; Torgersen et al., 2008). Hinsichtlich dimensionaler Persönlichkeitsmerkmale von Persönlichkeitsstörungen wurde bei Zwillingspaaren die Bedeutung hereditärer Faktoren für bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie beispielsweise eine emotionale Dysregulation und Impulsivität nachgewiesen (Livesley et al., 1998).

Auch neurobiologische Studien weisen auf den Einfluss prädisponierender biologischer Faktoren bei der Entstehung einer BPS hin. Ausgehend von der emotionalen Dysregulation als Hauptmerkmal der BPS hat sich die neurobiologische Forschung auf die Untersuchung des präfrontalen Kortex und der limbischen Areale konzentriert. Dies sind zentrale Regionen des neuronalen Schaltkreises, die über Emotionsregulationsprozesse gesteuert werden (Davidson et al., 2000). Eine Vielzahl von Studien weist bei Patienten mit einer BPS eine Veränderung präfrontolimbischer Strukturen nach. So zeigen volumenmetrische Messungen eine Verringerung des Volumens der Amygdala und des Hippocampus (Schmahl et al., 2003; Nunes, et al., 2009, Krause-Utz et al., 2014). Andere Studien belegen bei Patienten mit einer BPS im Vergleich zu Gesunden während der Verarbeitung emotionaler Bilder eine Überaktivierung der Amygdala bei verminderten Aktivierungen im anterioren cingulären und im orbitofrontalen Cortex (Herpertz et al., 2000; Niedtfeld et al., 2010) und eine verzögerte Rückkehr zum Ausgangsniveau der Hirnaktivierung (Hazlett et al., 2012). Daneben zeigen Untersuchungen eine eingeschränkte Konnektivität zwischen der Amygdala und dem präfrontalen Cortex (Minzenberg et al., 2007; Schulze et al., 2010.). Ferner finden sich bei den Patienten Volumenreduktionen in präfrontalen Arealen (Tebartz van Elst et al., 2003; Soloff et al., 2008; Minzenberg et al., 2008) und eine Unterfunktion der serotonergen Neurotransmission. Diese könnte mit einer gesteigerten Impulsivität in Zu-

sammenhang stehen (Soloff et al., 2000, 2005). Einige Studien beschäftigten sich mit den Auswirkungen von stressauslösenden Faktoren auf die Funktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA-Achse), die Reaktionen auf Stress kontrolliert. Die Befunde zeigen bei Patienten mit einer BPS im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden eine Überaktivität der HHNA-Achse, eine gesteigerte Cortisolfreisetzung sowie einen erhöhten Cortisolspiegel (Lieb et al., 2004; Wingenfeld & Wolf, 2014). Die genannten Studienergebnisse unterstützen die Annahme einer emotionalen Verwundbarkeit auf genetischer und neurobiologischer Ebene.

Neben der biologischen Disposition zu einer emotionalen Empfindlichkeit trägt die Invalidierung durch das Umfeld und deren Wechselwirkung mit der biologischen Vulnerabilität zur Entwicklung der Störung der Emotionsregulation bei (z. B. Gil & Warburton, 2014). Linehan (1993a) nimmt an, dass das Aufwachsen in einer invalidierenden Umgebung das Risiko für die Entwicklung einer Störung der Emotionsregulation erhöht. Ein invalidierendes Umfeld geht nicht oder unangemessen auf die Gefühle, Gedanken oder das Verhalten des Kindes ein. Die Erfahrungen des Kindes werden bagatellisiert, übersehen, bestraft oder verleugnet. Weitere invalidierende Umweltbedingungen, die Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS darstellen, sind die Vernachlässigung altersgemäßer Bedürfnisse des Kindes durch die Eltern, eine geringe familiäre oder elterliche Unterstützung sowie die Missachtung persönlicher Grenzen des Kindes, (Hooley & Hoffman, 1999; Ibrahim et al., 2018; Laporte & Guttman, 1996; Widom et al., 2009; Zanarini et al., 1997; Zanarini et al., 2002).

Außer der Beziehung zur Familie spielen die Beziehungen zu Gleichaltrigen für Kinder und Jugendliche eine wichtige Rolle. Studien zu Invalidierungen durch Gleichaltrige in Form von Feindseligkeit, Aggression, Ausgrenzung oder Mobbing sprechen für einen direkten Zusammenhang zu Selbstverletzungen (Hay & Meldrum, 2010) und späteren Suizidversuchen sowie Suiziden der Betroffenen (Barzilay et al., 2017; Brunstein-Klomek et al., 2016; Geoffroy et al., 2016; Klomeck et al., 2009; van Geel et al., 2014).

