



Masterarbeit

Ressourcen, Schutzfaktoren in der Dialektisch Behavioralen Therapie von Adoleszenten

Monika Rufer

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Kathrin Bonn, dipl. Psychologin
Dr. phil. Agnes von Wyl

Winterthur, November 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

INHALT

I	EINLEITUNG	3
II	THEORETISCHER TEIL	5
1	ALLGEMEINES ZU PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN IN DER ADOLESZENZ ...	5
2	BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	7
2.1	DEFINITION BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	7
2.2	KOMORBIDE ERSCHEINUNGSBILDER.....	8
2.3	DIAGNOSE UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK	10
2.4	EPIDEMIOLOGIE	10
2.5	ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE	10
2.5.1	<i>Biologische Faktoren</i>	11
2.5.2	<i>Psychosoziale Faktoren</i>	11
2.5.3	<i>Neurobehaviorales Entstehungsmodell</i>	12
2.5.4	<i>Multifaktorielles Ätiologiemodell</i>	12
3	DIALEKTISCH BEHAVIORALE THERAPIE (DBT)	14
3.1	DIALEKTISCH BEHAVIORALE THERAPIE FÜR JUGENDLICHE (DBT-A)	14
3.2	GRUNDPRINZIPIEN UND BEHANDLUNGSMODULE DER DBT.....	15
3.3	BEHANDLUNGSMODUL EINZELTHERAPIE	16
3.4	BEHANDLUNGSMODUL FERTIGKEITSTRAINING (SKILLS-TRAINING) IN DER GRUPPE	19
3.5	SUPERVISIONSGRUPPE FÜR THERAPEUTEN.....	20
3.6	TELEFONBERATUNG	20
3.7	STATIONÄRE BEHANDLUNG.....	20
3.8	STAND DER WIRKSAMKEITSFORSCHUNG	21
3.8.1	<i>DBT bei Adoleszenten</i>	21
3.8.2	<i>Weitere Störungsbilder</i>	21
4	RESSOURCEN, SCHUTZFAKTOREN UND RISIKEN	22
4.1	BEGRIFFE UND KONZEPTE.....	22
4.2	SCHUTZ- UND KOMPENSATIONSFAKTOREN.....	23
4.2.1	<i>Personale Schutzfaktoren</i>	26
4.2.2	<i>Familiäre Schutzfaktoren</i>	30
4.2.3	<i>Soziale Schutzfaktoren</i>	33
4.2.4	<i>Gender</i>	34
4.2.5	<i>Kumulative Wirkung von Schutzfaktoren</i>	34
4.2.6	<i>Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf</i>	35
4.2.7	<i>Interkulturelle Aspekte und Migration</i>	35
III	EMPIRISCHER TEIL	36
5	FRAGESTELLUNG	36
6	METHODE	36
6.1	DESIGN	36
6.2	INTERVIEWPARTNER.....	36
6.3	DURCHFÜHRUNG	37
6.4	AUSWERTUNGSMETHODEN	38

7	ERGEBNISSE	38
7.1	DBT.....	38
7.1.1	<i>Störungsbilder</i>	38
7.1.2	<i>Zentrale Aspekte der DBT</i>	39
7.1.3	<i>Entwicklungsaspekt in der Therapie</i>	41
7.1.4	<i>Unterschiede in der ambulanten und stationären Therapie</i>	42
7.1.5	<i>Phasen der Therapie</i>	43
7.1.6	<i>DBT-A</i>	43
7.1.7	<i>Skillsgruppe versus Einzeltherapie</i>	44
7.1.8	<i>Familie und Angehörige in der Therapie</i>	45
7.1.9	<i>Migrationshintergrund von Patienten</i>	46
7.1.10	<i>Kontraindiziert</i>	47
7.2	RESSOURCEN.....	48
7.2.1	<i>Ressourcen in der Praxis</i>	48
7.2.2	<i>Ressourcen der Patienten</i>	49
7.2.3	<i>Ressourcen der Therapierenden</i>	49
7.2.4	<i>Ressourcenorientiertes Arbeiten</i>	51
7.3	SCHUTZFAKTOREN.....	53
7.3.1	<i>Verständnis von Schutzfaktoren in der Praxis</i>	53
7.3.2	<i>Bewertung von Schutzfaktoren</i>	53
8	DISKUSSION	61
8.1	ZUSAMMENFASSUNG.....	61
8.1.1	<i>Zusammenfassung unter Einbezug der Literatur</i>	61
8.1.2	<i>Zusammenfassung unter Einbezug der Fragestellung</i>	68
8.2	KRITISCHE REFLEXION – METHODEN.....	71
8.3	KRITISCHE REFLEXION – INHALT.....	72
8.4	AUSBlick.....	73
IV	ABSTRACT	75
V	LITERATUR	76
VI	ABBILDUNGEN	82
VII	TABELLEN	82
VIII	ANHANG	83
A.	INTERVIEWLEITFADEN.....	83
B.	Q-SORT.....	84
C.	KATEGORISIERTE ZUSAMMENFASSUNG.....	85

I Einleitung

Für die psychotherapeutische Arbeit mit Adoleszenten braucht es Fingerspitzengefühl und die Fähigkeit, verschiedene Ebenen gleichzeitig zu beachten. Die Therapie soll störungsspezifische Besonderheiten berücksichtigen und die für das Alter typischen Entwicklungsaufgaben wie Ablösung von der Kernfamilie, pflegen von Freundschaften und Sexualität und die soziale Transition vom Schüler zum Berufseinstieg bzw. Studium integrieren. In der Literatur finden sich wenige evaluierte Therapieprogramme für Adoleszente, eines davon ist die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Marscha M. Linehan (1996), die spezifisch für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline entwickelt und von Miller, Rathus und Linehan (2007) für Adoleszente angepasst wurde. In diversen Studien konnte die Wirksamkeit der DBT nachgewiesen werden, aber es gibt nur wenige Studien zur Wirksamkeit von DBT bei Adoleszenten (Backer, Miller, & van den Bosch, 2009). Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass auch Patienten mit anderen Störungsbildern und Symptomen von der DBT profitieren können. So unter anderem Patienten, die folgende Störungsbilder zeigen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa (Chen, Matthews, Allen, Kuo, & Linehan, 2008; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007), emotionale Störung mit Trennungsangst (Stippel, Krischer, & Lehmkuhl, 2008), Störung der Impulskontrolle und delinquentes Verhalten (Nelson-Gray et al., 2006; Quinn & Shera, 2009), bipolare Störungen (Goldstein, Axelson, Birmaher, & Brent, 2007), depressive Episoden (Katz, Fotti, & Postl, 2009), diverse Persönlichkeitsstörungen (Schmeck, 2008) und Substanzmissbrauch (Conason, Oquendo, & Sher, 2006). In der DBT wird bei der Beziehungsgestaltung grosser Wert auf eine Balance zwischen Unterstützung und wohlwollend fordernder Haltung gegenüber dem Patienten gelegt. Dabei sollen die Therapierenden optimistisch und ressourcenorientiert arbeiten.

Die Psychotherapieforschung hat bisher weniger die individuellen Eigenschaften und Merkmale einzelner Patientinnen und Patienten fokussiert, sondern hat vielmehr das Augenmerk auf die Art der Therapieform und deren Wirkung gelegt. Resultate gross angelegter Studien in der Prozess-Outcome-Forschung deuten jedoch darauf hin, dass Patientenmerkmale einen grösseren Einfluss auf den Therapie-Outcome haben als die Effekte der jeweilig angewandten Therapieform (Ablon & Jones, 1999; Zuroff u. a., 2000). Eine sorgfältige Analyse der Patientenvariablen sollte gemäss diesen Ergebnissen wichtige Erkenntnisse zum Therapieerfolg liefern.

Ressourcen sind aktuell verfügbare Potenziale, die die Entwicklung unterstützen. Unter pathologischen Umständen werden Ressourcen in Schutzfaktoren zur Krankheitsvorbeugung und

kompensatorische Faktoren zur Krankheitsbewältigung unterteilt (Petermann & Schmidt, 2006). Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch soziale, familiäre und personale Ressourcen und Belastungen beeinflusst (Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007; Wille, Bettge, Ravens-Sieberer, & the BELLA study group, 2009). Die personalen Ressourcen beinhalten neben den kognitiven und affektiven auch körperliche Ressourcen und biologische Korrelate, wobei diese Arbeit nicht darauf eingeht, weil diese psychotherapeutisch nicht direkt verändert werden können. Petermann und Schmidt (2006, S. 125) führen drei Kriterien auf, die eine ressourcenorientierte Therapie definieren: *„Die Nutzung offensichtlicher Ressourcen, die Heranziehung vorhandener, aber aktuell nicht wahrgenommener, bzw. einbezogener Ressourcen und die Ausrichtung auf die Schaffung neuer Ressourcen“*.

Mit dieser Arbeit soll untersucht werden, wie Therapierende die Ressourcen erfassen und wie sie diese in der Therapie einsetzen und berücksichtigen. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, ob es Phasen oder Situationen gibt, bei denen die Ressourcenorientierung kontraindiziert ist. Es werden dabei Therapierende befragt, die mit Adoleszenten arbeiten. In der Diskussion sollen die Resultate der Interviews mit den Resultaten der Ressourcenforschung verglichen werden.

Die Arbeit fokussiert die entwicklungspsychologische Periode der Adoleszenz. Demzufolge werden Störungsbilder, Behandlungsansätze, Risiken und Ressourcen, wenn nichts anderes erwähnt, für diesen Lebensabschnitt beschrieben. Die Adoleszenz beschreibt den Zeitraum zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter, und wird von vielen Autoren zwischen dem 11. und dem 21. Lebensjahr eingeordnet. Es wird oft zwischen früher, mittlerer und später Adoleszenz unterschieden (Flammer & Alsaker, 2002).

Gegliedert ist die Arbeit in drei Teile. Nach der Einführung (Teil I) wird im folgenden Teil II auf den theoretischen Hintergrund von Persönlichkeitsstörungen allgemein und auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz im Besonderen eingegangen. Darauf aufbauend wird die Dialektisch Behaviorale Therapie sowie deren Weiterentwicklung und Evaluation dargestellt. Beendet wird der Theorieteil mit dem Thema Ressourcen, Schutzfaktoren und Risiken. Dabei werden grundlegende Begriffe definiert und die Subtypen personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren aufgezeigt. In Teil III werden die empirischen Methode vorgestellt, die Ergebnisse präsentiert und abschliessend in der Diskussion kritisch erörtert. Die Arbeit endet mit einem Ausblick in die Zukunft.

II Theoretischer Teil

1 Allgemeines zu Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz

Im Zentrum stehen bei Persönlichkeitsstörungen tief verwurzelte, stabile Verhaltensmuster, die zu starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensbedingungen führen und verbunden sind mit Pathologischem im Wahrnehmen, Denken und Fühlen und in der Gestaltung von Beziehungen (Tress, Wöller, Hartkamp, Langenbach, & Ott, 2002). Diese durchgehenden Verhaltensmuster führen zu subjektivem Leiden des/der Betroffenen und/oder seiner/ihrer Umwelt und dürfen durch keine andere psychische oder hirnrorganische Störung bedingt sein. Die Störung beginnt in der Kindheit oder Adoleszenz und ist bis ins Erwachsenenalter persistent. Tabelle 1 zeigt die diagnostischen Leitlinien nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Dilling, 2005) und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association (Saß, Wittchen, & Zaudig, 2003), welche kategorial aufgebaut sind.

Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter werden kontrovers diskutiert. Aufgrund von Bedenken gegenüber einem zu frühen Labeling und der damit verbundenen Stigmatisierung, wird in der Praxis oft davon abgesehen, Persönlichkeitsstörungsmerkmale im Kindesalter und der Adoleszenz zu diagnostizieren. Zudem wird von einem Teil der Forschenden angezweifelt, ob die Persönlichkeit als stabiles Konstrukt auf das Kindesalter angewendet werden kann (Krischer, Sevecke, Döpfner, & Lehmkuhl, 2006). Neuere Daten aus der Verlaufsforschung weisen darauf hin, dass Persönlichkeitsstörungen zeitlich weniger stabil sind, als bisher angenommen (Herpertz, 2006). Selbst bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die mit einer besonders schwierigen Prognose assoziiert wird, liegen die Remissionsraten bei ca. 30% innerhalb von 3 Jahren bzw. bei 50% innerhalb von 4 Jahren und sogar bei 75% innerhalb von 10 Jahren und das erneute Auftreten der Störung ist selten (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Richtet man den Blick auf die Forschung der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung, differenziert sich das Bild. Zumindest ab der Präadoleszenz können Persönlichkeitsstörungsmerkmale identifiziert werden. Krischer et al. (2006) berichten, dass die persönlichkeitsbedingten Problemverhaltensmuster von Adoleszenten mit den Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter korrespondieren.

In der Klassifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen ist die dimensionale Klassifizierung der kategorialen Klassifizierung klar überlegen, weil dimensionale Klassifizierungen sensibler für die Erfassung entwicklungspezifischer Besonderheiten sind Herpertz,

Tabelle 1

Diagnostische Leitlinien: Persönlichkeitsstörungen

ICD-10	DSM-IV
Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf beträchtliche Hirnschädigungen oder –krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen folgende Kriterien: Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.	Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: 1. Kognition (die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren) 2. Affektivität (die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen) 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen 4. Impulskontrolle
Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.	Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.	Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.	Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.	Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.	Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Herpertz-Dahlmann, & Sass, 2008). Mit dem Modell der dimensionalen Klassifizierung wird angenommen, dass eine Persönlichkeitsstörung das Extrem einer kontinuierlichen Verteilung von „normalen“ Persönlichkeitsmerkmalen darstellt. Die im erwachsenen Bereich etablierten fünf grundlegenden Faktoren (big five) konnten in diversen Studien bereits im Grundschulalter mittels Faktorenanalysen (vier von fünf Faktoren) durch Eltern- und Lehrerfragebögen nachgewiesen werden: Offenheit, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit (Loeber et al., 2001). Ab der Adoleszenz konnten alle fünf Faktoren (also auch die Extraversion) nachgewiesen werden (Lamb, Chuang, Wessels, Broberg & Hwang, 2002).

Persönlichkeitsstörungen werden bis heute kategorial in ICD-10 und DSM-IV dargestellt. Das bringt einerseits klare Richtlinien für die Diagnostik mit sich, lässt sich aber schlecht

mit neueren Forschungsergebnissen vereinbaren, die durch dimensionale Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen ein differenzierteres Bild erkennen lassen. Im folgenden Kapitel wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt.

2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

2.1 Definition Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist geprägt von tiefgreifenden Mustern an Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, sowie von deutlicher Impulsivität (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009). Leitsymptome sind einschneidende Zustände von intensiver emotionaler Erregung, oft gekoppelt mit dissoziativer Symptomatik und vorübergehenden Einschränkungen der Kognitionen und der Planungsfähigkeit. Dysfunktionales Verhalten wie z.B. Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten oder bulimische Attacken werden von den Patientinnen eingesetzt, um diese intensiven aversiven Emotionen erträglich zu machen (Bohus & Schmahl, 2007). Das DSM-IV benennt die Instabilität als Hauptmerkmal und gibt weitere sieben Kriterien an (Tabelle 2), von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen, um die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen zu können (Saß et al., 2003).

Tabelle 2

Weitere Kriterien nach DSM-IV, zit. nach (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009)

DSM-IV
<p>Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden 2. Zwischenmenschliche Beziehungen pendeln zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung 3. Selbstbild ist von andauernder Instabilität gekennzeichnet 4. Zeigen Muster selbstschädigender Impulsivität mit entsprechenden autoaggressiven Symptomäquivalenten (z.B. Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten und Substanzmissbrauch) 5. Affektive Instabilität 6. Heftige Wut 7. Chronisches Gefühl der inneren Leere

In der ICD-10 (Tabelle 3) wird die emotional instabile Persönlichkeitsstörung in den Borderline-Typ und den impulsiven Typ unterteilt, wobei letzterer häufiger bei männlichen Jugendlichen zu finden ist. Auch die Altersgrenzen für eine Diagnose werden unterschiedlich gehandhabt. Während in der ICD-10 eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem 16. bis 17. Lebensjahr nicht diagnostiziert werden soll, kann im DSM-IV bei Kindern und Jugendlichen eine Diagnose gestellt werden, wenn sich bestimmte Züge als tiefgreifend und persistent zeigen.

Tabelle 3
ICD-10 Kriterien (Dilling, 2005)

EMOTIONAL INSTABILE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deutliche Neigung, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln. 2. Wechselnde, instabile Stimmung. 3. Die Fähigkeit voranzuplanen ist gering. 4. Ausbrüche intensiven Ärgers können oft zu gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen. 5. Gewalttätiges und explosives Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. 6. Störungen und Unsicherheiten über das Selbstbild, Ziele und die „inneren Präferenzen“ (einschliesslich der sexuellen). 7. Chronisches Gefühl innerer Leere. 8. Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen. 9. Übermässige Anstrengungen, nicht verlassen zu werden. 10. Suiziddrohungen oder selbstschädigende Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen). <p>Die Diagnose des Borderline-Typus (F60.31) wird gestellt, wenn zum einen mindestens 2 der Kriterien 1-5 erfüllt sind und sich mindestens 1 Kriterium 6-10 findet. Die Diagnose impulsiver Typus (F60.30) soll gestellt werden, wenn gewalttätiges und bedrohliches Verhalten häufig sind, vor allem bei Kritik durch andere.</p>

2.2 Komorbide Erscheinungsbilder

Eine allgemein anerkannte Symptomatologie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kinder und Jugendliche gibt es noch nicht. Streeck-Fischer und Freyberger (2009) führen für Kinder und Jugendliche fünfzehn psychodynamische Merkmale auf (Tabelle 4) und weisen darauf hin, dass die Symptomatik vielfältig und wechselnd sein kann.

Bei weiblichen Jugendlichen führen Herpertz-Dahlmann und Herpertz (2007) als häufige Komorbidität Essstörungen, insbesondere vom bulimischen oder bulimisch-anorektischen Typus auf. Ebenfalls werden auch Binge-eating-Störungen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung assoziiert. Zudem sollen Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie Glücksspielsucht abgeklärt werden. Am häufigsten sind affektive Störungen (40-80%), die von Dysthymie bis hin zur schweren depressiven Episode reichen, sowie Angsterkrankungen insbesondere soziale Phobie und Panikstörung. Bohus und Schmahl (2007) zeigen auf, dass bei jüngeren Personen die Borderline-typischen Erlebens- und Verhaltensmuster in depressiven Episoden auftreten können und Selbstverletzungen zur Stimmungsaufhellung benützt werden. Deshalb fordern die Autoren, dass die Erlebens- und Verhaltensmuster auch ausserhalb von depressiven Episoden beobachtet werden müssen, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren.