Traumatische Erfahrungen, wie sexueller Missbrauch und körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend, sind Invalidierungen schwersten Grades (Golier et al., 2003). Studien belegen, dass Kinder, die verschiedene Formen von Missbrauch erlebt hatten, eher eine BPS (Guzder et al., 1996) und eine höhere Ausprägung von Merkmalen der BPS aufwiesen als Kinder ohne Missbrauchserfahrungen (Hecht et al., 2014).

Durch Invalidierungen lernt das Kind, dass seine persönlichen Erfahrungen nicht geteilt werden oder ungültig sind. Folglich beginnt es, an der Wahrhaftigkeit seiner Gedanken oder intensiven Gefühle und an sich selbst zu zweifeln. Ferner sucht das Kind in seiner Umgebung nach Hinweisen, wie es denken, fühlen und handeln soll. Außerdem lernt es durch die invalidierenden Beziehungserfahrungen nicht,

seine eigenen Gefühle zu regulieren oder unangenehme Situationen auszuhalten (Bohus & Bathruff, 2000; Bohus, 2019; Fruzzetti et al., 2005; Linehan, 1993a).

Eine Vielzahl von Studien veranschaulicht die möglichen Auswirkungen von Invalidierungen auf die spätere Entwicklung eines Menschen. Einige Untersuchungen zeigen, dass Invalidierungen durch die Eltern eng mit einer eingeschränkten Emotionsregulation und geringeren Beziehungszufriedenheit sowie vermehrten Verhaltensproblemen von Kindern in der Adoleszenz verbunden zu sein scheinen (Buckholdt et al., 2014; Shenk & Fruzzetti, 2014). Bei Menschen mit einer BPS können sie zu vermehrten Funktionsbeeinträchtigungen in Partnerschaften im Erwachsenenalter (Selby et al., 2008) und zur Ausbildung geringer sozialer Problemlösekompetenzen führen (Bray et al., 2007). Ferner stützen Studien die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Invalidierungen durch die Familie oder Gleichaltrige und der wahrgenommenen Intensität und Rate negativer Gefühle bei Menschen mit einer BPS (Shenk & Fruzzetti, 2011, 2014; Selby et al., 2013).

Die wechselseitige Wirkung von einer biologischen Veranlagung zur emotionalen Empfindlichkeit und Invalidierung durch das soziale Umfeld führt nach Linehan (1993a) zur Störung der Emotionsregulation (vgl. Abbildung 1). Die biologischen und sozialen Faktoren können individuell unterschiedlich stark ausgebildet sein. So kann ein Mensch mit einer starken biologischen Veranlagung zur emotionalen Empfindlichkeit, der wenig invalidierende Erfahrungen gemacht hat, eine Störung der Emotionsregulation entwickeln. Ebenso kann bei einer geringen biologischen Veranlagung zur emotionalen Sensibilität aufgrund ausgeprägter Invalidierungserfahrungen eine Störung der Emotionsregulation entstehen (Wewetzer & Bohus, 2016).