Tabelle 4

Symptome und Verhalten von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009)

MERKMALE, DIE JUGENDLICHE MIT BORDERLINE-ENTWICKLUNG ZEIGEN KÖNNEN.
Diskrepante Entwicklung: Sie können zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus oszillieren und so zeigt sich ein abrupter Wechsel zwischen altersgemäßem Verhalten und kleinkindhaftem oder auch psychosenahem Verhalten mit bizarrem Denken und überwältigender Angst.
Störung der Realitätsprüfung: Eine Regression auf psychotischem Niveau, kann als vorübergehende Coping-Strategie zur Bewältigung der auslösenden Konfliktsituationen sein. Dabei neigen sie zu projektiven Verzerrungen, Realitätsverleugnungen und -abblendungen. Dabei bleibt die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit der Realität trotz regressiver und mikropsychotischer Episoden bestehen.
Störung der Aggressivität und Impulsivität: Eine mangelnde Frustrationstoleranz führt zu Wutausbrüchen bei Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse. Das aggressiv-destruktive Verhalten ist so ungesteuert, dass es sich kaum sozial integrieren lässt, und dient als Verteidigungsmassnahme bei Angst und Bedrohung. Zudem weist eine Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf ein Weiterbestehen der Störung nach der Adoleszenz hin. Alkohol und Drogen werden als das Selbst regulierende Mittel oder als Stimulation bei mangelhaften inneren Strukturen eingenommen.
Autoaggression, Selbstschädigung: Sie neigen zu Unfällen und/oder Selbstverletzungen, um sich selbst zu regulieren oder dissoziative Zustände zu unterbrechen. Es mangelt ihnen an der Fähigkeit, Gefahren der Umwelt angemessen wahrzunehmen und die Konsequenzen der Handlungen zu erkennen.
Multiple (frei flottierende, diffuse) Ängste oder vollkommene Ausschaltung der Angst: Die Ich-Funktion der Signalangst fehlt und die Fähigkeit zur Angstbewältigung und Bindung an die Objekte ist unzureichend. So lösen Ängste massive Orientierungslosigkeit und Verwirrungszustände aus und münden in unterschiedliche Selbstzustände.
Störung der Sexualität mit bizarren, sadomasochistischen Phantasien: Es kann sich eine unangemessene Sexualisierung zeigen, jedoch liegt keine Phasendominanz der Triebentwicklung vor.
Gestörtes Identitäts- und Selbstgefühl: Borderline-Jugendliche schwanken zwischen Grössen- und Minderwertigkeitsgefühlen und kompensieren niedrige Selbstgefühle mit Flucht vor der Realität in Phantasien. Es fehlt ihnen die Fähigkeit, den Zustand der Selbstkohäsion zu schaffen.
Spaltungsmechanismen: Die Welt wird aufgeteilt in Gut und Böse in Bezug auf das Selbst und die Objekte. Das Selbst kann in ein vordergründig angepasstes Selbst und unintegrierte unsoziale Selbstanteile gespalten werden, was zu einer falschen Selbstentwicklung, einer Als-ob-Persönlichkeit führen kann, die nur vordergründig sich an die Umwelt angleicht.
Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen: Das ungesteuerte Verhalten von Borderline-Jugendlichen führt zu massiven Kontaktproblemen mit Gleichaltrigen.
Störung der Affektregulation: Es fällt ihnen schwer, Gefühle und Affekte zu unterscheiden und angemessen auszudrücken, was zu narzisstischen Wutausbrüchen oder Gefühlen der Einsamkeit, Nichtigkeit führt.
Suizidversuche, Anorexie/Bulimie, Suchtmittelabusus, Zwangsrituale, Konversionsstörungen, Agora- oder Klaustrophobie, Gewaltverhalten: Diese Verhaltensmerkmale können nur kurz oder andauernd sein, schnell und abrupt wechseln und ineinander übergehen.
Mangelnde Integration von guten und bösen Selbstobjekten: Die mangelnde Integration führt zu einem übermässig strengen bis sadistischen Über-Ich und einem unerreichbaren Ich-Ideal. Die Differenzierung zwischen Selbst und Objekt, Realität und Phantasie ist genauso gestört wie die zwischen den Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. So ist die Symbolisierungsfähigkeit schwer gestört und geht mit mangelnder Introspektion und Reflexion einher.
Dominanz primitiver Abwehrmechanismen: Projektive Identifikation, Spaltung, Idealisierung, anhaltende Verneinung und Verleugnung sind zu benennen.

Als weitere komorbide aber auch differenzialdiagnostische Störung ist die Posttraumatische Belastungsstörung und die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung zu beachten (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007). Im Erwachsenenalter werden noch Trink- und Schlafstörungen als weitere komorbide Diagnosen aufgeführt (Bohus & Schmahl, 2007).

2.3 Diagnose und Differentialdiagnostik

Es ist nicht immer einfach, die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter von einer juvenilen Psychose abzugrenzen, da beide Störungen im Jugendalter beginnen und mit Depersonalisations- bzw. Derealisationsphänomenen, sowie paranoidem bzw. pseudohalluzinatorischem Erleben einhergehen können. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind keine formalen Denkstörungen aber oft krisenhaft zugespitzte Affektdurchbrüche beobachtbar, die nur selten bei einer juvenilen Psychose beobachtet werden. Weiter soll auch das hyperkinetische Syndrom differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007). Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) unterscheidet sich durch den zeitlichen Zusammenhang des Auftretens von Symptomen der Belastungsstörung mit einem Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses. Zudem sind eine allgemeine Hyperreagibilität und selbstschädigendes Verhalten keine typischen Symptome der PTBS. Weiter gibt es häufige Überlappungen mit der Histrionischen sowie der Dependenten und Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (Herpertz & Wenning, 2003). Im Erwachsenenalter führt Bohus (2002) weitere Persönlichkeitsstörungen wie Ängstlich Vermeidende, Passiv-aggressive, Paranoide und Antisoziale Persönlichkeitsstörung auf.

2.4 Epidemiologie

Es liegen keine Daten zur Vorkommenshäufigkeit im Kindes- und Jugendalter vor, weil die ungeklärten Kriterien in den verschiedenen Klassifikationssystemen keine verlässlichen Resultate zulassen (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009). Bohus und Schmahl (2007) geben eine Punktprävalenz von ca. 1,5% in der Allgemeinbevölkerung an, wobei das Geschlechterverhältnis 60% Frauen zu 40% Männer war. Frauen suchen eher psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung (70% Frauenanteil). Männer tendieren eher zu Fremdaggression und kommen somit eher mit forensischen Abteilungen oder der Justiz in Berührung. In klinischen Populationen sind zwischen 10% und 20% Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung anzutreffen.

2.5 Ätiologie und Pathogenese

Es ist nicht restlos geklärt, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit ein Mensch Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln kann. Psychodynamische Ansätze rücken pathologische Teilobjektbeziehungen, die aufgrund schwerer chronischer Fremdaggression in der frühen Entwicklung entstehen können, ins Zentrum (Kernberg, 2001). Forschende der Bindungsforschung betonen, dass auf der von Kindern entwickelten „inneren Landkarte der Welt“, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Emotionen und kognitiven Schemata entstehen soll, was durch unkontrollierbaren Stress nicht möglich ist und zu Stö-

rungen führen kann (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009). Kernberg (2001) fokussiert zudem die wiederkehrenden komplexen traumatischen Belastungen, welche die Selbst-, Affekt- und Impulsregulation stark beeinträchtigen. Linehan geht davon aus, dass die Kombination von biologischen und umweltbezogenen Faktoren zu der Störung führen kann (Miller et al., 2007). Dieses Modell wird im Kapitel 2.5.3 vorgestellt und durch das multifaktorielle Ätiologiemodell im Kapitel 2.5.4 ergänzt. Zunächst werden die empirischen Ergebnisse zu genannten biologischen und psychosozialen Faktoren dargestellt.

2.5.1 Biologische Faktoren

Herpertz-Dahlmann und Herpertz (2007) weisen auf die geringe Studienzahl zur genetischen Disposition bei Borderline-Persönlichkeitsstörung hin und gehen auf die Studie von Torgersen (2000) ein, die die Prävalenzrate bei Zwillingen mit der allgemeinen Bevölkerung vergleicht und eine genetisch bedingte Varianz von 69% aufzeigt, wobei zu beachten ist, dass komorbide Störungen nicht berücksichtigt wurden. Bei dissoziativer Symptomatik lassen sich bis zu 55% der Varianz genetisch aufklären (Jang, Paris, Zweig-Frank, & Livesley, 1998). Neuropsychologische Untersuchungen machen Störungen in der emotionalen Informationsverarbeitung sichtbar. Eine Hypervigilanz kann kognitive Prozesse unterbrechen oder stören. Bildgebende Verfahren weisen zum einen auf eine Dysfunktion des präfrontalen Kortex, zum anderen auf eine gesteigerte Aktivität im Bereich der thalamo-amygdala-kortikalen Informationsschleifen hin. Der präfrontale Kortex übernimmt wesentliche Funktionen der Impulskontrolle. Die Störung der thalamo-amygdala-kortikalen Regelkreise geht mit einer gesteigerten Sensibilität für interne (d.h. im Gedächtnis gespeicherte) und äussere Ereignisse einher. Zudem wird die Löschung negativer Affekte verzögert (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007).

2.5.2 Psychosoziale Faktoren

Die Lebensgeschichten von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind oft von einer Vielfalt von gravierenden psychosozialen Belastungsfaktoren gekennzeichnet. Schwerwiegende Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und elterliche Gewalterfahrungen in der Kindheit, chaotische und feindselige Familienatmosphäre und ein entwürdigender Erziehungsstil werden von Herpertz-Dahlmann und Herpertz (2007) als wichtigste Faktoren benannt. Bohus (2002) führt zusätzlich das weibliche Geschlecht, Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, einer Schutz und Sicherheit stiftenden Person, die insbesondere die Wahrnehmung der Betroffenen teilt, auf und weist aber darauf hin, dass der kausale Zusammenhang zwischen erlebter Traumatisierung und Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht geklärt ist. Streeck-Fischer und Freyberger (2009) verweisen auf Studien, die bei den Eltern oder Grosseltern körperliche oder seelische

Krankheiten wie Suchterkrankungen, affektive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen festgestellt haben, was eine massive Beeinträchtigung der Entwicklung zur Folge haben kann.

2.5.3 Neurobehaviorales Entstehungsmodell

Linehans neurobehaviorales Entstehungsmodell (Abbildung 1) geht von genetischen und neurobiologischen Faktoren aus, wie z. B. der Neigung zu Dissoziationen, Störungen der Reizkontrolle und Affektmodulation, die mit psychosozialen Variablen, wie sexuellem Missbrauch oder emotionaler Vernachlässigung, eine fatale Kombination ergeben.

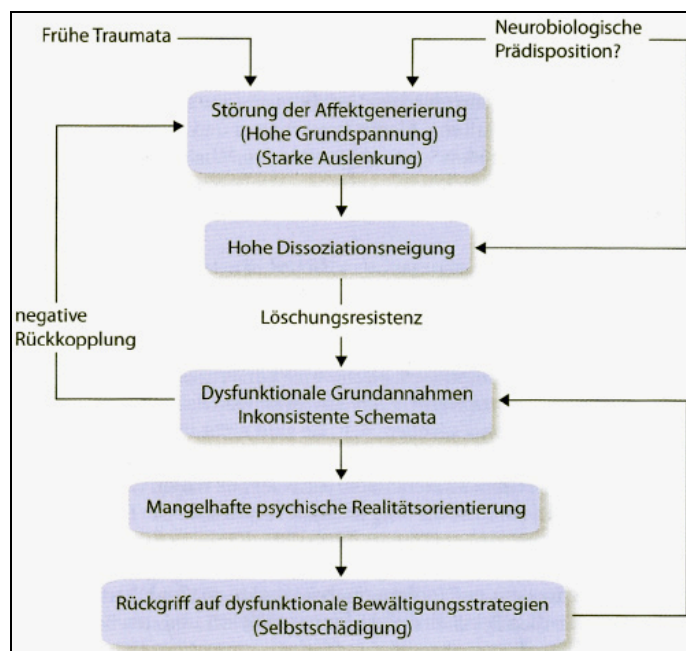


Abbildung 1. Wesentliche Faktoren des neurobehavioralen Entstehungskonzeptes der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus, 2002)

Es entwickeln sich dysfunktionale kognitiv-emotionale Schemata, die sich in der Störung der Identität, der Beziehungsregulation, der Affektregulation und der Handlungssteuerung zeigen. Diese Faktoren führen während der weiteren psychosozialen Entwicklung zu Störungen der Assimilations- und Adaptionsprozesse. Traumatische Erfahrungen können durch spätere positive Lernprozesse nicht relativiert werden und bestimmen weitgehend die Sicht der Welt als unberechenbarer und gefährlicher Ort (Bohus, 2002; Miller et al., 2007).

2.5.4 Multifaktorielles Ätiologiemodell

Wie bereits beschrieben, ist die Störung der Affektregulation bei der Borderline-Problematik zentral. Dabei ist die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen niedrig und das Erregungsniveau hoch. Erschwert wird das Leben der Borderline-Betroffenen dadurch, dass sie das emotionale Ausgangsniveau nur verzögert wieder erreichen und die unterschiedlichen Gefühle nicht differenziert wahrnehmen, sondern als quälende dif-

fuse Spannungszustände mit Hypalgesie (herabgesetzte Schmerzempfindung) und dissoziativen Symptomen erleben. Kurzfristig können selbstschädigende Verhaltensmuster die Spannungszustände lindern, die als negative Verstärker dazu beitragen, dass das Störungsbild aufrechterhalten bleibt (Bohus & Schmahl, 2007). Bohus, Schmahl und Lieb (2004) führen die in Tabelle 5 die dazugehörigen empirisch überprüften neurobiologischen Fakten auf.

Tabelle 5

Neurobiologische Ebene (Bohus et al., 2004)

NEUROBIOLOGISCHE BEFUNDE BEI DER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

- Morphologisch finden sich Volumenverkleinerungen von Hippokampus und Amygdala.
- Funktionelle Bildgebungsstudien konnten Störungen im frontolimbischen Regelkreis nachweisen.
- Unter emotionaler Stimulation, z. B. mit aversiven Bildern, zeigt sich eine Hyperaktivität der Amygdala, wahrscheinlich gekoppelt mit einer verringerten Aktivität in medialen präfrontalen Hirnarealen, insbesondere dem anterioren zingulären Kortex.
- Gesteigerte Impulsivität bei Borderline-Patienten geht mit einer serotonergen Unterfunktion im präfrontalen Kortex, insbesondere im orbitofrontalen Kortex, einher.
- Eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse erscheint wahrscheinlich, allerdings ist die exakte Ausprägung dieser Störung noch unklar.

Die Erkenntnisse aus der Stress-Forschung, welche für die Posttraumatische Belastungsstörung relevant sind, spielen wahrscheinlich auch bei der hohen Stressanfälligkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine zentrale Rolle (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007) und werden in Abbildung 2 dargestellt. Es wird eine Hypersensivität des limbischen Systems diskutiert, die dispositionell vorhanden und/oder als Ergebnis chronischer Stressbelastung entstanden sein kann. Die Affektdysregulation soll als primäre affektive Vulnerabilität aufgefasst werden, die in der Interaktion mit traumatisierenden Beziehungen und mangelhaften Lernerfahrungen zum Störungsbild führt (Herpertz & Wenning, 2003).

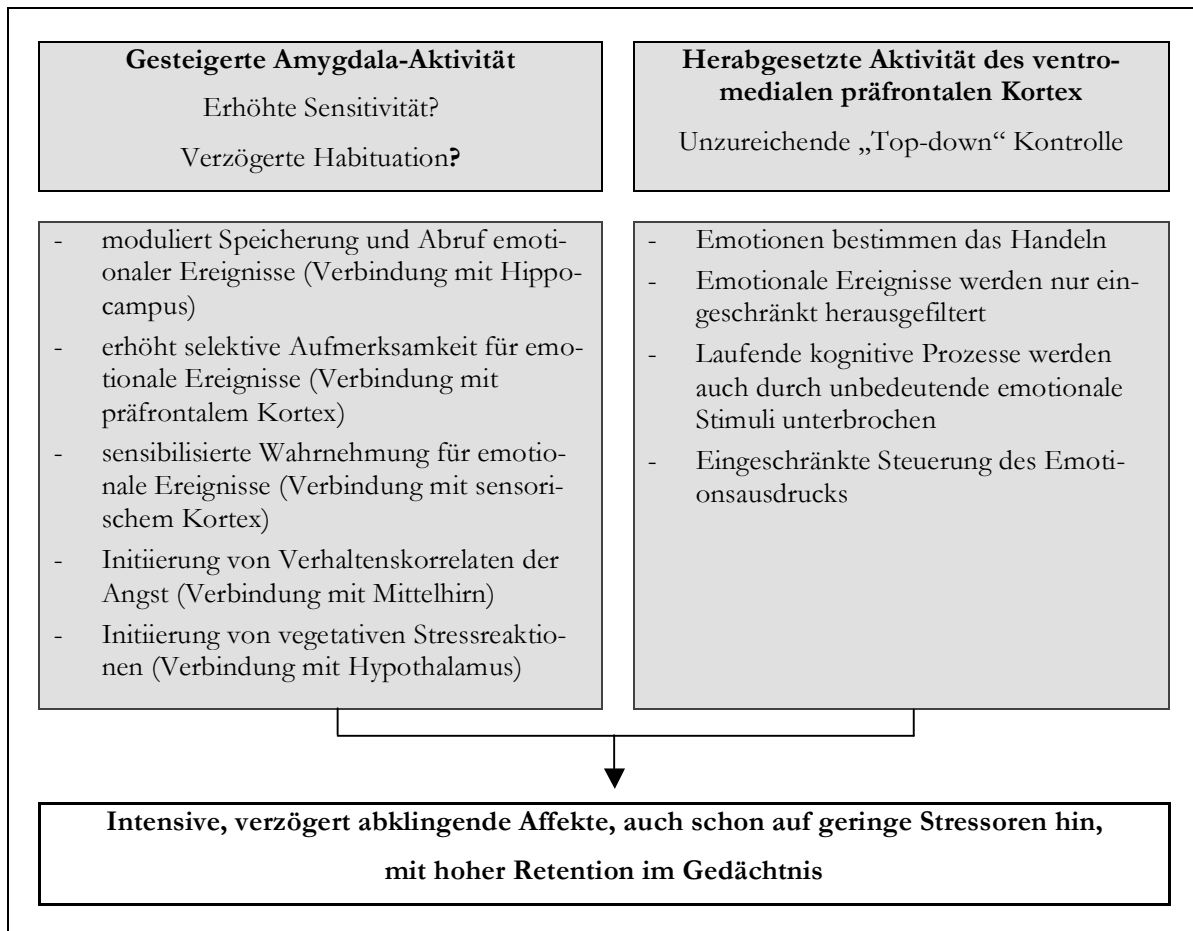


Abbildung 2. Neurobiologisches Modell der Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung (mod. nach Herpertz und Wenning, 2003), (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007)

3 Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha Linehan für chronisch parasuizidale Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Das derzeit weithin einzige empirisch begründete Therapieverfahren für suizidale Multiproblem-Patienten konnte seine Wirksamkeit in diversen Studien nachweisen (Backer et al., 2009; Bohus et al., 2004; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Die ursprünglich für den ambulanten Bereich entwickelte Therapie wurde rasch für die stationäre Behandlung angepasst und für die Behandlung von weiteren Störungsbildern adaptiert. So wird in diesem Kapitel spezifisch auf die DBT-A eingegangen, relevante Prinzipien und Module der DBT vorgestellt sowie Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit bei weiteren Störungsbildern kurz beleuchtet.