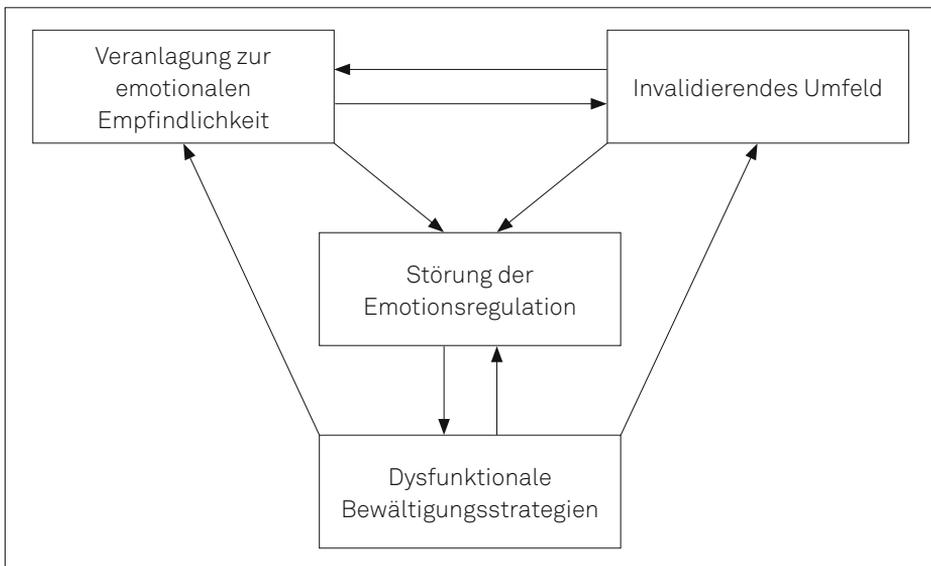


Abbildung 1: Das biosoziale Modell (Linehan, 1993a)

Besitzt ein Kind ein erhöhtes emotionales Erregungsniveau, eine hohe Reaktivität auf emotionale Reize, braucht lange, um sich zu beruhigen und wächst in einem Umfeld auf, das nicht weiß, wie es das Kind in seinem Erleben unterstützen kann, führt das im Laufe der Zeit zu einer emotionalen Dysregulation. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass Gefühle sehr schmerzhaft erlebt werden und mit einer hohen aversiven emotionalen Erregung bzw. Anspannung einhergehen (Stiglmayr et al., 2001; Stiglmayr et al., 2005). Außerdem können Menschen mit einer Störung der Emotionsregulation ihre Gefühle und Handlungsimpulse schwerer steuern und lassen sich leichter von ihren plötzlich einschießenden, intensiven und schnell wechselnden Gefühlen, wie z. B. Dysphorie, Irritation, Wut, Feindseligkeiten oder Panik, leiten (Hill et al., 2008; Trull et al., 2008). Zudem können sie ihre Gefühle unter starker innerer Anspannung oft nicht identifizieren und benennen (Ebner-Priemer et al., 2007). Dazu sind die Wahrnehmung, das Denken und Handeln unter extremer Anspannung stark eingeengt. Langfristige Ziele werden in diesem Zustand nicht mehr berücksichtigt, und funktionale Handlungs- und Problemlösefähigkeiten sind sehr eingeschränkt. Um den unerträglichen Zustand zu beenden, setzen Betroffene dysfunktionale Bewältigungsstrategien zur Emotionsregulation und Abschwächung der Anspannung ein. Hierzu gehören z. B. selbstverletzendes oder suizidales Verhalten, Alkohol- und Substanzmissbrauch, impulsives oder aggressives Verhalten und Dissoziation (Hill et al., 2008; Selby et al., 2008; Stiglmayr et al., 2008; Trull et al., 2008). Da dysfunktionale Bewältigungsstrategien nur kurzfristig wirksam sind, müssen sie immer wieder zur Regulation von Gefühlen und Anspannung eingesetzt werden und verstärken dadurch die Störung der Emotionsregulation, die Veranlagung zur emotionalen Empfindlichkeit und die invaliderenden Reaktionen aus dem Umfeld. Eine andauernde Invalidierung wiederum kann die emotionale Empfindlichkeit sowie die Störung der Emotionsregulation verstärken und zu erneuten invalidierenden Reaktionen führen (vgl. Abbildung 1). Mit großer Wahrscheinlichkeit werden dadurch pathologische und belastende familiäre Interaktionsmuster begünstigt. Zwar berücksichtigt die biosoziale Theorie, dass Problemverhaltensweisen von Menschen mit BPS einen Einfluss auf die Angehörigen haben, sie lässt aber außer Acht, dass sich die Betroffenen und ihre Familien reziprok beeinflussen. Zahlreichen Untersuchungen zufolge scheinen psychische Erkrankungen dysfunktionale Familieninteraktionen zu fördern und umgekehrt (Keitner et al., 1987, 1992).

Transaktionales Modell

Fruzzetti und Shenk (2008) greifen diese Erkenntnisse der reziproken Beeinflussung von Schwierigkeiten eines Menschen mit BPS und der Invalidierungen des sozialen Umfelds auf. Die BPS ist aus ihrer Sicht sowohl eine individuelle Störung als auch eine Beziehungsstörung. Sie stellen dysfunktionale familiäre Interaktionen in den Fokus ihres transaktionalen Modells zur Entstehung und Aufrechter-

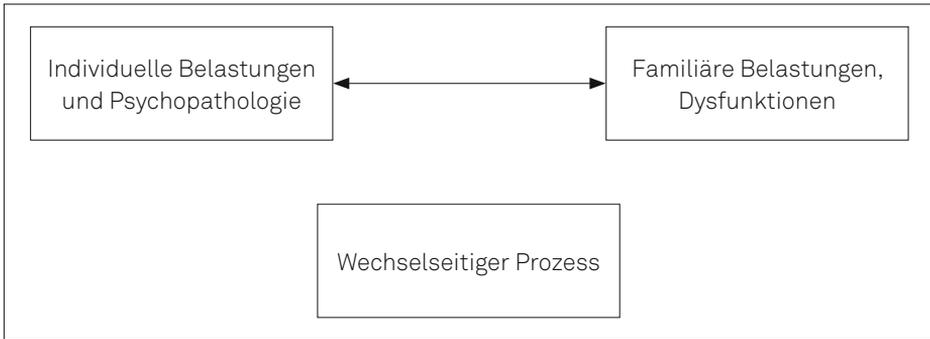


Abbildung 2: Wechselseitiger Prozess (Fruzzetti & Shenk, 2008)

haltung der BPS. Das transaktionale Modell basiert auf der Annahme, dass ein wechselseitiger Prozess zwischen einem Menschen mit einer BPS und seinem familiären Umfeld existiert (vgl. Abbildung 2): Das Denken, Fühlen und Verhalten eines Menschen wirken sich auf sein Gegenüber aus und umgekehrt. Funktioniert eine Paar- oder Eltern-Kind-Beziehung nicht richtig, dann beeinträchtigt das alle Beteiligten. Belastungen eines Menschen mit einer BPS und die Belastungen seiner Angehörigen beeinflussen sich wechselseitig.

Nach diesem Modell entsteht eine erhöhte emotionale Spannung durch drei aufeinandertreffende Ursachen (vgl. Abbildung 3): (1) der Eintritt eines unerwünschten Ereignisses, (2) eine vorhandene emotionale Vulnerabilität und (3) die Bewertungen des Ereignisses. Eine erhöhte emotionale Spannung wirkt sich wiederum auf das Denken eines Menschen aus. Die Fähigkeit zu komplexen Denkprozessen nimmt unter ansteigender Spannung ab, und meistens ist nur noch ein Schwarz-Weiß-Denken möglich. War ein Mensch bis dahin nicht bewertend, wird er es spätestens jetzt aufgrund der hohen emotionalen Spannung sein. Als Konsequenz der hohen emotionalen Anspannung zeigt der Betroffene Problemverhalten und/oder äußert seine Gefühle unangemessen. D.h. er äußert Gefühle, die nicht direkt in Verbindung mit dem auslösenden Ereignis stehen, sondern ein Produkt seiner Bewertungen sind und dadurch in der Situation unangemessen oder in der Dosis zu stark sind. Dies macht es für die Familienmitglieder schwer, zu verstehen, warum der Betroffene gerade jetzt so reagiert. Die Angehörigen ihrerseits unterliegen eigenen Bewertungen und Vulnerabilitäten und reagieren möglicherweise selbst mit einem Anstieg von Anspannung. Auch dies macht es ihnen schwer, angemessen zu reagieren. Die Folge sind nun invalidierende Reaktionen der Familienmitglieder. Diese Invalidierungen erhöhen abermals die Anspannung bei der andern Person und führen zu weiterem unangemessenem Gefühlsausdruck oder Problemverhalten. Invalidierende Reaktionen des Umfeldes sind somit weitere Ursache für eine erhöhte emotionale Spannung. Sie ergänzen die Geschichte fortwährender invalidierender Reaktionen, wodurch die emotionale Vulnerabilität verstärkt wird. So schließt sich der Kreis (Fruzzetti & Shenk 2008).