3.1 Dialektisch Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

DBT für Adoleszente (DBT-A) wurde von Miller, Rathus und Linehan (2007) spezifisch für suizidale Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ entwickelt. Wie bei der Therapie für Erwachsene ist auch die DBT-A zusammengesetzt aus Einzeltherapie, Tele-

fonberatung durch Einzeltherapeuten und einer Supervisionsgruppe. Spezifisch für Adoleszente ist, dass die Fertigkeitengruppe auch von einem nahen Angehörigen besucht wird und regelmässig Familiengespräche stattfinden. DBT basiert auf dem in Kapitel 2.5.3 vorgestellten Neurobehavioralen Entstehungsmodell, und nimmt deshalb an, dass parasuizidales Verhalten eine maladaptive Lösung für überwältigende, extrem intensive und schmerzhaft emotionale Zustände ist.

3.2 Grundprinzipien und Behandlungsmodule der DBT

Die Dialektisch Behaviorale Therapie basiert auf primär empirisch abgesicherten kognitiv-behavioralen Methoden und integriert zusätzlich verschiedene Strategien und Techniken aus anderen therapeutischen Schulen, sowie fernöstliche Meditationstechniken. Das DBT-Konzept ist nicht linear organisiert, sondern baut auf Prinzipien und Regeln auf, die sich an den Verhaltensmustern, welche Patienten zeigen, orientieren. Das Konzept strukturiert die jeweiligen Inhalte und Methoden anhand von Entscheidungsregeln. Bohus (2002) weist deshalb darauf hin, dass es unabdingbar ist, dass DBT-Therapierende grundlegende therapeutische Methoden wie Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung, oder Problemlösen anwenden können und bei Patienten mit komorbiden Störungsbildern manualisierte Therapieverfahren für Essstörungen, Angststörungen, akute depressive Episoden, Schlafstörungen und Zwangshandlungen einsetzen können. Durch die Zusammenarbeit mit erfahrenen Psychiatern soll die pharmakologische Behandlung gewährleistet werden. Strukturell werden die Patienten in die Gruppen- und Einzeltherapie eingebunden. Die Arbeit wird einiges leichter, wenn die in Tabelle 6 dargestellten Grundannahmen beherzigt und angewendet werden und als Rahmen für die Therapieplanung dienen (Linehan, 1996).

Die ersten beiden vermeintlich banalen Grundannahmen zeigen dem Therapeuten, dass die Patienten stets bereit sind ihre Situation zu verbessern, und es ist die Aufgabe der Therapeutin, die aufrechterhaltenden Bedingungen für dysfunktionales Verhalten zu ergründen. Die dritte Annahme zielt darauf, dass Patient und Therapeut Sorgfalt, Rücksicht und Kraft für die anstehenden Veränderungen aufbringen, und die Therapeutin soll alle Möglichkeiten für eine optimale Unterstützung im schwierigen und langwierigen Veränderungsprozess einsetzen. Die vierte Grundannahme macht auf ein in der Therapie häufig anzutreffendes Problem aufmerksam, dass die Patientinnen häufig zu recht feststellen, dass sie ihre Probleme nicht generiert haben und sie deshalb auch nicht zu lösen bräuchten. Bohus (2002) empfiehlt deshalb zu Beginn der Therapie folgende Metapher: „Stellen Sie sich vor, ein Mann geht auf dem Heimweg von der Arbeit an einem Fluss entlang. Plötzlich wird er überfallen und in den Fluss geworfen. Nun ist der Mann wirklich nicht freiwillig in den Fluss gegangen – bedeutet dies, dass er nicht

selbst schwimmen muss, um an Land zu kommen?“ Der Hinweis auf die Unerträglichkeit des Lebens soll als Appell für den Therapeuten dienen, einerseits Empathie aufzubringen und andererseits sich voll für eine Veränderung der Situation einzusetzen. Die sechste Grundannahme (in den meisten relevanten Dimensionen müssen Borderline-Patientinnen neues Verhalten lernen) soll darauf aufmerksam machen, dass die erlernten Fertigkeiten (Skills) sowohl in ruhigen wie auch in stressigen Situationen geübt werden sollen. Krisensituationen dienen folglich als Chance, die Fertigkeiten zu vertiefen. Wie in der Therapie von somatischen Leiden sollen auch in der Psychotherapie stagnierende Verbesserungen oder Abbrüche der Therapie nicht als Versagen der Patientin zugeschrieben werden, sondern die Ursachen im therapeutischen Konzept, in den eigenen Ressourcen der Supervision oder der ungenügenden Ausbildung des Therapeuten gesucht werden. Dies führt zur letzten Grundannahme, die verdeutlicht, dass auch Therapeutinnen keine Superheldinnen sind und sein sollen, sondern für die fachlich und emotional sehr anstrengende Arbeit mit chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen Unterstützung brauchen (Bohus, 2002; Linehan, 1996). In folgenden Kapiteln wird auf die Behandlungsmodule Einzeltherapie, Fertigkeitentraining in der Gruppe, Telefonberatung und Supervision für Therapeuten eingegangen.

Tabelle 6

Therapeutische Grundannahmen nach Linehan (1996)

THERAPEUTISCHE GRUNDANNAHMEN
1. Jedes Verhalten der Patientinnen macht subjektiv Sinn. Die Patienten versuchen, aus ihren gegenwärtig verheerenden Situationen das Beste zu machen. Deshalb ist die Aufgabe der Therapeutin, die jeweiligen Auslöser, Schemata und Konsequenzen herauszuarbeiten.
2. Borderline-Patienten wollen sich verbessern
3. Borderline-Patientinnen müssen sich mehr anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich verändern zu können, dies ist ungerecht.
4. Borderline-Patienten haben ihre Probleme meist nicht alle selbst verursacht, aber sie müssen sie selber lösen.
5. In der Regel ist das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen so, wie es sich gegenwärtig zeigt, unerträglich.
6. In den meisten relevanten Dimensionen müssen Borderline-Patienten neues Verhalten lernen.
7. In der DBT können Patientinnen nicht versagen.
8. Therapierende, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.

3.3 Behandlungsmodul Einzeltherapie

Die Beziehungsgestaltung ist ein tragendes Element in der DBT und deshalb wird sie hier beschrieben (Bohus, 2002; Linehan, 1996; Miller et al., 2007):

THERAPEUT – DER COACH. Die Therapeutin soll die Rolle eines Trainers oder Coach einnehmen, übernimmt so Verantwortung für Verlauf und Ergebnis und arbeitet mit der Patientin am übergeordneten Ziel. Dieses Ziel soll spezifisch, messbar, handlungsorientiert und realistisch zu Beginn der Therapie ausgewählt werden.

EMOTIONEN BENENNEN. Als authentisches Gegenüber bietet der Therapeut sich als zielorientierter, engagierter und emotional greifbarer Partner an. Dabei soll der Therapeut seine Gefühle wahrnehmen und diese sehr früh benennen und das gegenwärtige Verhalten des Patienten beschreiben.

VERMEHRT AUF VERBALE ALS NONVERBALE SIGNALE ACHTEN. Borderlinepatientinnen verfügen über eine ausgezeichnete Fähigkeit, emotionale Signale von aussen adäquat zu dekodieren, was im Gegensatz dazu steht, dass sie selbst ihre Emotionen nonverbal kaum zum Ausdruck bringen.

VIDEO- UND AUDIOAUFNAHMEN. Als Hausaufgabe soll der Patient die Stunde nochmals anhören und prüfen, ob er den Inhalt der Therapie verstanden hat, wann er sich unverstanden gefühlt und wie er selbst sich verhalten hat.

OBJEKT KONSTANZ. Zur Überbrückung von einer Therapiestunde zur nächsten hilft es Patientinnen ein Objekt, das sie an die Therapeutin erinnert, an der Hand zu haben. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das „innere Bild“ verblasst und der Patient ein Gefühl des völligen Verlustes erfährt.

GRENZEN DER THERAPIERENDEN. Die Therapierenden sollen ihre Grenzen z.B. bezüglich Erreichbarkeit, Aushalten von Unsicherheit, Hochrisikoverhalten und Geschenken individuell beantworten und dem Patienten transparent machen. Die Grenzen können bei unterschiedlichen Patienten unterschiedlich gesetzt sein. Primär geht es hierbei darum, dass der Therapeut frühzeitig bei seinen erlebten Grenzüberschreitungen interveniert, damit keine heftigen Gegenreaktionen entstehen.

HILFE IM UMGANG MIT GRENZEN. Die Therapeutin soll mitteilen, dass ihre Grenzen subjektiv für die Patientin nicht ideal sind, und bietet an, andere Lösungsstrategien zu erarbeiten. Z.B. „Ich verstehe, dass Sie aufgrund Ihrer nächtlichen Ängste mich anrufen um Sicherheit zu erlangen. Dies geht für mich nicht, denn um gute Arbeit leisten zu können, muss ich genügend schlafen können. Gerne können wir das Thema in der Stunde anschauen.“

BALANCE ZWISCHEN AKZEPTANZ UND DRÄNGEN AUF VERÄNDERUNG. Zur Veränderung eines aktiven dysfunktionalen kognitiv-emotionalen Schemas braucht es immer die innere Distanz. Der Patient soll lernen, dass er nicht das Gefühl *ist*, sondern er ein Gefühl *hat*. Dann soll er überprüfen, ob dieses Gefühl der Situation angemessen ist. Dies schafft eine Akzeptanz der Situation und die Option, sich zu distanzieren und ins aktive Gestalten zu kommen. Akzeptanz geht nicht einher mit Bewertung der Situation. Linehan (1996) betont, dass die zentrale Bereitschaft der Therapeutin, den gegenwärtigen Zustand als gegeben zu sehen und der Verzicht auf Schuldzuweisungen, Verurteilungen oder Manipulation, von grosser Bedeutung ist.

Dieses aus dem Zen stammende „bedingungslose Annehmen“ wird auch als radikale Akzeptanz benannt.

BALANCE ZWISCHEN RIGIDITÄT UND FLEXIBILITÄT. Der Therapeut soll darauf achten, dass er sich nicht zu sehr an den Patienten anpasst und so dysfunktionale Verhaltensmuster verstärkt. Aber der Therapeut soll auch nicht zu starr sein und dadurch die Bedürfnisse des Patienten übergehen und die Beziehung gefährden.

BALANCE ZWISCHEN STÜTZENDER UND WOHLWOLLENDER HALTUNG. Die Therapeutin sollte die aktuell vorhanden Fähigkeiten der Patientin erkennen, adaptives Verhalten und Selbstkontrolle verstärken und vermeiden, in Situationen die Verantwortung zu übernehmen, in denen die Patientin dies auch selbst kann. Wo nötig, soll die Therapeutin aktive Hilfestellungen oder Lösungsvorschläge anbieten oder gar selbst eingreifen.

FEHLER NÜTZEN. Wie alle Menschen machen auch DBT-Therapierende Fehler. Der Therapeut soll im Umgang mit Fehlern ein positives Rollenvorbild sein: zugeben und reparieren.

OPTIMISTISCHE UND RESSOURCENORIENTIERTE PERSPEKTIVE. Die Therapeutin sollte feinfühlig die Anstrengung des Patienten erfassen, bestätigen und belohnen. Oft sind schon kleine Schritte mit grossem Aufwand verbunden und auf diese subjektive Bewertung soll eingegangen werden.

WIDERSPRÜCHLICHE BEZIEHUNGSMUSTER AUSBALANCIEREN. Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen verfügen in der Regel über tiefgreifende dysfunktionale Grundannahmen, die häufig zu widersprüchlichen Handlungsentwürfen führen. Beispielsweise steht die Grundannahme „Ich kann nicht alleine überleben“ der Grundannahme „Ich bin so schlecht, dass ich Alle mit Abscheu erfülle“ gegenüber. So entstehen Verhaltensweisen, die um zwei Extrempole „Verschmelzung“ und „absolute Einsamkeit“ pendeln. Diese Schemata sind zeitlich nicht gleichzeitig aktiv. Die Aufgabe der Therapierenden ist es, diese Extrembereiche möglichst zeitgleich zu aktivieren, damit die Patienten Kompromissbildungen lernen.

BEHANDLUNGSPHASEN. In der Einzeltherapie werden drei Behandlungsphasen unterschieden: In der ersten Behandlungsphase wird eine Veränderung des suizidalen und parasuizidalen Verhaltens eingeübt und die Compliance gestärkt, damit die bekannte hohe Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs verringert werden kann, sowie die Lebensqualität der Patientinnen verbessert wird. Steigerung der Lebensqualität bedeutet die Veränderung selbstverachtender und selbstschädigende Verhaltensmuster wie Drogen- und Alkoholexzesse, Ess-Störungen, Vernachlässigung des eigenen Körpers, etc.. Nach der verbesserten Affektregulation steht in der zweiten Phase die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen im Zentrum. Es geht nicht darum, die Erfahrungen wieder zu erleben oder zu „integrieren“, sondern um die Er-

kenntnis, dass diese der Vergangenheit angehören und die mit diesen Traumata assoziierten und „gebundenen“ Emotionen als Ressourcen für gegenwärtige oder zukünftige Ziele des Patienten genutzt werden können. Anstelle undifferenzierte, überwältigende dysphorische und körperliche Spannungszustände zu erleben, sollen die Patientinnen differenzierte Wahrnehmung entstehen lassen, die dann als Gefühle wie Enttäuschung, Kränkung, Traurigkeit und Wut sprachlich fassbar werden. Die abgegrenzten und benennbaren Gefühle lassen sich besser kontrollieren. Ebenfalls wird die Unterbrechung dissoziativer Zustände gelernt. In der dritten Behandlungsphase werden schliesslich konkrete Pläne zur gegenwärtigen Alltagsgestaltung und realistische Zukunftsperspektiven erarbeitet (Bohus, 2002; Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007; Linehan, 1996; Miller et al., 2007).

3.4 Behandlungsmodul Fertigkeitstraining (Skills-Training) in der Gruppe

Im Gegensatz zur DBT wird in der DBT-A empfohlen, dass eine Bezugsperson (z.B. ein Elternteil, eine Sozialpädagogin, etc.) ebenfalls an den wöchentlichen Sitzungen teilnimmt. Die Gruppe soll durch zwei Skills-Trainer erfolgen, damit die Teilnehmenden gut beobachtet und damit besser eingebunden werden können. Die Sitzungen sind in folgende Module aufgeteilt (Bohus, 2002; Miller et al., 2007):

ACHTSAMKEIT. Übungen der Achtsamkeit stammen aus der Zen-Meditation und wurden massgeblich von Kabat-Zinn für therapeutische Zwecke modifiziert und deren Wirksamkeit nachgewiesen (Heidenreich, Junghanns-Royack, & Michalak, 2007). In der DBT sollen die Übungen die Patienten dabei unterstützen, die Konfusion über sich selbst zu verringern. Dabei wird nicht bewertendes Wahrnehmen im Hier und Jetzt, sowie konzentriertes Handeln und Denken eingeübt mit dem Ziel, Teilnahme und Distanz genauso wie Gefühl und Verstand in Einklang zu bringen (Bohus, 2002; Miller et al., 2007).

STRESSTOLERANZ. Hilft den Menschen ihre Impulsivität zu verringern. Unter dem Schlagwort „Radikale Akzeptanz“ lernen die Patientinnen hohe Belastungen anzunehmen und zu akzeptieren, was nicht mit Billigung oder Gutheissung gleichzusetzen ist. Es geht also darum Katastrophen, die gegenwärtig nicht zu ändern sind, zu überleben und auf Handlungen zu verzichten, die alles noch schlimmer machen können. In einem zweiten Schritt werden Strategien auf sensorischer, physiologischer, kognitiver und Handlungsebene eingeübt. Dabei wird zwischen Hochstress und Niederstress unterschieden. Beispielsweise wird zur Verhinderung von dissoziativen Zuständen bei Hochstress das Riechen an einer Ammoniakflasche empfohlen und bei Niederstress das Riechen eines angenehmen Duftes.

EMOTIONSREGULATION. Unterstützt Menschen bei der Stabilisierung ihrer Emotionen, so dass schnelle, intensive Stimmungswechsel mit geringer Kontrolle verringert werden. Dabei

lernen die Menschen, dass Emotionen keinerlei Informationen über die Realität vermitteln, sondern ausschliesslich über die Art und Weise, wie wir bestimmte Ereignisse interpretieren.

SOZIALE KOMPETENZEN. Unterstützt die Menschen, Kompetenzen im interpersonellen Bereich zu stärken, damit sie ihre Bedürfnisse besser abdecken können. Dabei werden viele Elemente der verhaltenstherapeutischen Manuals der sozialen Kompetenzen verwendet.