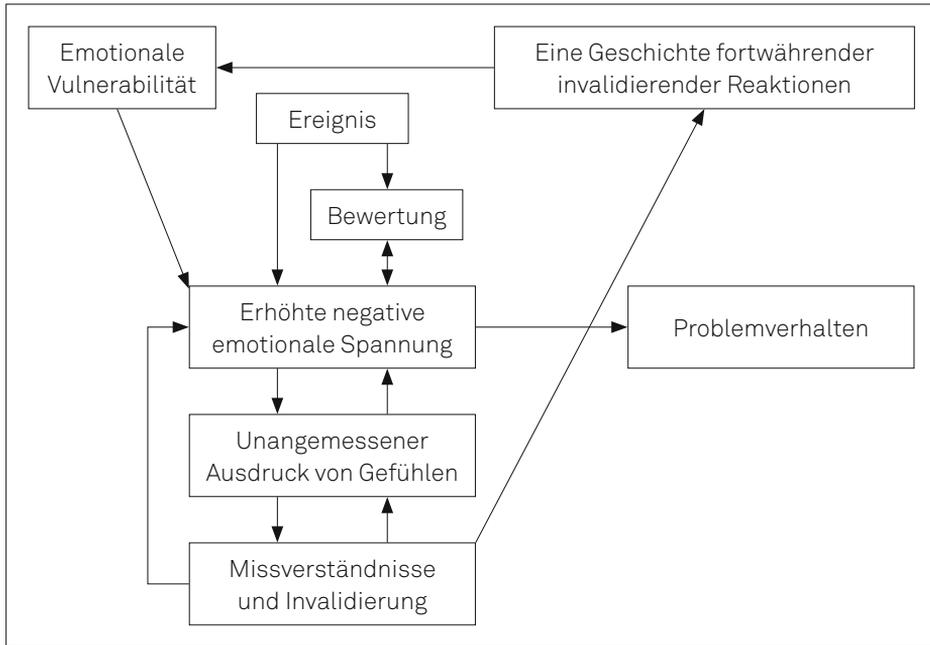


Abbildung 3: Transaktionales Modell zur Entstehung der BPS (Fruzzetti & Shenk, 2008; Fruzzetti & Worrall, 2010)

Fallbeispiel

Herr M. hat zugesagt, seine Frau von der Arbeit abzuholen. Er erscheint verspätet (Ereignis). Frau M. hat Angst (primäres Gefühl), dass ihrem Mann etwas passiert sein könnte. Aufgrund der Kindheitserfahrungen von Frau M., dass ihre Mutter sie oft nicht wie vereinbart nach Kindergarten- und Schulschluss abgeholt hatte, bewertet sie das zu späte Erscheinen als „große Unverschämtheit“ (Bewertung). Dies erhöht ihre emotionale Spannung. Vor dem Hintergrund ihrer emotionalen Vulnerabilität steigt ihre Spannung in den Hochspannungsbereich (erhöhte negative emotionale Spannung). Frau M. reagiert mit starkem Ärger und macht Herr M. heftigste Vorwürfe (unangemessener Gefühlsausdruck). Herr M. fühlt sich zu Unrecht beschuldigt, da er im Stau stand, sie deshalb nicht pünktlich abholen konnte, und verbietet sich ärgerlich ihren Ton (Invalidierung des primären Gefühls von Frau M.). Seine Verärgerung empfindet Frau M. wiederum als invalidierend, was ihre Spannung weiter ansteigen und sie noch ärgerlicher werden lässt. Dieses Ereignis reiht sich in ihre „Geschichte fortwährender invalidierender Reaktionen“ ein.

Vor dem Hintergrund des wechselseitigen Einflusses zwischen Menschen mit einer BPS und ihrer Angehörigen, der wesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung der BPS beiträgt und zu Belastungen bei allen Beteiligten führen kann, ist die

Einbeziehung von Familienangehörigen in die Therapie von Menschen mit einer BPS essenziell (Fruzzetti et al., 2007; Hoffman et al., 2007). Studien unterstreichen den Einfluss einer verbesserten familiären Interaktion auf den Behandlungserfolg von Menschen mit einer BPS und das Wohlergehen von Familien (Hoffman et al., 2005, 2007). Folgerichtig sollten sowohl Menschen mit einer BPS als auch deren Angehörige individuelle Skills und Familienskills lernen.

1.2 Belastungen von Angehörigen durch die Borderline-Erkrankung eines Familienmitglieds

Die BPS-Symptomatik, einschließlich emotionaler Instabilität, Impulsivität und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, ist nicht nur für die Betroffenen schmerzhaft, sondern auch für das gesamte soziale Umfeld, einschließlich der Familie. Es gibt bisher nur eine begrenzte Anzahl von Untersuchungen, die sich mit der Sicht der Angehörigen und den Auswirkungen der BPS auf Familien auseinandergesetzt hat.