„WALKING THE MIDDLE PATH“. Wurde spezifisch für Jugendlichen- und Familiendilemmata entwickelt. Den Jugendlichen und Eltern werden die Konzepte der Dialektik, der Validierung und der Verhaltenstheorie näher gebracht. Erzieherische Spannungsfelder wie Abhängigkeit versus Autonomieentwicklung, exzessive Nachsicht versus autoritäre Kontrolle, normalisieren pathologischer Verhaltensweisen versus pathologisieren normaler Verhaltensweisen werden beleuchtet (Miller et al., 2007).

3.5 Supervisionsgruppe für Therapeuten

Die Arbeit mit Jugendlichen, die Borderline-Symptome zeigen, ist anspruchsvoll und belastend. Deshalb fordert Linehan (1996), der soll Patient der Supervisionsgruppe „gehören“ und im Zentrum soll die Frage stehen: *„wie können wir der Patientin helfen, mit ihrem Therapeuten zurecht zu kommen und dabei maximale Fortschritte zu erreichen?“* (Bohus, 2002, S. 95). In vertrauenswürdigere Atmosphäre sollen Videoaufzeichnungen helfen, die Therapie zu analysieren und besser zu gestalten.

3.6 Telefonberatung

In der ambulanten Therapie wird zu Beginn der Therapie zwischen Therapeutin und Patientin vereinbart, unter welchen Bedingungen telefonische Beratung stattfinden soll. Die Patientin soll im Idealfall die Möglichkeit haben, 24 Stunden mit Therapierenden in Kontakt treten zu können. In der Praxis hat sich gezeigt, dass dieses Angebot von den Patienten nur sehr selten aktiv genutzt wird, ihnen aber ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Die Anrufe sollen kurz gehalten werden (max. 10 Min.) und sollen nur folgende Themen beinhalten: Lösung von akuten suizidalen oder parasuizidalen Krisen, Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten, kurze Klärung der therapeutischen Beziehung (Bohus, 2002).

3.7 Stationäre Behandlung

Die DBT wurde zwar für das ambulante Setting konzipiert, aber rasch auch im stationären Bereich adaptiert und eingesetzt. Bohus (2002) führt erst die negativen Aspekte eines stationären Aufenthalts auf: dysfunktionale Verhaltensmuster können durch das Behandlungsteam verstärkt werden (z.B. durch Zuwendung nach selbstverletzendem Verhalten) oder die Strukturen einer Klinik können ein starkes Machtgefälle zwischen Therapeut und Patientin erzeugen, was

dysfunktionale Grundannahmen stärken kann. Für eine stationäre Behandlung spricht, dass durch die Klinik Synergieeffekte entstehen, kurzfristige Kriseninterventionen möglich sind und komplexe komorbide Störungen besser behandelt werden können. Dies soll dann geschehen, wenn die störungsspezifische ambulante Behandlung unzureichend gewährleistet ist. Durch den Aufenthalt kann auch die Compliance und Effektivität der späteren ambulanten Behandlung verbessert werden. Zu den Behandlungszielen gehört neben den Überlebensstrategien zur Bewältigung von suizidalen Verhaltensmustern und dem Aufbau von Therapiecompliance auch die Befähigung zur ambulanten Therapie. Zeitlich wird die Therapie in drei Stufen aufgeteilt. Während der Stufe I wird die Analyse derjenigen Verhaltensmuster, die den gegenwärtigen Aufenthalt bedingen, fokussiert und daraus werden die Ziele abgeleitet, die in der Stufe II bearbeitet werden. Im letzten Schritt, der Stufe III, orientiert sich der Patient mehr gegen aussen, Arbeitsversuche und Expositionstraining werden durchgeführt.

3.8 Stand der Wirksamkeitsforschung

3.8.1 DBT bei Adoleszenten

Backer et al. (2009) fassten in ihrem Übersichtsartikel aktuelle Forschungsergebnisse zur DBT bei Adoleszenten (7 Studien) zusammen und stellten fest, dass es noch keine randomisierte, kontrollierte Studie zur Effektivität bei Adoleszenten gibt, eine Studie mit quasiexperimentellem Design und mehrere Studien mit prä- und post-Messungen ohne Kontrollgruppe. Die eingesetzten Programme waren: klassische DBT, DBT-A, aber auch sonstig angepasste Programme. Wenn die Intervention einzig aus der Fertigkeitengruppe ohne Einzeltherapie bestand, war die Effektivität geringer und die Dropoutrate höher. Die Studien befassten sich nicht mit Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern auch Jugendliche mit Anorexia, Bulimia nervosa, depressiven oder bipolaren Störungen sowie Störung des Sozialverhaltens (oppositionelle und delinquente Jugendliche). Die einen Studien befassten sich mit ambulanter, andere mit stationärer Behandlung. Diese grosse Vielfalt lässt einen befriedigenden Vergleich nicht zu. Die Autoren halten fest, dass alle Studien eine positive Wirkung der DBT und eine geringe Dropout-Rate aufzeigten (vgl. auch Katz et al., 2009). Im deutschsprachigen Raum wurde von Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt und Schulz (2006) eine Pilotstudie mit DBT-A durchgeführt, die bei geringer Dropout-Rate und signifikanter Verringerung von selbstverletzendem Verhalten Erfolge verzeichnete.

3.8.2 Weitere Störungsbilder

Stippel et al. (2008) zeigten in einem Einzelfall eines 11-jährigen Mädchens mit der Diagnose emotionale Störung mit TRENNUNGSANGST und einer ZWANGSSTÖRUNG, dass durch den Einsatz der DBT-A (altersgerecht angepasst) die Behandlungsmotivation des Mädchens und

der Mutter verbessert werden konnte. Die Therapie brachte weit bessere Ergebnisse, als die zuvor eingesetzten Methoden. Die Behandlung von BIPOLAREN STÖRUNGEN wurden durch Goldstein et al. (2007) an 10 Adoleszenten über ein Jahr mit den Komponenten Fertigkeitstraining mit Familienangehörigen und Einzeltherapie durchgeführt und die Autoren konnten gute Therapieerfolge in den Bereichen Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, emotionale Dysregulation und depressive Symptome nachweisen. Conason et al. (2006) weisen darauf hin, dass auch die DBT für suizidale Adoleszente mit ALKOHOL- ODER SUBSTANZMISSBRAUCH geeignet erscheint, aber weitere Forschung notwendig ist. Eine auf Essstörungen angepasste Form der DBT brachte erste Hinweise auf positive Effekte, wobei die geringe Fallzahl und die unterschiedlichen komorbiden Störungen weitere Forschung zur Überprüfung der Resultate fordern (Chen et al., 2008). Bei ANOREXIA und BULIMIA NERVOSA konnten Schneider et al. (2010) eine mittlere bis gute Beurteilung der Therapie bei den Adoleszenten, ihren Eltern und Therapierenden aufzeigen. In der Pilotstudie von (Salbach et al., 2007) wurde die für 31 Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa signifikante Verbesserung bei körperlichen und psychischen Symptomen nachgewiesen und es wurde eine hoch signifikant überdurchschnittlicher Verbesserung der BMI-Werte erreicht (bei Anorexia-, nicht bei Bulimie-Patientinnen, weil diese keine Veränderung des BMI anzustreben hatten).

Nelson-Gray et al. (2006) zeigten in ihrer Pilotstudie, dass ein entsprechend angepasstes DBT-Programm bei Jugendlichen mit OPPOSITIONELLEM und DELINQUENTEM VERHALTEN eine Verringerung von negativem und eine Erhöhung von positivem Verhalten sowie eine signifikante Reduktion von externalisierenden und internalisierenden Symptomen ermöglicht. Störung der Impulskontrolle und delinquentes Verhalten sollen durch ein entsprechend angepasstes DBT-Programm therapiert werden, aber auch hier sind weitere Forschungen notwendig (Quinn & Shera, 2009).

4 Ressourcen, Schutzfaktoren und Risiken

4.1 Begriffe und Konzepte

Risikofaktorenmodelle werden in der Medizin schon seit Jahrzehnten in Theorie und Praxis angewendet und erforscht. In den letzten Jahren rückte durch das Modell der Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) die Analyse von Schutzfaktoren immer mehr in den Vordergrund. Die Forschung und Weiterentwicklung von Modellen vollzieht sich gegenwärtig nicht mehr primär unter dem Stichwort Salutogenese, sondern unter dem Stichwort gesundheitlicher Schutz- und Resilienzfaktoren. Beide Forschungsbereiche ähneln einander in den Kernannahmen und Fragestellungen sehr: sowohl die Resilienz- wie auch die Salutogeneseforschung gehen der Frage nach, warum manche Personen trotz ausgeprägter Risiken gesund

bleiben oder sich rasch von Störungen erholen. Auf psychologischer Ebene wurde die Forschung insbesondere in der Entwicklungspsychologie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorangetrieben und Massnahmen zur „Stärkung“ von Kindern und Jugendlichen wurden entwickelt. Terminologische Uneinheitlichkeiten und unklare Konstruktdefinition erschweren den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Forschung zu Resilienz, Risiko- und Protektivfaktoren (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009). In diesem Kapitel sollen die Begriffe und die dazugehörigen Konzepte kurz erläutert werden.

Global beschreiben Begriffe wie „Ressourcen“, „Resilienz“, „Schutzfaktoren“ und „Kompensationsfaktoren“ entwicklungsfördernde, gesunderhaltende Merkmale oder Mechanismen, die als Potenziale oder Stärken bezeichnet werden können und risikomildernde Faktoren oder Vorgänge beschreiben (Petermann & Schmidt, 2006). Tabelle 7 zeigt die Definition der Grundbegriffe nach Petermann und Schmidt (2006).

4.2 Schutz- und Kompensationsfaktoren

Sind die gegenwärtigen Anforderungen grösser als die verfügbaren Ressourcen und sind geringe oder temporäre Diskrepanzen durch vermehrte Anstrengungen regulierbar, sind sie für die Entwicklung von Resilienz wahrscheinlich sogar erspriesslich. Zur Bewahrung oder Wiederherstellung einer Balance zwischen Bestrebungen nach Ausdifferenzierung und Entwicklungsdefiziten oder Entwicklungsrückschritten infolge pathogener Einwirkungen können Ressourcen gezielt eingesetzt werden. Ressourcen werden zur Vermeidung von Fehlentwicklungen eingesetzt und dann als Schutz- oder protektive Faktoren bezeichnet. So zum Einsatz gebrachte Ressourcen bestehen vor dem Auftreten von Risiken oder pathogenen Einflüssen und wirken interaktiv, das heisst im Sinne eines Puffereffekts auf die auftretenden Risikosituationen.

Folglich sind Schutz- und Kompensationsfaktoren nur Teilmengen vorhandener Ressourcen, die angewendet werden, wenn aktuelle Entwicklungsprobleme bewältigt werden müssen. Petermann und Schmidt (2006) entwickelten für das Verständnis des Verhältnisses zwischen Ressourcen, Resilienzen und Schutzfaktoren ein Klassifikationsmodell (Abbildung 3). An der Basis des Modells sind (etwa aufgrund von Faktorenanalysen) Merkmale unterschiedlicher hierarchischer Ordnung möglich, also grundlegende übergreifende Merkmale.

Tabelle 7
Definition und Grundbegriffe nach Petermann und Schmidt (2006)

GRUNDBEGRIFFE
Entwicklungspotenziale sind sämtliche (aktuelle, frühere und zukünftige) Faktoren, die die Entwicklung beeinflussen. Es handelt sich dabei um genetische Dispositionen und psychosoziale Bedingungen.
Ressourcen sind aktuell verfügbare – also nicht anderweitig gebundene, nicht mehr oder nicht verfügbare – Potenziale, die die Entwicklung unterstützen.
Resilienzen sind bereichsspezifische Ressourcen, die durch die Interaktion mit der Umwelt erworben worden sind. Allgemein versteht man unter Resilienz die Fähigkeit, erlernte Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Aufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren. Dies ermöglicht eine relativ gesunde Entwicklung auch unter belastenden und risikoreichen Bedingungen (Bender & Lösel, 1998).
Risikofaktoren sind Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen Störungen erhöhen (Bender & Lösel, 1998).
Schutzfaktoren sind vor dem Auftreten von Risikofaktoren vorhandene individuelle oder Umfeldmerkmale, bzw. Resilienzen, die interaktiv im Sinne eines Puffereffektes die Entstehung psychischer Störungen verhindern oder abmildern. Von einem Schutzfaktor sollte man nur dann sprechen, wenn dieser Faktor die pathogenen Auswirkungen vorhandener Risikofaktoren vermindert (Rutter, 1985). Lediglich positive Ausprägungen von Risikofaktoren bilden noch keinen Schutzfaktor.
Kompensationsfaktoren sind analog zu Schutzfaktoren wirkende, individuelle oder Umfeldmerkmale bzw. Resilienzen, die zur Bewältigung entstandener psychischer Störungen eingesetzt werden.

Die Abschätzung des Verhältnisses von Risiko- und Schutzfaktoren stellt eine Basis für die Erstellung von Prognosen über die Entwicklungsverläufe dar, aber auch wenn es gelänge, sämtliche Risikofaktoren herauszufinden, hängt der Entwicklungsverlauf zudem von den Phasen erhöhter Vulnerabilität und Resilienz des Menschen ab (Petermann & Winkel, 2005). Abbildung 4 stellt die Zusammenhänge zwischen Schutz- und Risikofaktoren, Persönlichkeitsmerkmalen und Entstehung von Störung bzw. Aufrechterhaltung der Gesundheit dar.

Durch soziale Entwicklungsübergänge, wie zum Beispiel die Pubertät, oder in Zeiten sozialer Transitionen (z.B. der Eintritt ins Berufsleben) wird die Vulnerabilität erhöht, die als Gegenstück zur entwickelten Resilienz gilt. Schutzfaktoren moderieren die Beziehung zwischen Risikofaktor und Störung. Bengel et al. (2009) loben das Modell von Petermann und Winkel als sparsames theoretisches Konstrukt, das mit Klarheit überzeugt und zulässt, ein grosses Feld empirischer Forschung einzubeziehen. *Allgemeinen psychosozialen Schutzfaktoren* werden generelle und breit wirkende schützende Funktionen zugeschrieben, und sie werden in *personale* (z.B. kognitive Fertigkeiten, Kontrolle über emotionale Erregung), *familiäre* (z.B. enge Beziehung zu den Eltern, positives Familienklima) und *umfeldbezogene oder soziale Ressourcen* (z.B. Kontakte zu prosozialen Peers) klassifiziert.

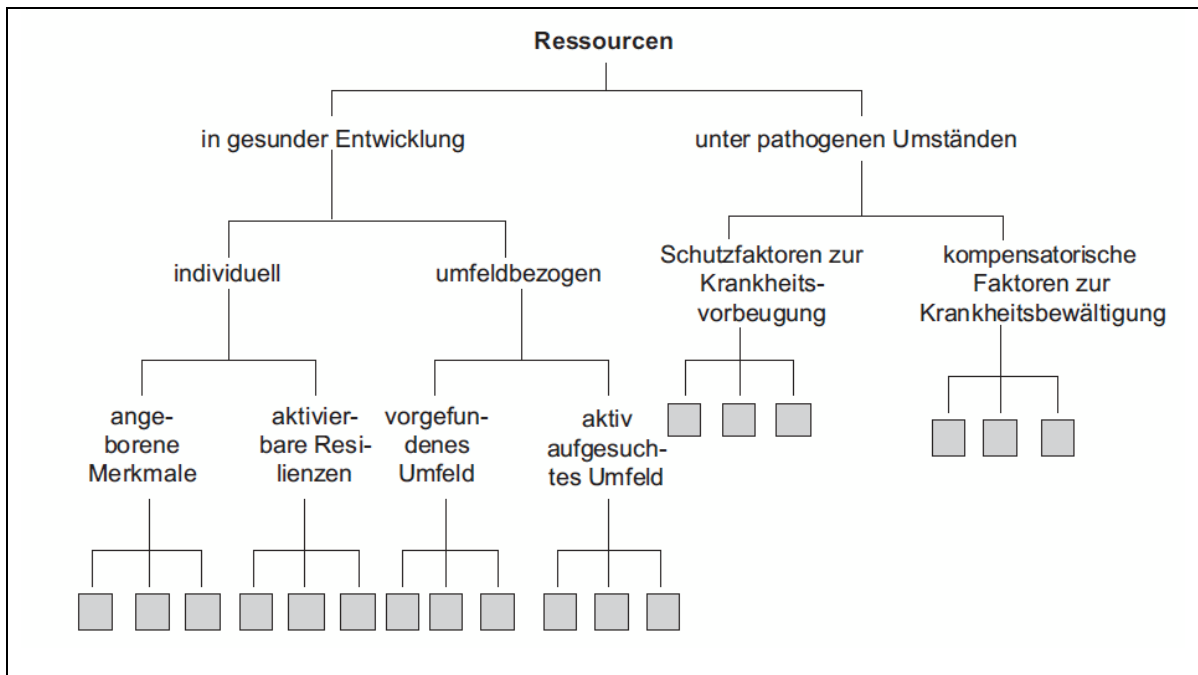


Abbildung 3. Klassifikation von Ressourcen nach Petermann und Schmidt (2006).

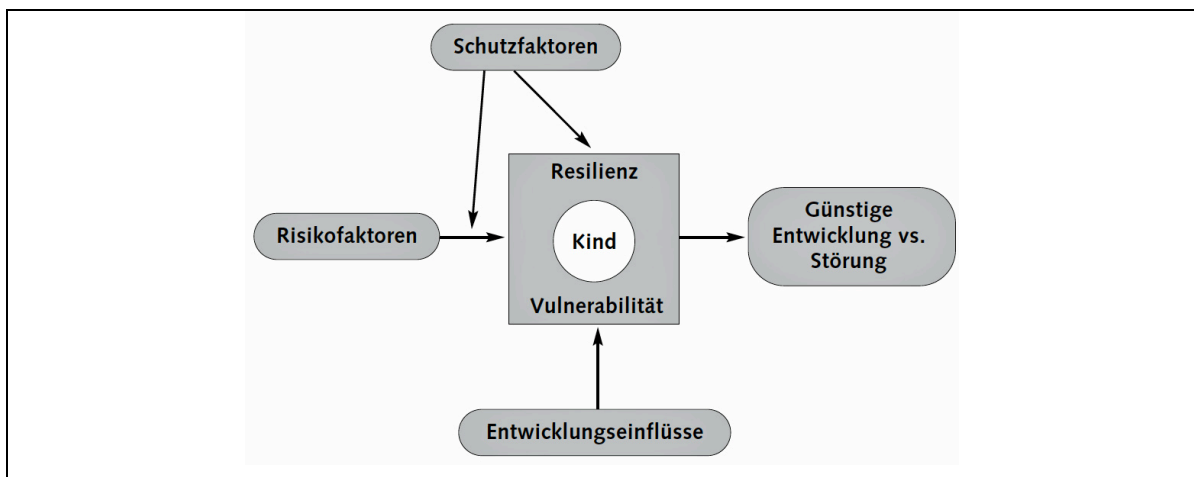


Abbildung 4. Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen nach Petermann und Winkel (2005).

Diese Klassifizierung ist in der Literatur häufig anzutreffen (Bengel et al., 2009; Bettge & Ravens-Sieberer, 2003; Bettge, 2004) und wird auch für diese Arbeit verwendet. Schutzfaktoren entfalten ihre Wirkung immer in einem bestimmten Kontext und werden von Faktoren wie z.B. dem Alter oder dem Vorhandensein von Risiko beeinflusst. Zudem entwickelt nicht jeder protektive Faktor eine generell schützende und positive Wirkung, sondern steht wiederum in Abhängigkeit von weiteren Aspekten: bestimmten Altersstufen/sensitiven Phasen, vom Geschlecht des Kindes, vom Kontext, der Ausprägung des jeweiligen Faktors und dessen Zusammenspiel mit anderen Faktoren. Beispielsweise verweisen Lösel und Bender (2007) darauf, dass eine gute soziale Einbindung und Unterstützung für männliche Jugendliche mit deviantem Verhalten als Risikofaktor gewertet werden muss, denn durch den Faktor wurde die Wahrscheinlichkeit für eine Verhaltensänderung reduziert.

Im folgenden Abschnitt werden die empirisch untersuchten und aktuell diskutierten Schutzfaktoren dargestellt. Dabei werden die sechs Faktoren: soziale Unterstützung, Familienklima, Kohärenzsinn, Optimismus und Selbstwirksamkeit ausführlich dargestellt, weil diese als valide Grössen gelten, die nach Bettge und Ravens-Sieberer (2003) bis zu 53% Varianzaufklärung liefern und auch von Bengel et al. (2009) beschrieben werden (Tabelle 8), die noch weitere empirisch abgesicherte Schutzfaktoren aufzählen.

Tabelle 8

Empirisch überprüfte Schutzfaktoren (Bengel et al., 2009)

PERSONALE SCHUTZFAKTOREN	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive und affektive Schutzfaktoren (positive Wahrnehmung der eigenen Person, positive Lebenseinstellung) - Kognitive Fähigkeiten und schulische Leistung (durchschnittliche Intelligenz, gute schulische Leistung) - realistische Selbsteinschätzung - realistischer Attributionsstil - Zielorientierung - ausgeprägte Selbstwirksamkeit - aktive Bewältigungsstrategien - flexibler Einsatz von Bewältigungsstrategien - soziale Kompetenz - besondere Begabung / Kreativität - Selbstkontrolle und Selbstregulation
FAMILIÄRE SCHUTZFAKTOREN	<ul style="list-style-type: none"> - familiäre Stabilität / Alltagsstruktur - sichere Bindung - positive Beziehung zu einem Elternteil - autoritative, positive Erziehung - positives Familienklima und Kohäsion - positive und unterstützende Geschwisterbeziehung - harmonische Beziehung zwischen den Eltern
SOZIALE SCHUTZFAKTOREN	<ul style="list-style-type: none"> - soziale Unterstützung - gute Beziehung zu einer erwachsenen Person - Kontakt zu prosozialen Peers - positives Schulklima

In Kapitel 4.2.6 werden Besonderheiten der Schutzfaktoren unter dem Entwicklungsaspekt beleuchtet und in Kapitel 4.2.7 interkulturelle Aspekte und Migration dargestellt.

4.2.1 Personale Schutzfaktoren

Personale Ressourcen sind resilienzfördernde Merkmale oder Faktoren, die im Kind oder Jugendlichen selbst angesiedelt sind und über die dieses/dieser unabhängig von seiner materiellen und sozialen Umgebung verfügen kann (Bettge, 2004).

POSITIVE WAHRNEHMUNG DER EIGENEN PERSON.

Für die Selbstwahrnehmung von Menschen werden verschiedene Begriffe verwendet, Selbstwert, Selbstachtung, Selbstvertrauen und auch das Selbstkonzept oder die Identität gehören dazu. Nach der sozialkognitiven Theorie entwickelt sich das Selbstkonzept aus den Rückmeldungen von anderen Menschen über das eigene Verhalten (Flammer & Alsaker, 2002). Der Schutzfaktor „positive Wahrnehmung der eigenen Person“ wurde in vielen Literaturübersichten aufgeführt (Kitano & Lewis, 2005; Werner, 2006; Wustmann, 2005). Wie auch die Studien zu Selbstwert oder positiver Selbstwahrnehmung (Masten, 2001) und zur Selbstachtung (Masten & Coatsworth, 1998; Valentino, Cicchetti, Toth, & Rogosch, 2006), die eine breite und konsistente Befundlage zur positiven Wahrnehmung ergänzen. Bengel et al. (2009) fügen kritisch an, dass die Selbstachtung durch Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, positive Familienkommunikation, Sicherheit in der Schule und Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft beeinflusst werden.

POSITIVE LEBENSEINSTELLUNG.

Nicht nur in der populären Psychologie wird eine positive Lebenseinstellung als erstrebenswerte Geisteshaltung gewürdigt. Auch aus der Forschung wird die Bedeutung von Variablen wie Optimismus, Zuversicht/Hoffnung, Kohärenzsinn und positive Lebenseinstellung bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen oder schwierigen Lebensumständen beschrieben (Bender & Lösel, 1997; Bettge, 2004; Werner, 2006; Wustmann, 2004). Die schützende Funktion einer generellen Einstellung von Zuversicht und Vertrauen, dass sich Dinge positiv entwickeln oder einen übergeordneten Sinn oder Wert besitzen, ist konsistent und gut abgesichert (Bengel et al., 2009). Renner (2002) weist darauf hin, dass sehr unterschiedliche Konstrukte unter dem Begriff Optimismus subsumiert werden, und definiert ihn als positive Erwartung im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen und Ergebnisse.

KOGNITIVE FÄHIGKEITEN UND SCHULISCHE LEISTUNG.

Schon seit den Anfängen der Schutzfaktorenforschung wird die Bedeutung der kognitiven Fähigkeiten untersucht. Resiliente Kinder in der Kauai-Studie verfügten über besser entwickelte Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten und gingen Probleme aktiver an. Allerdings war weder Talent noch Intelligenz ausschlaggebend, sondern die Kinder nutzten ihre Fähigkeiten nur effektiver aus (Werner & Smith, 2001). Zusammenfassend meinen Bengel et al. (2009), die Forschungsergebnisse sind zwar nicht konsistent, jedoch kann eine mindestens durchschnittliche Intelligenz eher nützlich und schützend sein, um besser mit schwierigen Lebensumständen zurechtzukommen. Hingegen ist eine überdurchschnittliche Intelligenz als Schutzfaktor nicht tauglich, denn diese Kinder leiden stärker unter emotionalem Stress und depressiven Symptomen. Weiter muss auch die subjektive Einschätzung der Eltern bezüglich

der Intelligenz ihrer Sprösslinge sowie die sprachliche Entwicklung berücksichtigt werden, die bei positiver Ausprägung ebenfalls schützend wirken.

INTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG.

Ereignisse können von Menschen als Resultat eigener Handlung (entspricht der internalen Kontrollüberzeugung) oder als Ergebnis des Zufalls oder Anderer (entspricht der externalen Kontrollüberzeugung) interpretiert werden. Wustmann (2004) unterscheidet zudem zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Problemen und Ereignissen und ist der Überzeugung, dass ein realistischer Attributionsstil Schuld- und Wertlosigkeit verhindern kann. Allgemein wird eine ausgeprägte internale Kontrollüberzeugung in der Resilienzforschung als proaktiv eingeordnet (Kitano & Lewis, 2005). Die Attributionsforschung unterscheidet, ob positive und negative Ereignisse oder Lebensumstände unterschiedlich attribuiert werden. Resiliente Frauen, die einen Missbrauch erlebt haben, weisen die Fähigkeit auf, den sexuellen Missbrauch als nicht selbstverursacht wahrzunehmen (Moran & Eckenrode, 1992). Bengel et al. (2009) weisen darauf hin, dass das Konstrukt internale Kontrollüberzeugung durch die Komponente Selbstwirksamkeitserwartung ergänzt oder ersetzt werden muss und es in Studien oft als Bestandteil anderer Konzepte (z.B. Erklärungsstil) aufgegriffen wird oder durch verwandte Konstrukte ergänzt wird.

SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG.

Die Selbstwirksamkeit wird von Bandura (1977) als subjektive Gewissheit, Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können, definiert. Damit meint er die situationsspezifische Selbstwirksamkeit, die in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommt. In der Resilienzforschung wird Selbstwirksamkeit als generalisierte Überzeugung operationalisiert, die eine optimistische Einschätzung genereller Lebensbewältigungskompetenzen beinhaltet, und sie beeinflusst das Denken, Fühlen und Handeln und bestimmt Zielsetzungen, Anstrengung und Ausdauer mit. Somit ist die Selbstwirksamkeit eine Schlüsselkomponente zur Selbstregulation (Schwarzer, 2002). Die Konstrukte der Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung und des Optimismus wurden gemeinsam beforscht und zeigten folgende Verbindung: Durch einen optimistischen Erklärungsstil werden positive Ereignisse internal, stabil und global eingeordnet, was bedeutet, dass Menschen, die annehmen ein Ergebnis selbst verursacht zu haben, weiter erfolgreich sind und auch in anderen Bereichen des Lebens Erfolg haben. Negative Ereignisse werden external attribuiert und als weniger stabil und spezifisch bewertet. So können negative Folgen kritischer Lebensereignisse und schwieriger Lebensumstände begrenzt werden (Wise & Rosqvist, 2006; zit. nach Bengel et al., 2009). Die protektive Wirkung der Selbstwirksamkeitserwartung konnte auch von Erhart, Wille und Ravens-Sieberer (2008) bestätigt werden.

SELBSTKONTROLLE UND SELBSTREGULATION.

Selbstkontrolle ist der Grad an Kontrolle, den jemand über die eigenen Emotionen hat, und wie diese Kontrolle moduliert wird. Menschen mit hoher Selbstkontrolle verfügen über die Fähigkeit, sich von Umwelteinflüssen und Störungen abzuschotten und ihre Impulse zu modulieren. In enger Verbindung zur Selbstkontrolle steht die Ich-Resilienz, die die Persönlichkeitsstruktur darstellt, die Impulse reguliert und so die Anpassung an unterschiedliche Umweltbedingungen bestimmt (Block & Block, 1980; zit. nach Bengel et al. 2009). Hart, Burock, London, Atkins, & Bonilla-Santiago (2005) differenzierten drei Persönlichkeitstypen: resiliente Kinder (hohe Ich-Resilienz und flexible Selbstkontrolle), überkontrollierte Kinder (niedrige Ich-Resilienz und hohe Selbstkontrolle) und unterkontrollierte Kinder (niedrige Ich-Resilienz und niedrige Selbstkontrolle). In einer Längsschnittstudie in Schweden konnten Chuang, Lamb, & Hwang (2006) zeigen, dass Ich-Resilienz und Selbstkontrolle mit schulischer Anpassung und Verhaltensproblemen in Zusammenhang standen. Selbstkontrolle und Selbstregulation sind beides bedeutende Konstrukte, die relativ viel Varianz aufklären und sich in vielen Studien als bedeutsam erwiesen haben (Bengel et al. 2009).

AKTIVE BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN.

Besonders in kritischen Lebenssituationen oder unter risikoreichen und gefährdenden Lebensbedingungen sind effektive Bewältigungsmöglichkeiten von grosser Bedeutung. Die vielfältigen Strategien zur Stressbewältigung werden unterschiedlich systematisiert. Bereits in der Kauai-Studie konnte die protektive Wirkung einer flexiblen Nutzung von Bewältigungsstrategien belegt werden (Werner, 1996). Das Zürcher Adoleszenten-Psychopathologie-Projekt weist nach, dass aktives Bewältigungsverhalten vor internalisierenden Störungen schützt. Die Schutzwirkung war bei hoher Belastung deutlich grösser, als bei mittlerer und niedriger Belastung, wobei Mädchen mehr von der Schutzwirkung profitieren als Jungen (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999). Ein anderes Bild zeigt die Forschung von Legault und Flynn (2006; zit. nach Bengel et al., 2009) die keinen Zusammenhang zwischen dem Bewältigungsstil (aktiv oder vermeidend) und Ängstlichkeit finden, aber bei geringerer Aggressivität eine stärkere aktive Copingstrategie nachweisen konnten. Bengel et al. (2009) kommen zum Schluss, dass tendenziell eine aktive und problembezogene Bewältigungsstrategie eher mit resilienter Anpassung einhergeht, aber auch Vermeidungsstrategien und emotionsbezogenes Coping in manchen Situationen eine schützende Wirkung haben können. Die Bewältigungsstrategien sind eng mit Intelligenz, Selbstregulationsfähigkeit und dem Konstrukt der Ich-Resilienz verknüpft.

REALISTISCHE SELBSTEINSCHÄTZUNG UND ZIELORIENTIERUNG.

Durch eine realistische Selbsteinschätzung kann eine Person Ziele setzen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit erreicht werden. Das Konstrukt Zielorientierung steht in engem Bezug mit Selbstregulationsfähigkeiten. Eine gute Selbstregulation bedeutet, dass Menschen ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten gut einschätzen und auf ein Ziel hinarbeiten können (Bengel et al., 2009). Sowohl die realistische Selbsteinschätzung wie auch die Zielorientierung wird in der Forschung sehr einheitlich als schützender Faktor benannt. Wustmann (2004) sieht die protektive Wirkung der Planungskompetenz darin, dass Zielvorstellung und Orientierung Sicherheit vermitteln. Bender und Lösel (2005) beschreiben beispielsweise die Wichtigkeit einer realistischen Planung bei Frauen, die Misshandlung und Vernachlässigung erfahren haben, um den Transfer von Gewalt in die nächste Generation zu durchbrechen.

BESONDERE BEGABUNG UND KREATIVITÄT.

Die protektive Wirkung von besonderen Talenten und die dadurch erhaltene Bestätigung zeigten sich unter vielfältigen Risikobedingungen (Bender & Lösel, 2005; Masten & Coatsworth, 1998). Begabung und Kreativität stützen den Selbstwert und die soziale Unterstützung (Bengel et al., 2009).

INTERPERSONELLE SCHUTZFAKTOREN – SOZIALE KOMPETENZ.

Soziale Kompetenz subsumiert die Fähigkeiten, mit anderen Menschen adäquat in Kontakt zu treten, Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, Menschen einzuschätzen und sich in sie hineinversetzen zu können, sowie Verantwortung und soziale Aufgaben zu übernehmen. Die sozialen Kompetenzen werden seit der Geburtsstunde der Resilienzforschung untersucht, und auch aktuelle Studien bestätigen sie als wichtigen Schutzfaktor (Chen & George, 2005; Werner, 2006; Werner & Smith, 2001). Als Kritikpunkt führen Bengel et al. (2009) die oft unterschiedliche Erfassung von sozialer Kompetenz.

4.2.2 Familiäre Schutzfaktoren

STRUKTURELLE FAMILIENMERKMALE.

Unter familiärer Stabilität ist eine konsistente und vorhersehbare Alltagsstruktur mit wiederkehrenden Ritualen zu bestimmten Familienereignissen zu verstehen. Die familiäre Stabilität zeigt sich als einziges Merkmal, das konsistent als Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die unter Risikobedingungen leben, wirkt (Bengel et al., 2009; Wustmann, 2004). Ein ausreichender soziökonomischer Status wird allgemein als Schutzfaktor angesehen, jedoch weisen neuere Studien darauf hin, dass er vielmehr Möglichkeiten eröffnet und somit eher eine moderierende Variable ist (Rhule, McMahon, Spieker, & Munson, 2006). Die Zusammensetzung der Familie wurde ebenfalls untersucht, und auch hier zeigte sich kein

klares Bild. Eine viel wichtigere Einflussgrösse scheint die Beziehungsqualität zu sein (Bengel et al., 2009).

MERKMALE DER ELTERN-KIND-BEZIEHUNG / BINDUNG.

SICHERE BINDUNG UND POSITIVE BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN. Eine sichere Bindung zu einer oder mehreren Bezugspersonen aufzubauen gehört zu den ersten und wichtigsten Entwicklungsaufgaben eines Menschen. *„Unter Bindung versteht man ein lang andauerndes affektives Band zu ganz bestimmten Personen, die nicht ohne Weiteres auswechselbar sind, deren körperliche, psychische Nähe und Unterstützung gesucht wird, wenn z.B. Furcht, Trauer, Verunsicherung, Krankheit oder Fremdheit in einem Ausmass erlebt werden, das nicht mehr selbständig regulierbar ist.“* (Seiffge-Krenke & Ziegenhain, 2009, S. 142). Die Bindungsforschung unterteilt Kinder in die Kategorien „sicher gebundene“, „ängstlich vermeidende“ und „ängstlich ambivalente“. Zudem konnte ein „desorganisierter Bindungsstil“ als grosser Stressor eruiert werden (Grossmann & Grossmann, 2007). Die Bindungsrepräsentation wird im jungen Erwachsenenalter kategorisiert in „sicher-autonom“, „unsicher-vermeidend“ und „verstrickte“ Bindung (Seiffge-Krenke & Ziegenhain, 2009). Die Minnesota-Längsschnittstudie (Sroufe, 2005) zeigte die Bedeutung von Bindungssicherheit für eine resiliente Entwicklung von Risikokindern grundsätzlich auf. Bengel et al. (2009) fassen zusammen, dass fast alle Studien und Literaturübersichten die schützenden Funktion einer sicheren Bindung und einer positiven Beziehung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson aufzeigen (vgl. auch Bender & Lösel, 1997; Bettge, 2004; Lösel & Bender, 2007; Masten, 2001; Masten & Reed, 2005). Aus Sicht der Autoren soll die sichere Bindung nicht als Schutzfaktor im strengeren Sinn der Definition eingeordnet werden, weil sie für eine positive Entwicklung auch unter nicht explizit risikoreichen Bedingungen wichtig ist, obwohl ausser Frage steht, dass sicher gebundene Kinder unter Risikobedingungen meist eine bessere Anpassung und Entwicklung zeigen als Kinder ohne sichere Bindung.