Mangelnde Unterstützung durch das Gesundheitssystem. Angehörige sind meist die engsten Bezugspersonen der Betroffenen und bräuchten eine engmaschige Unterstützung durch das Gesundheitssystem. In der Regel werden sie jedoch selten in die Behandlung der Borderline-Betroffenen einbezogen und erfahren kaum fachlichen Rat und Unterstützung. Sie wissen wenig über die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Hoffman et al., 2003), sodass es ihnen teilweise schwer möglich ist, bestimmte Verhaltensweisen einzuordnen oder weniger persönlich zu nehmen. Im Umgang mit der Borderline-Symptomatik fehlen ihnen hilfreiche Umgangs- und Bewältigungsstrategien. Sie berichten, sich von Gesundheitsdiensten nicht genügend unterstützt oder sogar diskriminiert zu fühlen. Sie geben an, widersprüchliche Beratungen erhalten und nur wenig Kenntnisse über unterstützende Dienste zu haben. Allgemein berichten Angehörige und Betroffene häufig von Zweifeln am Gesundheitssystem (Dunne & Rogers, 2013; Ekdahl et al., 2011; Giffin, 2008; Kirtley et al., 2019; Lawn & McMahon, 2015; Miller & Skerven, 2017).

Auftretende Belastungen bei Angehörigen. Angehörige unterliegen meist chronischem Stress, der durch die Symptomatik eines Familienmitglieds mit einer BPS bedingt ist (Giffin, 2008). Symptome der BPS, die zu einer besonderen Belastung führen können, sind z. B. Stimmungsschwankungen, Impulsivität, Selbstverletzungen, Suizidversuche oder -drohungen und Wutanfälle. Sowohl die objektive als auch die subjektiv erlebte Belastung ist bei Angehörigen von BPS-Betroffenen höher als bei Angehörigen von Menschen mit anderen psychischen Störungen (Bailey & Grenyer, 2014; Pearce et al., 2017) und als in der Allgemeinbevölkerung (Riso et al.,

2000; Scheirs & Bok, 2007). Die wahrgenommene Stigmatisierung, emotionale Überbeteiligung, Kritik und Bedrohung durch starke Gefühle der Betroffenen ist bei Angehörigen von Patienten mit einer BPS ebenfalls höher als bei Angehörigen von Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Kirtley et al., 2019). Außerdem berichten Angehörige von der Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens, Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, Schuldgefühlen und Trauer sowie sozialer Isolation (Bailey & Grenyer, 2014; Bailey & Grenyer, 2015; Grenyer et al., 2018; Hoffman et al., 2007; Wilks et al., 2017). Angehörige sind verglichen zur Normalbevölkerung ängstlicher, depressiver, feindseliger, misstrauischer und weisen mehr somatische Beschwerden auf (Scheirs & Bok, 2007). Zudem scheinen Angehörige in der Beziehung zu BPS-Betroffenen dazu zu neigen, nach Harmonie zu streben. Dies kann wiederum mit einer Beeinträchtigung des eigenen Wohlbefindens und einer höheren Belastung des familiären Umfeldes einhergehen (Kay et al., 2018). Studienergebnisse sprechen dafür, dass Eltern von Töchtern mit einer BPS subjektiv in der emotionalen Gesundheit und der körperlichen Beanspruchung beeinträchtigt sind (Goodman et al., 2011). Des Weiteren fanden sich Hinweise dafür, dass bei den Angehörigen psychische Auffälligkeiten in Form von affektiven Störungen, Impulskontrollstörungen, Substanzabusus und Persönlichkeitsstörungen vorliegen können (Sansone & Sansone, 2009; Zanarini et al., 2004).