AUTORITATIVE UND POSITIVE ERZIEHUNG. Dieser Erziehungsstil umfasst ein warmes, unterstützendes, aber trotzdem forderndes und Grenzen setzendes Elternverhalten. Sowohl Bettge (2004) als auch Wustmann (2004) verbinden eine autoritative und positive Erziehung mit einer positiven Entwicklung der Kinder. Eine scharfe Grenze zwischen Bindungs- und Beziehungsaspekten und Erziehungsstil scheint schwierig, weil es Überschneidungen gibt. Petermann und Petermann (2005) verweisen auf die Kompetenz der Eltern, Regeln aufstellen und durchsetzen zu können, und benennen diese als wichtigen Schutzfaktor. Dabei ist eine feinfühligere Kommunikation, wie auch ein Monitoring (die Eltern wissen, wo sich ihre Kinder aufhalten) förderlich. Die schützende Wirkung eines autoritativen Erziehungsstils ist sowohl bei Risiko- wie Nicht-Risiko-Gruppen vielfach belegt (Masten & Coatsworth, 1998; Masten & Reed, 2005; Werner, 2007).

POSITIVES FAMILIENKLIMA UND KOHÄSION. Diese Begriffe beschreiben das charakteristische Verhalten innerhalb der Familie. Dabei spielen das Ausmass an emotionaler Bindung der Familienmitglieder untereinander und der Grad an Unabhängigkeit zentrale Rollen. Eine hohe Kohäsion wird als wenig förderlich bewertet, da sie mit einer Überidentifikation mit der Familie, hohem Konsens und geringer individueller Autonomie verbunden ist. Ebenfalls wenig förderlich ist eine sehr tiefe Kohäsion, die sich in hoher Autonomie, geringer Bindung und emotionaler Beteiligung äussert. Eine „mittlere“ familiäre Kohäsion wird gerade in Umbruchsituationen oder Krisenzeiten als besonders stabilisierend erlebt (Wustmann, 2004). Auch Ravens-Sieberer, Wille, Bettge und Erhart (2007) konnten aufzeigen, dass ein günstiges Familienklima schützend wirkt.

POSITIVE UND UNTERSTÜZENDE GESCHWISTERBEZIEHUNG.

Die Schutzwirkung unterstützender, prosozialer Geschwister sieht Werner (2006) in mehr als zwei Längsschnittstudien als repliziert an. Richmond, Stocker und Rienks (2005) wiesen nach, dass Veränderung in der Qualität der Geschwisterbeziehungen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder hatten. Wenn die Beziehungen wärmer wurden und weniger von Konflikten geprägt, zeigten sich weniger depressive Verstimmungen. Bei schlechterer Beziehungsqualität zeigten sich vermehrt externalisierende Probleme. Auch bei elterlicher Trennung und Scheidung hilft eine gute Beziehung zu Geschwistern, mit der Situation besser zurechtzukommen (Schmidt-Denter, 2000).

MERKMALE DER ELTERNBEZIEHUNG.

In der Resilienzforschung werden bei den Eltern Faktoren wie Bildung, Gesundheit, Bewältigungsstil oder die Qualität der Paarbeziehung untersucht. Dies wird primär in Studien zum Thema elterliche Trennung und Scheidung untersucht, wobei diese Lebensereignisse als Risikofaktor gewertet werden. In einigen, aber nicht allen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau der Mutter und der Resilienz der Kinder aufgezeigt werden, wobei die Effektstärken eher unbedeutend waren und entsprechend dem sozioökonomischen Status der Nutzen von weiteren Umständen abhängig ist (Bengel et al., 2009). Die psychische Gesundheit und das damit verbundene positive Selbstbild, die Verfügbarkeit von Unterstützung und eine allgemeine Lebenszufriedenheit sind in der aktuellen Forschung wenig besprochen, obwohl diese in älteren Studien als resilienzbildend beschrieben wurden (Cowen et al., 1997; zit nach Bengel et al., 2009). Als empirisch überprüfter Schutzfaktor kann die Qualität der elterlichen Beziehung aufgeführt werden. Eine harmonische Beziehung oder konstruktive Konfliktlösungsstrategien schützen die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Chen & George, 2005).

4.2.3 Soziale Schutzfaktoren

SOZIALE UNTERSTÜTZUNG.

Unter dem Begriff soziale Unterstützung werden unterschiedliche Formen subsumiert. Dabei kann es sich, in emotionaler und materieller Hinsicht, um direkte Unterstützung der Jugendlichen selbst oder um Unterstützung der Eltern handeln. Bengel et al. (2009) vermuten daher, dass sich die uneinheitlichen Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von sozialer Unterstützung auf Grund des uneinheitlich definierten Konstrukts zurückführen lassen. Eindeutig scheint, dass familiäre soziale Unterstützung für Kinder und Jugendliche, die unter risikoreichen Bedingungen aufwachsen eine kritische Variable sein kann, die über die Entwicklung mitentscheidet (Werner, 2006).

ERWACHSENE ALS ROLLENMODELLE UND BEZIEHUNG ZU ERWACHSENEN.

In der Resilienzforschung wird eine positive Beziehung von Jugendlichen zu einer wichtigen erwachsenen Bezugsperson als sehr konsistenter und bedeutsamer Schutzfaktor bewertet. Die Bedeutung scheint dabei auf zwei Ebenen zu liegen: Auf der Beziehungsebene werden die bedingungslose Wertschätzung, Vertrauen, Unterstützung und eine Stärkung ihres Selbstwertes und Selbstvertrauens aufgeführt (Bengel et al., 2009). Durch positive und prosoziale Rollenmodelle können Jugendliche konstruktives Bewältigungsverhalten lernen (Wustmann, 2004). Besonders wenn Eltern diese Fähigkeiten nicht vermitteln können, ist die Beziehung zu einem Erwachsenen ausserhalb der Familie von grosser Bedeutung (Bengel et al., 2009).

KONTAKTE ZU GLEICHALTRIGEN.

In der Adoleszenz intensivieren sich die Beziehungen zu Gleichaltrigen. Freundschaftsbeziehungen und Peerkontakte beinhalten Erholung, Unterhaltung, Rat, emotionalen Beistand, positives Feedback, Ablenkung von schwierigen Situationen und Ablenkung vom Ernst des Alltags im sozialen Spiel. Dabei können Möglichkeiten für Perspektivenübernahme und Empathie geschaffen werden und die Kommunikationsfähigkeit, Impulskontrolle, Kreativität und interpersonales Bewusstsein gefördert werden (Wustmann, 2004). Freundschaftsbeziehungen zu prosozialen Gleichaltrigen wurden von Masten und Reed (2005) als allgemeiner Schutzfaktor für psychosoziale Resilienz anerkannt. Die Anerkennung durch Gleichaltrige wurde im Zürcher Adoleszenten-Psychopathologieprojekt als protektiv gegenüber internalisierenden Störungen erfasst (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001) und stand ausserdem mit dem psychischen Wohlbefinden in Zusammenhang (Schrepferman, Eby, Snyder, & Stropes, 2006). Lösel und Bender (2007) zeigten auf, dass Jugendliche mit antisozialen Verhalten ihr Problemverhalten durch Freundschaften aufrechterhalten und diese somit als Risikofaktor gelten.

QUALITÄT DER BILDUNGSINSTITUTIONEN.

Der Besuch von effektiven Schulen kann einen Schutzfaktor darstellen (Masten & Coatsworth, 1998). Positive schulische Erfahrungen können Selbstwert und Selbstkontrolle fördern, die dann eine resiliente Entwicklung begünstigen. Eine angemessene Leistungserwartung, konsistente und gerechte Regeln, konstruktives Feedback, Partizipationsmöglichkeiten, aktives Interesse der Lehrkräfte an den Schülerinnen und Schülern, respektvoller Umgang, positive Peerkontakte, enge Zusammenarbeit mit Eltern, zusätzliche Angebote und insgesamt ein wertschätzendes Schulklima werden von Wustmann (2004) als über verschiedene Studien hinweg konsistente Erfolgskriterien für eine qualitativ hoch stehende Schule aufgelistet.

4.2.4 Gender

In der Risikoforschung wurden die unterschiedlichen Faktoren, welche auf Jungen und Mädchen in verschiedenen Entwicklungsphasen einwirken, detailliert untersucht. Resiliente Mädchen und Jungen zeigen grösseres Interesse an Aktivitäten, die als nicht geschlechertypisch gelten. Generell profitieren Jungen eher von externalen und Mädchen eher von internalen Schutzfaktoren. Ittel und Scheithauer (2007) weisen darauf hin, dass viele geschlechterspezifischen Unterschiede teilweise davon abhängig sind, wie Resilienz in der jeweiligen Studie operationalisiert wurde. Während in der Kindheit Mädchen resilienter und Jungen vulnerabler sind, kehrt sich dies in der Adoleszenz um, besonders betroffen sind früh entwickelte Mädchen (Petermann & Petermann 2000; zit. nach Petermann & Schmidt, 2006). Schützend wirkt für adoleszente Jungen besonders das Vorhandensein eines Mentors und Vorbildes. Zudem scheint die regelmässige Übernahme von Aufgaben und Verantwortung in der Familie wichtig. Bei adoleszenten Mädchen wirken eine hohe Selbstachtung, realistische Bildungsziele und interne Kontrollüberzeugung protektiv (Bengel et al. 2009).

4.2.5 Kumulative Wirkung von Schutzfaktoren

Einzelne Risiken korrelieren meistens nur niedrig mit Erlebens- und Verhaltensstörungen und erst eine Kumulation mehrerer Risiken erhöht die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensstörungen deutlich. Für Schutzfaktoren gilt: je mehr Risiken vorliegen, desto mehr Ressourcen sind auf der protektiven Seite erforderlich. In der Forschungspraxis entsteht wiederum ein Problem, denn es lassen sich protektive Effekte bei stark kumulierten Risiken schwer nachweisen, obwohl sie gerade in diesen Fällen am wichtigsten sind, weil sie höchstwahrscheinlich ungünstige Entwicklungsverläufe zum Positiven beeinflussen (Lösel & Bender, 2007).

4.2.6 Schutzfaktoren im Entwicklungsverlauf

In der Entwicklungspsychologie wird die Bedeutung von Phasen und Übergängen in der Kindheit und Jugend dargestellt. Dies gilt insbesondere auch für die Bereiche Gesundheit und Wohlbefinden, Risikoverhalten und Vorsorgeverhalten. Es werden deshalb altersspezifische Schutzfaktoren angenommen. Im Verlauf der Entwicklung sind Phasen erhöhter Vulnerabilität zu beobachten (Wustmann, 2004). Werner (1993; zit. nach Petermann & Petermann, 2005) benennt fürs Jugendalter folgende spezifische Schutzfaktoren: hohe Eigenverantwortlichkeit, viele soziale Fertigkeiten, selbstsicheres Verhalten (vor allem bei Mädchen) und das in positiver Weise Einfordern von sozialer Unterstützung. Dabei ist zu beachten, dass die in den vorangegangenen Phasen vorhandenen Schutzfaktoren auch die Entwicklung der neuen Schutzfaktoren beeinflussen. Bengel et al. (2009) stellen fest, dass das Zusammenspiel protektiver Mechanismen über die Zeit noch kaum untersucht wurde.

4.2.7 Interkulturelle Aspekte und Migration

Die überwiegend an amerikanischen und westeuropäischen Probanden erhobenen Erkenntnisse können nicht 1:1 auf andere Kulturen übertragen werden. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind speziellen Risiken, Stressoren oder Belastungen ausgesetzt: ungenügende oder fehlende Integration der Familie, Sprachbarriere, Identitätsdiffusion oder unsicherer Aufenthaltsstatus, etc. Lanfranchi (2006) geht davon aus, dass Schutzfaktoren für eine gelungene Entwicklung bei diesen Kindern eine besonders grosse Rolle spielen und sie kulturspezifische Schutzfaktoren (z.B. starke familiäre Kohäsion) mitbringen. In Anbetracht der unsicheren äusseren Situation kommt dem Faktor „sichere Bindung an eine primäre Bezugsperson“ besondere Bedeutung zu.

III Empirischer Teil

5 Fragestellung

Im Fokus dieser Arbeit stehen DBT-Therapierende, die mit Adoleszenten arbeiten. Primär soll ergründet werden, wie in der praktischen Arbeit Ressourcen erfasst, berücksichtigt und eingesetzt werden. Zudem soll diese Arbeit die Frage beantworten, ob es Situationen oder Phasen gibt, bei denen die Ressourcenorientierung kontraindiziert ist.

Daraus leiten sich folgende Unter-Fragestellungen zur DBT (Fragen a-f) und zu den Ressourcen (Fragen g-i) ab.

- (a) Was bedeutet Ressourcenorientierung in der DBT?
- (b) Wie wichtig ist die Ressourcenorientierung in der DBT?
- (c) Welche Ressourcen berücksichtigt die Therapierende bei den Adoleszenten in der DBT?
- (d) Welche Ressourcen berücksichtigt die Therapierende bei sich selbst in der DBT?
- (e) Wie werden Ressourcen in der DBT gefördert?
- (f) Wann ist die Ressourcenorientierung kontraindiziert?
- (g) Was verstehen DBT Therapierende unter Ressourcen- und Schutzfaktoren?
- (h) Wie werden Ressourcen diagnostiziert?
- (i) Welche Schutzfaktoren sind für Therapie wichtig?

Dabei sollen die Ressourcenart, Unterschiede im Setting und entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt werden. Zudem soll evaluiert werden, welche Störungsbilder neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls mit DBT-Methoden behandelt werden.

6 Methode

6.1 Design

Für diese Arbeit wurde die methodologische Triangulation mit verschiedenen qualitativen Methoden gewählt (Flick, 2008). Mit halbstandardisierten problemzentrierten Interviews, die dann inhaltsanalytisch ausgewertet wurden, wurde die Arbeit der Therapierenden bezüglich Ressourcen erhoben (Mayring, 2002). Mit der Q-Sort-Technik, wurde die Gewichtung der einzelnen Schutzfaktoren systematisch dargestellt und deren subjektive Bewertung für die Therapie herausgearbeitet (Müller & Kals, 2004).

6.2 Interviewpartner

Es wurden DBT-Therapierende aus dem deutschsprachigen Raum ausgesucht, die Erfahrung in der Therapie von Adoleszenten haben. Dabei wurde darauf geachtet, dass Therapierende aus dem ambulanten und stationären Bereich befragt wurden. Damit die ganze Spannweite der

Adoleszenz abgedeckt wird, wurde darauf geachtet sowohl Therapierende aus dem Kinder- und Jugendbereich, wie auch aus dem Erwachsenenbereich zu interviewen.

THERAPEUTIN NR. 1 arbeitet in einer Akutpsychiatrie für Adoleszente zwischen 14 und 18 Jahren, leitet die Skillsgruppe der Station über zwei Jahre. Zudem hat sie Erfahrung mit DBT im Erwachsenenalter (Einzeltherapie und Skillsgruppe). Sie hat eine verhaltenstherapeutische Therapieausbildung und sämtliche Ausbildungsmodulare der DBT absolviert.

THERAPEUTIN NR. 2 arbeitet bei einem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Sie arbeitet ambulant einerseits mit Vorschulkindern und deren Eltern und mit Adoleszenten zwischen 14 und 18 Jahren. Die ehemalige Sozialpädagogin hat eine Systemische Therapieausbildung absolviert und verschiedenste Weiterbildungen in Kindertherapie, tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Richtung absolviert. Zudem hat sie mit mehr als 20 Jahren Berufserfahrung diverse DBT-Weiterbildungen besucht.

THERAPEUT NR. 3 arbeitet als ambulanter Therapeut in einem Psychiatriezentrum, wo er auch Jugendliche und junge Erwachsene betreut. Zudem ist er als DBT Trainer und Supervisor tätig. Er hat eine verhaltenstherapeutische Therapieausbildung.

THERAPEUTIN NR. 4 arbeitet in einer Akutpsychiatrie für Adoleszente zwischen 14 und 18 Jahren. Sie leitet die Skillsgruppe der Station und über mehrere Jahre eine ambulante DBT Skillsgruppe. Sie hat eine verhaltenstherapeutische Therapieausbildung für das Kindes- und Jugendalter und sämtliche Ausbildungsmodulare der DBT absolviert.

THERAPEUTIN NR. 5 arbeitet als ambulante Therapeutin in einem Psychiatriezentrum, in dem sie auch Jugendliche und junge Erwachsene betreut. Sie hat eine Gestalttherapeutische Therapieausbildung und neben der DBT auch Weiterbildungen in Traumatherapie nach L. Reddeman und Transaktionsanalyse durchlaufen.

THERAPEUT NR. 6 arbeitet als Oberarzt auf einer Psychotherapiestation, die DBT- und Schematherapieprogramme für junge Erwachsene im Alter von 18 – 28 Jahren anbietet, die in der Entwicklungsphase der Adoleszenz sind (Durchschnittsalter 22 Jahre). Er hat eine psychodynamische Therapieausbildung und neben der DBT ist er auch in kognitiv-verhaltenstherapeutischen und schematherapeutischen Methoden ausgebildet.

6.3 Durchführung

Die DBT-Therapierenden wurden mittels halbstrukturierter, qualitativer Tiefeninterviews befragt und am Schluss des Interviews wurden sie gebeten, 24 Karten mit verschiedenen Schutzfaktoren in eine Normalverteilung zu bringen. Die Therapierenden konnten den Ort der Durchführung auswählen. Die Interviews fanden im Oktober und November 2010 statt.

6.4 Auswertungsmethoden

Die Interviews wurden bei der vollständigen Transkription (die Originale der Transkription können bei der Verfasserin eingesehen werden) für eine bessere Lesbarkeit vom Schweizerdeutschen ins Standarddeutsche übertragen. Nach Mayring (2002) eignet sich diese Vorgehensweise, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde zur Auswertung angewendet und in drei Schritten durchgeführt: Zuerst wurden die Zitate der Interviewten den für die Fragestellungen relevanten Kategorien zugeordnet. Aufgrund der Theorie wurden die Kategorien deduktiv erschlossen. In einem nächsten Schritt wurde die Kategorienbildung nochmals überprüft und ergänzt. Der dritte Schritt beinhaltete eine Zusammenfassung der Aussagen und die systematische Anordnung innerhalb der Kategorien. Prägnante Aussagen der interviewten Experten wurden ausgewählt und in dieser Arbeit im Kapitel 7 als Zitate eingefügt und in Klammern die Zeitmarken aufgeführt.

7 Ergebnisse

7.1 DBT

In diesem Kapitel wird zunächst beschrieben, bei welchen Störungsbildern die Therapierenden DBT anwenden. Nachfolgend wird die Bedeutung der DBT für die Therapierenden dargestellt und entwicklungspsychologische Überlegungen aufgezeigt. In einem nächsten Schritt werden Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und Einzel- und Gruppentherapie beleuchtet. Das Kapitel 7.1 schliesst mit den Themen Einbezug der Familie in die Therapie, Migrationshintergrund von Patienten und Kontraindikation ab.

7.1.1 Störungsbilder

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND KOMORBIDE STÖRUNGEN.

Die interviewten DBT-Therapierenden arbeiten alle mit Patienten, die an einer Borderline-Störung leiden. Die Therapierenden (Nr. 3, Nr. 5, Nr. 6) behandeln Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen, wobei diese häufig an komorbide Störungen wie Sucht, ADHS und Essstörungen leiden. Therapeutin Nr. 3 arbeitet auch systemtherapeutisch und Therapeutin Nr. 5 gestalttherapeutisch. Therapeut Nr. 6 arbeitet mit Patienten, die an einer Borderline-Störung leiden zum Teil auch schematherapeutisch. Dabei sind zwei Kriterien für die Wahl der Methode ausschlaggebend: Erstens scheint für Patienten, deren Problemfokus vor allem auf der Verhaltensebene liegt DBT indiziert. Zweitens werden die persönlichen Präferenzen des Patienten berücksichtigt, was ihm hilft die Therapiemotivation länger aufrecht zu erhalten.

WEITERE STÖRUNGSBILDER.

Bei anderen Störungsbildern wie Störung des Sozialverhaltens, PTBS, depressiven Störungen und Zwangsstörungen werden bei Bedarf Elemente der DBT zur Behandlung eingesetzt. Alle Therapierende geben an bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis die DBT nicht einzusetzen. Nur die Therapierenden Nr. 2 und Nr. 4 arbeiten mit Patienten, die an Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Therapeut Nr. 6 diagnostiziert Cluster-C Persönlichkeitsstörungen bei Adoleszenten nur sehr zurückhaltend, während die Cluster-B Diagnosen für ihn weniger problematisch sind.

GRUNDVORAUSETZUNGEN.

Viele Formen der Therapie sind nur für Jugendliche mit ausreichender Intelligenz möglich und wenn eine gute Intelligenz vorhanden ist, können Probleme und Ressourcen auch auf einer Metaebene besprochen werden (Nr.4).

7.1.2 Zentrale Aspekte der DBT

RESSOURCENORIENTIERUNG ODER STRUKTUR?

Die Ressourcenorientierung gehört nicht für alle Therapierenden zum Hauptfokus in der DBT. Therapeutin Nr. 2 meint, DBT ist mit Ausnahme des Skillskonzepts nicht besonders ressourcenorientiert, das Ressourcen- und Resilienzmodell ist für sie kein Referenzpunkt. DBT hilft besonders, Jugendliche an Veränderungen heranzuführen. Die DBT ist ein Grundgerüst, eine Leitlinie, sie gibt ihr mit dem Konzept der Validierung und Veränderung Rückhalt. Dabei ist die DBT flexibel, und seit der DBT Ausbildung gestaltet sie die Therapie mit Jugendlichen zielgerichteter (Nr. 2). Auch Therapeutin Nr. 5 meint: „*Also ich habe DBT noch nie so verstanden, dass sie so wahnsinnig ressourcenorientiert ist (00:05:52-1)*.“ DBT steht vor allem für Struktur. Therapeut Nr. 6 meint ebenfalls, dass die Ressourcen nicht alleine im Zentrum der DBT stehen und erzählt, dass Validierung wichtig ist: „*Wir stehen sehr auf der Validierungsseite, sehr auf der Cheerleadingsseite. Eher dieses "yes, you can!" (00:23:19-5)*“. Im Gegensatz dazu meint Therapeut Nr. 3 soll eine Therapie sich 51% auf die Ressourcenorientierung und 49% auf die Problemorientierung fokussieren. DBT beinhaltet mehr als Spannungsreduktion, die Emotionsarbeit und das Beziehungsmanagement sind ebenso wichtig, erzählt Therapeutin Nr. 1.

BEZIEHUNGSGESTALTUNG – DER PATIENT AUF AUGENHÖHE.

Auf die Beziehungsgestaltung legen die Therapierenden grossen Wert. Sie wollen dem Patienten als einem ebenbürtigen, selbstverantwortlichen Individuum begegnen (Nr. 5, Nr. 1) und Patienten nicht als Problemfälle, sondern als Personen wahrnehmen, die über komplexe Muster aus Fähigkeiten und Defiziten verfügen (Nr. 1). Bei der Beziehungsgestaltung geht es weniger um die allgemeinen Grundsätze wie emotionale Wärme, Wertschätzung und Empathie,

die als Basis für jede therapeutische Beziehung wichtig sind, als darum, für den Patienten als authentischer und offener Ansprechpartner da zu sein (Nr.5). Die DBT ermöglicht es dem Therapierenden authentisch in der Beziehung zu sein, meinen die Therapierenden. Dies bedeutet ehrlich und transparent zu kommunizieren (Nr. 1, Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5). So weist Therapeutin Nr. 5 darauf hin, dass man Patienten etwas fordern soll und sie bevorzugt einen klaren und direktiven Kommunikationsstil. Es gehört zur Beziehungsgestaltung in der DBT dazu die eigenen Grenzen wahrzunehmen und diese dem Patienten von der ersten Minute an zu kommunizieren, meinen Therapierende (Nr. 1, Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5). Dies ist ein zentraler Punkt für den Therapieerfolg (Nr. 3). Therapeutin Nr. 4: *„Klarheit im Sinne von, dass man weiss, was man anbietet und dort klar und sicher auftreten kann. Es soll für den Jugendlichen klar sein, "aha, ich habe Halsschmerzen und diese Person bietet mir eine Möglichkeit an, wie ich das Halsweh loskriege". Einerseits muss ich als Therapeutin sicher sein, was ich dem Patienten anbieten will und in der Beziehungsgestaltung aber auch ein Gewicht darauf legen, auf den Jugendlichen einzugehen (00:05:20-4)“.*

DBT IST JAZZ – WELCHE JAZZSTANDARDS BEVORZUGEN THERAPIERENDE?

Therapierende bevorzugen unterschiedliche Elemente und Prinzipien aus der DBT: Therapeutin Nr. 1 gefällt es, dass verschiedene Elemente (z.B. Validierung, Motivationsstrategien, kommunikative Strategien) nebeneinander zulässig sind. Auch gegensätzliche Emotionen dürfen dissonant stehen bleiben und die DBT hilft dem Patienten dabei damit umzugehen, ohne grosse Spannungen zu erleben. Sie führt dazu aus: *„Die Dialektik dieses nebeneinander bestehen dürfen von Zuständen, die sich auch nicht gegenseitig ausschliessen müssen, sondern zwischen denen du dich bewegst oder die praktisch alle zusammen in eine Pendelbewegung auch rein gehören. Das finde ich auch ein faszinierendes Prinzip. Du darfst deine Mutter hassen und sie gleichzeitig lieben und du musst dich nicht entscheiden und dadurch wahnsinnig werden und alle anderen zum Wahnsinn treiben. Sondern das darf bestehen und die Dissonanz, die besteht mal, die muss ausgehalten werden. Wenn man die Erfahrung macht, ich liebe sie und ich hasse sie gleichzeitig, dann kann man es lernen, dass es nicht mehr Spannung auslöst (00:20:29-8)“.* Therapeutin Nr. 1 und Nr. 2 empfinden die Achtsamkeit als hilfreiches Element. „Fuss in die Tür“, „Advocatus diaboli“, paradoxe Interventionen und das Modell der Wippe erachtet Therapeutin Nr. 1 ebenfalls als wichtig: *„Wenn du das Bild der Wippe mal im Kopf hast, und ein Patient dich fordert oder der die Verantwortung an dich delegiert, dass du eben nicht aus dem Impuls heraus hinterher agierst, sondern dass du im Zweifel den Mut hast einen Schritt zurück zugehen (00:07:33-9)“.* In der DBT wird dem Patienten der Druck genommen, sich verändern zu müssen und die Kommunikation ist beschreibend und nicht bewertend (Nr. 1). Therapeutin Nr. 4 findet den Transfer von Ressourcen in die Therapie als sehr hilfreich: *„z.B. ein Jugendlicher, der hat gut gerappt und der war schwer, schwer depressiv. Er hat dann jeweils so Rap gemacht im Sinne eines Tagebuchs und ist dann auch mit seinem iPod und Lautsprecher in die Therapie gekommen und hat mir vorgerappt. (00:17:17-2)“.* Thera-

peut Nr. 6 findet Rollenspiele hilfreich bei der Überwindung von Scham und Selbstwertproblemen.

7.1.3 Entwicklungsaspekt in der Therapie

REIFE UND ABLÖSUNG.

Die entwicklungspsychologischen Aspekte schätzten Therapierende unterschiedlich ein. Die Adoleszenz soll nicht nach dem Alter, sondern nach der „inneren Adoleszenz“ eingestuft werden fordert Therapeut Nr. 6. Die kognitive Reife ist bei 14-jährigen weit weniger ausgeprägt, als bei 18-jährigen Patienten, was zu berücksichtigen ist, meint Therapeutin Nr. 2. Therapierende (Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3) zeigten auf, dass der Prozess der Ablösung von den Eltern je älter die Patienten sind, umso mehr gefördert werden soll und der Fokus auf der Autonomie liegt. Es soll bei minderjährigen Jugendlichen mehr auf Schutz gearbeitet und die Eltern ermächtigt werden, wie es im Zivil- und Familienrecht verankert ist (Nr.1, Nr.4). Bei Jugendlichen, die in einer Institution wohnen und volljährig sind, ist die Förderung der Autonomie wichtiger als die familiäre Einbettung (Nr. 2).

BEZIEHUNGSaufbau zu Adoleszenten – wie geht das?

Die Beziehung zu den Jugendlichen wird tragfähiger, wenn die Therapeutin sich mit einer klaren Haltung und Meinung zeigt, denn Adoleszente bewerten die Qualität der Beziehung über den Umgang mit Konflikten, betont Therapeutin Nr. 4.

RESSOURCEN IN DER ENTWICKLUNG.

Spezifische Ressourcen von Jugendlichen sind die Fähigkeit Visionen zu entwerfen und Chancen für berufliche, persönliche und soziale Möglichkeiten flexibel auszuprobieren und wahrzunehmen erzählen die Therapierenden Nr. 3 und Nr. 5. Ähnlich beschreibt Therapeut Nr. 6, dass die Fähigkeit, Visionen entwickeln zu können für Adoleszente sehr wichtig ist. Therapeutin Nr. 4 weist darauf hin, dass die Gewichtung der Ressourcen etwas verändern und die Inhalte sich anders gestalten: *„Was bei einer 14-Jährigen die Familie, die Grossmutter sein kann, ist bei der 18-Jährigen der Freund. (...). Der Obertitel wäre Tragfähige Beziehungen und inhaltlich verändert es sich. (00:03:34-1).“*

ADOLESZENT ODER ERWACHSEN?

Die Therapie von Adoleszenten unterscheidet sich in verschiedenen Punkten gegenüber der Therapie von Erwachsenen. Therapeutin Nr. 2 machte auch schon die Erfahrung, dass jüngere Adoleszente ihre Probleme als Teil ihrer Identität sehen. Im Vergleich zu erwachsenen Patienten ist der Einfluss der Eltern bei jugendlichen Patienten grösser und deswegen für die Therapie relevanter, stimmen alle Therapierenden überein. Die Aufarbeitung der Vergangenheit findet bei minderjährigen Adoleszenten nicht statt, erklärt Therapeutin Nr. 2. In der

Skillsgruppe brauchen adoleszente Patienten viel Anleitung, weil sie sich weniger gewohnt sind, selbständig zu arbeiten und sich zu organisieren (Nr. 4). Zudem bereitet es ihnen auch Mühe, Regeln nachzuvollziehen und zu akzeptieren (Nr. 2), wo hingegen Erwachsene es nicht nötig haben gegen die Skillsgruppe zu rebellieren (Nr. 5).

ZIELE UND VISIONEN.

Therapeutin Nr. 1 hat die Erfahrung gemacht, dass Ziele von Jugendlichen kurzfristiger sind und sich besser aus dem Hier-und-Jetzt ableiten, denn im Gegensatz zu Erwachsenen können sie mittel und langfristige Ziele weniger gut verfolgen: „... *also dem jetzt zu sagen: wenn du jetzt den Skill nicht einsetzt, dann wirst du in 4 Jahren keine Lehrabschluss haben, das ist für den Jugendlichen oft in keiner Weise hilfreich. Ein Erwachsener, der die Erfahrung dann ein paar Mal gemacht hat, keine Lehre abgeschlossen hat und jetzt IV Rente bezieht, bei dem wirkt das ganz anders (00:20:15-5).*“ Die Ressource „Lebenserfahrung“ und die damit verbundene Fähigkeit realistische Ziele umzusetzen, kommen mit zunehmendem Alter mehr zum Tragen, meinen Therapeut Nr. 3 und Nr. 6.

7.1.4 Unterschiede in der ambulanten und stationären Therapie

Die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Therapie stand nicht im Fokus der Interviews und doch zeigten sich interessante Aspekte zu diesem Thema.

STATIONÄRE BEHANDLUNG – WANN UND WAS BRINGT ES?

Grundsätzlich ist eine stationäre Behandlung besonders bei Patienten sinnvoll, meint Therapeut Nr. 6, die bei den Eltern wohnen, chronifizierte Konflikte erleben und bei denen durch ausgeprägte Bindungsprobleme der Ablösungsprozess vom Elternhaus kaum möglich ist.

Therapeutin Nr. 4 berichtet von der Erfahrung über die Beziehungsgestaltung, die stationär durch die Auseinandersetzung mit den Regeln und den Wünschen der Jugendlichen, rascher und auch durch mehr Reibung entsteht. Dabei ist eine gemeinsame Haltung des interdisziplinären Teams wichtig, damit keine Spaltung entsteht und die Therapie gelingen kann. Im stationären Rahmen ist die Fähigkeit sich selbst organisieren zu können weniger wichtig, weil das Milieuteam die Jugendlichen dabei gut unterstützen kann, erzählt Therapeutin Nr. 4.

AMBULANTE BEHANDLUNG.

Die ambulante Skillsgruppe mit volljährigen Adoleszenten und Erwachsenen verläuft manualgeleiteter und strukturierter, als die stationäre Skillsgruppe für minderjährige Adoleszente, fügt Therapeutin Nr. 1 an.

7.1.5 Phasen der Therapie

PHASE 1.

Die Phasen der Therapie standen nicht im Zentrum der Fragestellung, jedoch zeigten die Interviews einige interessante Punkte auf. Die Verantwortung kann mit zunehmender Stabilisierung dem Patienten übergeben werden und Prozesse können transparenter gestaltet werden, sagt Therapeutin Nr. 1 und weist darauf hin, dass in jeder Therapiephase, wenn grosse Veränderungen anstehen, die Jugendlichen verstärkt mit Verhaltensproblemen reagieren können und dann die Ressourcenaktivierung wieder schwierig wird.

Die erste Phase der Therapie fokussiert das Thema „Schwere Probleme auf der Verhaltensebene“. Wenn die Bildung eines Vertrauensverhältnisses in den ersten Monaten nicht gelingt, ist die Therapie meist wenig erfolgreich, findet Therapeut Nr. 4.

PHASE 2.

Die zweite Phase der Therapie steht unter dem Thema „Probleme mit den Folgen von traumatischen Erfahrungen“. Die wirklich schwierigen Themen zeigen sich in der zweiten Phase und machen deutlich, warum dysfunktionales Verhalten überhaupt notwendig war, berichtet Therapeutin Nr. 5. Gerade in der zweiten Phase bietet die DBT keine Methode, erzählen die Therapierenden Nr. 5 und Nr. 6, wobei letztgenannter auf ein DBT Konzept für PTSD verweist, das er in seltenen Fällen einsetzt. Ansonsten kommt bei Therapeut Nr. 6 die Schematherapie zum Tragen (kann auch auf zwei Klinikaufenthalte verteilt sein) und Therapeutin Nr. 5 arbeitet in der zweiten Phase oft nach den Grundsätzen der Gestalttherapie oder der Traumatherapie nach Reedemann.

7.1.6 DBT-A

MINDERJÄHRIGE ADOLESCENTE.

Obwohl Therapeutin Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 4 mit minderjährigen Adoleszenten arbeiten, wird nirgends das klassische DBT-A Konzept umgesetzt. Therapeutin Nr. 2 führt am Anfang und am Ende der Skillsgruppe jeweils einen Elternabend durch. Der Einbezug der Eltern in die Skillsgruppe wurde aus pragmatischen Gründen nicht eingeführt.

VOLLJÄHRIGE ADOLESCENTE.

Therapeutin Nr. 5 bot für die Angehörigen von volljährigen Patienten Workshops an. Die Kurse waren bei den Eltern sehr beliebt. Den Sharingeffekt erlebten sie sehr positiv und auch die Patienten selbst waren erfreut, dass sich die Eltern mit der Krankheit auseinandersetzten. Die Kosten für den Workshop wurde nicht durch die Krankenkasse übernommen und somit das Angebot eingestellt, weil es den Angehörigen zu teuer war.

7.1.7 Skillsgruppe versus Einzeltherapie

SKILLSGRUPPE – WAS IST DAS?