Auswirkungen auf die familiäre Interaktion. Familien, in denen ein Angehöriger unter einer BPS leidet, berichten verstärkt über intrafamiliäre Konflikte (Bailey & Grenyer, 2014). Sowohl Angehörige als auch Betroffene berichten von angespannten, dysfunktionalen Beziehungen (Ekdahl et al., 2011; Zanarini et al., 2005). Bei Paaren zeigen sich eine geringere Zufriedenheit in der Beziehung, Eheprobleme, Trennungen und Scheidungen (Blum et al., 2002; Bouchard & Sabourin, 2009; South et al., 2008) und auch Eltern-Kind-Beziehungen (Fruzzetti & Worrall, 2010) sind belastet. Angehörige berichten, sich für die Betroffenen verantwortlich zu fühlen. Auch ein Rollenkonflikt zwischen Partner und Fürsorger in Paarbeziehungen scheint zu Konflikten und Belastungen zu führen (Ekdahl et al., 2011; Greer & Cohen, 2018). Daten weisen darauf hin, dass negative Gefühle von Familienmitgliedern dadurch ausgelöst werden, dass sie die Betroffenen als dysreguliert im Gefühlsausdruck, Verhalten und in der Beziehung erleben (Kay et al., 2018). Eltern von Töchtern mit einer BPS geben an, dass sie sich in ihrer Ehezufriedenheit und ihrem Sozialleben beeinträchtigt fühlen (Goodman et al., 2011).

Circulus vitiosus. Natürlich lässt sich nicht immer trennen, ob die psychischen Beeinträchtigungen der Angehörigen ausschließlich eine Folge der Borderline-Symptomatik der Betroffenen sind oder bereits vorher vorlagen und dadurch die Symptomatik der Betroffenen verstärkt oder im Fall einer Eltern-Kind-Beziehung sogar mit ausgelöst wurde. Klar ist jedoch, dass sich die Borderline-Symptomatik als Stressor für die Betroffenen und für die Angehörigen und die familiären Beziehungen, darstellt (vgl. Abbildung 2). In Familien mit Borderline-Betroffene-

nen kommt es damit häufig zu einem *Circulus vitiosus*: invalidierendes Verhalten der Angehörigen fördert die Störung der Emotionsregulation bei den Betroffenen; die Störung der Emotionsregulation wiederum (und alles was daraus resultiert) verstärkt die Belastung in der Familie und fördert damit invalidierendes Verhalten zwischen den Familienmitgliedern. Die beschriebenen Forschungsergebnisse unterstreichen, wie wichtig die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung von BPS-Betroffenen ist.

1.3 Einbezug der Familie in die Behandlung von BPS-Betroffenen

Vor dem Hintergrund der empirischen Daten wurden einige Behandlungsansätze entwickelt, die Angehörige in die Behandlung einbeziehen. Es gibt kognitiv-verhaltenstherapeutische, mentalisierungsbasierte und dialektisch-behaviorale Programme. Alle Programme zielen weitgehend darauf ab, die Beziehungen von Angehörigen und Betroffenen mit BPS, die Unterstützung der Angehörigen untereinander und die Selbstfürsorge der Angehörigen zu verbessern. Die Angehörigen erwerben Wissen über die Störung und über die Zusammenhänge zwischen Verhaltensmustern in der Familie und dysfunktionalem Verhalten der Patienten sowie spezielle Fertigkeiten im Umgang mit sich selbst und mit den Betroffenen.

Es liegen nur wenige Behandlungsansätze aus anderen, nicht DBT-orientierten Therapieformen vor. Gunderson et al. (1997) entwickelten in Anlehnung an das Mehrfamilien-Programm bei Schizophrenie von McFarlane et al. (1995) das „Multifamily Psychoeducational Treatment of Borderline Personality Disorder“. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm für Borderline-Patienten und deren Angehörige oder Helfern, welches systemische Aspekte und Skillsvermittlung integriert, wurde von Blum et al. (2002) entworfen („STEPPS“: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving). Pearce et al. (2017) beschreiben einen Ansatz, in dem psychologisch fundiertes klinisches Fallmanagement, individuelle kognitiv analytische Therapie (CAT) und eine allgemeine psychiatrische Versorgung kombiniert werden. Hier wurden Familienmitglieder und Freunde von Adoleszenten mit einer BPS mit psychoedukativen Elementen versorgt („Making Sense of BPD“). Ein mentalisierungsbasiertes Programm für Angehörigen von Betroffenen mit einer BPS (MBT-FACTS: For families of People With Borderline Personality Disorder) entwickelten Bateman und Fonagy (2019).

All diese Ansätze geben erste Hinweise auf die positiven Effekte des Einbezugs von Angehörigen in die Therapie. Nur bei Bateman und Fonagy wird der Ansatz auch mit einer Kontrollgruppe verglichen (vgl. auch Kapitel 1.4).