Die Skillsgruppe ist ein sehr strukturiertes Element der DBT. Dabei lernen Patienten gemeinsam Fertigkeiten, die ihnen helfen funktionales Verhalten vermehrt einzusetzen, berichten Therapeutin Nr. 2 und Nr. 4. Die Skillsgruppe ist ein Trainingscenter für Strategien, die als Ressourcen eingesetzt werden können, umschreibt Therapeut Nr. 3. Der Fokus liegt bei der Skillsgruppe mehr auf den Ressourcen, als in der Einzeltherapie und die Skillsgruppe ist lösungsorientierter, berichtet Therapeut Nr. 3.

EFFEKTE DER GRUPPE.

Das soziale Lernen von Mitpatienten wird durch das Ausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Gegensätzen der einzelnen Patienten gefördert, berichtet Therapeutin Nr. 1. Das Sharing (der Austausch unter den Patienten) regt Patienten mehr an Neues auszuprobieren, als wenn das von der Therapeutin vorgeschlagen wird, erläutert Therapeutin Nr. 5. Der Hauptwirkfaktor der Skillsgruppe ist für die Therapierenden Nr. 5 und Nr. 6 der Sharing-Effekt und Therapeut Nr. 6 fügt hinzu, dass die Gruppe eine wichtige Ressource für die Patienten ist. Therapeutin Nr. 1 und Nr. 5 erzählen, dass die Patienten vom Inhalt relativ schlecht profitieren können, weil sie in der Gruppe oft angespannt sind und dadurch das Lernen verhindert wird. Deshalb profitieren Patienten sehr, wenn sie ein zweites Mal die Skillsgruppe wiederholen.

AUF WAS ACHTEN THERAPIERENDE?

Weil das Lernen von Inhalten für Patienten kaum möglich ist, findet Therapeutin Nr. 5 die Validierung wichtiger als den Teachingpart. Therapeutin Nr. 4 achtet darauf, dass sich alle Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten beteiligen können, schafft ein motiviertes Klima, fördert positive Gruppendynamik und greift Störungen frühzeitig auf, denn sonst kann eine sehr destruktive Stimmung entstehen. Therapeutin Nr. 2 achtet besonders auf die Regel, dass kein Austausch über Selbstverletzungen oder Suizidgedanken entsteht.

FREUD UND LEID.

Die Achtsamkeit ist für viele Jugendliche ein unbekanntes Thema und kann Scham auslösen. Dies kann durch einen überzeugten Umgang mit dem Thema durch die Therapeuten reduziert werden, teilt Therapeutin Nr. 4 mit. Guten Anklang finden bei Jugendlichen Rollenspiele, Übungen zur sozialen Kompetenz, handlungspraktische Übungen und der Einsatz von Foto- und Videoaufnahmen, erzählt Therapeutin Nr. 4. Therapeutin Nr. 5 berichtet, dass Hausaufgaben, die positive Erfahrungen schaffen und in der folgenden Stunde ausgetauscht werden, beliebt sind.

PSYCHOEDUKATION – IN DER GRUPPE- ODER IN DER EINZELTHERAPIE?

Geht eine Jugendliche nicht in die Skillsgruppe, werden Elemente der Skillsgruppe in der Einzeltherapie erarbeitet (Nr. 4). Die Psychoedukation findet bei Therapeutin Nr. 2 mehr in der Skillsgruppe als in der Einzeltherapie statt, während es beim Therapeut Nr. 3 genau umgekehrt ist.

WAS IN DER EINZELTHERAPIE ZÄHLT.

In der Einzeltherapie ist das A&O eine tragfähige Beziehung, die nicht abreisst, wenn Veränderungen anstehen erzählt Therapeutin Nr. 2. Sie überlässt das Tempo für Veränderungen weitgehend den Jugendlichen und beschleunigt nur gelegentlich. Therapeutin Nr. 5 hält es ähnlich. Sie schafft durch Validierung eine gute Beziehung und je länger die Therapie geht, desto mehr ist sie auch darauf bedacht zu Fordern. Durch leichtes Verunsichern wird eine Stagnation im Prozess verhindert, wobei es auch mal angezeigt sein kann, einfach eine nette Stunde mit dem Patienten zu gestalten, erläutert Therapeutin Nr. 5.

RESSOURCENORIENTIERUNG IN DER EINZELTHERAPIE.

Im Einzelsetting ist mehr Zeit, um auf die individuellen Ressourcen des Jugendlichen einzugehen und sie aufzudecken, meinen Therapeutin Nr. 1 und Nr. 4. In der täglichen Arbeit findet man rasch bei den Problemen, zu deren Lösung es viele Ressourcen braucht, erzählt Therapeutin Nr. 4. Situationen, in denen Ressourcen nicht angewendet werden konnten, werden mit der Kettenanalyse systematisch angeschaut und alternative Handlungen für die Zukunft entworfen (Nr. 6). Die in der Skillsgruppe erarbeiteten Fertigkeiten werden an aktuellen Problemen ausprobiert und eingeübt (Nr. 2, Nr. 4). Die Einzeltherapie bietet mehr als nur Ressourcenorientierung, es kann auch angebracht sein, mit einem Patienten Zeit fürs Trauern einzusetzen (Nr. 3).

7.1.8 Familie und Angehörige in der Therapie

WIE VIEL FAMILIE SOLL ES DENN SEIN?

Die Familie und Angehörige werden unterschiedlich in die Therapie mit einbezogen. Wie unter dem Punkt Entwicklungsaspekte in der Therapie dargestellt, werden bei jüngeren, minderjährigen Patienten, die im Elternhaus wohnen, die Eltern stärker in die Therapie einbezogen, als bei volljährigen Patienten, welche nicht im Elternhaus wohnen. So arbeiten die Therapeuten Nr. 3, Nr. 5 und Nr. 6, die mit volljährigen Patienten arbeiten, punktuell mit Angehörigen, während die Therapeutinnen Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 4, die mit minderjährigen Patienten arbeiten, die Angehörigen häufiger sprechen. Therapeut Nr. 6 weist darauf hin, dass auch volljährige Patienten, die nach dem stationären Aufenthalt ins Elternhaus zurückkehren, ein Einbezug der Eltern für einen nachhaltigen Therapieerfolg wichtig ist. Findet nur ein Familienge-

spräch statt, hat es oft etwas Vermeidungscharakter, indem die Eltern sehr viel fragen, meint Therapeut Nr. 6.

DBT IN FAMILIENGESPRÄCHEN?

In den Gesprächen steht die DBT bei Therapierenden Nr. 2, Nr. 4 und Nr. 5 weniger im Zentrum. Die Therapierenden greifen auf Methoden ihrer Therapieausbildung zurück. Psychoedukativ werden Modelle der DBT eingesetzt, erzählen die Therapierenden (Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5). Therapeutin Nr. 2 fügt an, dies kann helfen Konflikte zu deeskalieren. Dabei ist es wichtig, den Eltern aufzuzeigen, dass das Verhalten ihres Kindes eine Funktion hat und wenn diese Funktion verstanden wird, eine Veränderung möglich ist, erwähnt Therapeutin Nr. 1. Therapeutin Nr. 4 führt aus, dass die Eltern wissen müssen, welche Skills ihr Kind besitzt und wie sie mit dysfunktionalem Verhalten umgehen sollen, damit dieses nicht verstärkt wird. Therapeutin Nr. 1 bedauert es, zu wenig Zeit für ein Coaching der Eltern in den Prinzipien der DBT zu haben.

WAS BESPROCHEN WIRD.

Oft werden auch Konflikte in Familiengesprächen angegangen (Therapierende Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5 und Nr. 6). Therapierende Nr. 3 und Nr. 5 ziehen dazu eine weitere Therapeutin hinzu, damit sie sich selbst darauf konzentrieren können, ihren Patienten zu validieren und die weitere Therapeutin konzentriert sich dabei auf die Validierung der Angehörigen. So wird das Wohl des Patienten, das für die Therapierenden Nr. 3 und Nr. 5 im Zentrum steht, besser gewährt. Therapeut Nr. 3 und Nr. 6 berichten, dass die Familiengespräche mit den Patienten genau vorbesprochen werden, damit diese klar wissen, was sie erwartet und was es ihnen bringt. Die Patienten führen die Gespräche selbständig und der Therapeut Nr. 6 hilft vorbereiten, greift aber nur ins Gespräch ein, wenn der Patient nicht weiterkommt: *„Für uns ist von der DBT her ist das Empowerment der Patienten ganz wichtig. Vorher sagen wir ganz klar, wir sind nur Backup und sie führen das Gespräch (00:31:29-5).“* Auf diese Weise erleben die Patienten in Familiengesprächen Selbstwirksamkeit. Als weiteres Thema von Gesprächen führt Therapeutin Nr. 5 die Belastung der Angehörigen auf. Sie und Therapierende Nr. 3 weisen darauf hin, dass sie auch Phasen einer Paartherapie in die Behandlung einschieben, wenn die junge Erwachsene bereits in einer Partnerschaft leben.

7.1.9 Migrationshintergrund von Patienten

ANDERS BEHANDELN?

Der Migrationshintergrund von Patienten wird von den Therapierenden sehr unterschiedlich wahrgenommen. Therapeutin Nr. 2 und Nr. 4 erzählen von zwei Aspekten, die sie in der Therapie anders berücksichtigen: Therapeutin Nr. 4 weist darauf hin, dass mehr auf die Ressour-

cen und Belastungen der Familie geachtet werden muss und bei Bedarf sollen weitere gut vernetzte Helfer als Ressource eingesetzt werden. Therapeutin Nr. 2 erklärt, dass man expliziter und repetitiver kommunizieren muss und es schwierig ist, weil Patienten aus kulturellen Gründen andere „Wahrheiten“ gegenüber den Eltern geltend machen, als z.B. im schulischen Umfeld. Therapeut Nr. 3 hingegen meint, er erkenne keinen systematischen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Migration und pflückt in der Therapie individuelle Probleme der Patienten raus.

ADOPTION.

Bei adoptierten Patienten kommen in der Therapie oft Themen zur Sprache, wie die Suche nach den biologischen Eltern und der Umgang mit den verschiedenen Kulturen oft aktuell, meint Therapeut Nr. 6.

7.1.10 Kontraindiziert

Alle Therapeuten sind sich weitgehend einig, dass es keine Phasen gibt, bei der ein ressourcenorientiertes Arbeiten kontraindiziert ist, jedoch muss die Ressourcenorientierung differenziert angeschaut werden. Es gibt aber verschiedene Abstufungen.

KONTRAIKATION – NEIN.

Therapierende Nr. 3, Nr. 4 und Nr. 6 meinen, es gibt keine Situationen, in denen es kontraindiziert ist ressourcenorientiert zu arbeiten.

ZU BEGINN EHER JA.

Therapeutin Nr. 2 betont, dass rein ressourcenorientiertes Arbeiten nicht möglich ist. Besonders bei Beginn der Therapie wollen die Eltern die Probleme schildern, die sie bedrücken. In einer späteren Phase gehen ressourcenorientiertes und konfrontatives Arbeiten Hand in Hand.

KRISEN UND KONTRAIKATION – JEIN.

Auf die Situation, wenn es einem Patienten besonders schlecht geht, gehen die Therapierenden Nr. 1, Nr. 3 und Nr. 5 ein. Sie sind sich einig, dass in Krisensituationen oder Phasen schwerer Depression ein plumpes Ansprechen von Ressourcen kontraindiziert ist, was Therapeut Nr. 3 beschreibt: *„Wenn ein Patient absolut schwer depressiv ist, dann ist die Sicht wie vernagelt (00:13:22-5)“*. Therapeutin Nr. 1 meint, wenn ein Jugendlicher mitteilt, dass er sich gerade nicht verändern kann und um Schutz und Hilfe bittet, soll die Therapeutin ihm diese auch gewähren und ihn dabei begleiten die Situation auszuhalten, die in diesem Moment nicht veränderbar ist. Entsprechend meint Therapeutin Nr. 5: *„Dann ist es vielleicht angemessen zu sagen, es ist wirklich beschissen. (...) Ja, dass man auch wertgeschätzt wird und Raum gibt, dass es beschissen ist im Leben. Also manchmal kann man es auch überstrapazieren mit Ressourcen. (00:09:35-1)“*.

C'EST LE TON QUI FAIT LA MUSIQUE.

Therapierende (Nr. 3, Nr. 5., Nr. 6) weisen darauf hin, dass die Kommunikation so gestaltet sein muss, dass Patienten ihre Ressourcen gespiegelt bekommen, ohne Scham zu erleben, um die Ressource so positiv zu verstärken.

NICHT DAS GANZE TEAM? – JA.

Kontraindiziert ist die DBT, wenn nicht das ganze Team die Prinzipien und Techniken verstanden hat und anwenden will, meint Therapeutin Nr. 1. *„ich halte die Kommunikationstechniken wesentlich für die Teamarbeit. Man sagt ja auch, dass zuerst das Team DBT können muss, weil sonst wird es im Sinne von bestimmten Funktionen umgesetzt, aber es greift nicht. Da sehe ich die Gefahr, dass einige DBT machen, die anderen nicht und dann verkommt es zu einem Birchermüesli (00:12:47-6).“*

7.2 Ressourcen

In diesem Kapitel wird zuerst aufgezeigt, wie Therapierende Ressourcen theoriegeleitet in der Praxis verstehen, dann werden die Ressourcen von Patienten und Therapierenden, sowie Techniken und Methoden zum Diagnostizieren, Aktivieren, Lernen und Trainieren dargestellt.

7.2.1 Ressourcen in der Praxis**RESSOURCEN – ALLES WAS HILFT.**

Auf die Frage, was denn Ressourcen in der Praxis bedeuten, antworten alle Therapierenden mit Beispielen von Ressourcen. Die Therapierenden Nr. 1, Nr. 3 und Nr. 6 definieren Ressourcen zusätzlich noch theoriegeleitet. Therapeutin Nr. 1 beschreibt Ressourcen als alles, was dem Patienten nicht schadet und dysfunktionales Verhalten nicht chronifizieren lässt. Es sind Fähigkeiten (aktuell verfügbar), die dem Patienten helfen, Probleme wirksam zu lösen. Also sind Ressourcen alles, was hilft und nicht schadet. Ähnlich beschreibt Therapeut Nr. 3 Ressourcen als alles, was funktional ist und dem Patienten hilft ein Problem selbständig zu lösen. Es sind Fähigkeiten, Interessen und Ziele die Patienten haben sowie die Erfahrung und Erziehung, welche den Patienten widerfahren sind.

EINFLUSS DES UMFELDES.

Ressourcen werden durch die Umgebung beeinflusst und es kann sein, dass Patienten im stationären Bereich nur wenige Ressourcen aktivieren können, kurze Zeit später im ambulanten Bereich können sie dann auf viele Ressourcen zurückgreifen (Nr. 1).

RESSOURCEN – DER GESUNDE KERN.

Therapeut Nr. 6 versteht unter Ressourcen Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch mentaler Art, die den Selbstwert und funktionales Verhalten fördern. Der gesunde Kern einer Person (Konzept vom „Wise Mind“), der jedoch empirisch wenig überprüft ist. Ressourcen können eingesetzt werden, um funktionales Verhalten zu zeigen und den Selbstwert zu steigern. Es sind

Fähigkeiten, Skills, Techniken und Fertigkeiten praktischer, imaginativer und phantasievoller Art, die auch dazu eingesetzt werden können sich selbst zu beruhigen.

7.2.2 Ressourcen der Patienten

PERSONALE RESSOURCEN.

Den meisten Therapierenden (Nr. 2, Nr. 3, Nr. 4 und Nr. 6) wünschen bei einem Patienten verschiedene personale Ressourcen: Interesse und Therapiemotivation führt Therapeutin Nr. 2 auf und Therapeut Nr. 4 wünscht sich Offenheit, Bereitschaft zu vertrauen und sich auf Veränderungen einzulassen. Als entscheidend für die Therapie benennt Therapeut Nr. 6 die Absprachefähigkeit (der Patient muss aktiv signalisieren können, wenn es ihm nicht gut geht) und die Fähigkeit sich zu verpflichten keinen Suizidversuch während einer bestimmten Zeit zu machen. Im Bereich „Wahrnehmung und Kommunikation“ wurden die verbale Ausdrucksfähigkeiten (Therapeutin Nr. 3 und Nr. 4), die Introspektion, die Fähigkeit die Umgebung wahrzunehmen (Therapeutin Nr. 4), Selbstreflexion (Therapeut Nr. 3), das rasche Erfassen von Stimmungen und nonverbalen Signalen (Therapeut Nr. 6) sowie Humor (Therapeutin Nr. 2) genannt. Dysfunktionales Verhalten kann als Ressource gesehen werden, da es oft den Patienten vor Schlimmerem zu schützen scheint, erzählt Therapeutin Nr. 1.

MATCHENTSCHEIDUNG DURCH BEZIEHUNG?

Die Therapeutinnen Nr. 2, Nr. 4 und Nr. 5 führen verschiedene Beziehungsaspekte als wichtige Ressourcen auf. Therapeutin Nr. 5 betont, dass zwischenmenschliche Erfahrungen und Beziehungen, die ausserhalb der Therapie und dem Helfernetz liegen, ein guter Indikator für das Gelingen einer Therapie sind. Nur in Freund- und Partnerschaften findet ein echtes Nehmen und Geben statt und die Patientin steht nicht künstlich im Mittelpunkt. Therapeutin Nr. 4 findet intakte Beziehungen (z.B. zu Geschwistern, Eltern, Personen ausserhalb der Familie) und eine Peergroup, die nicht dasselbe Problemverhalten hat wie der Patient, ebenfalls bedeutsam. Therapeutin Nr. 2 weist darauf hin, dass das Umfeld und die Familie zwar eine Ressource aber auch ein Stressor sein können.

7.2.3 Ressourcen der Therapierenden

Die Therapierenden führen Ressourcen aus verschiedenen Bereichen auf: Ressourcen, die sie in den Stunden mit den Patienten nutzen, Ressourcen in der Zusammenarbeit mit dem Team und Ressourcen, die sie als Person brauchen.

RESSOURCEN DIE DEM THERAPIERENDEN UND PATIENTEN NUTZEN.

In den Therapiestunden sind Anerkennung und Verständnis für Patienten bedeutsam. Therapeutin Nr. 4 setzt ihr tiefes Verständnis für die Konzepte und Einstellungen der Jugendlichen ein. Therapeutin Nr. 1 legt den Fokus auf die Anerkennung für das, was der Patient im Lauf seines Lebens geworden ist und Therapeut Nr. 6 spricht davon, dass die Fähigkeit emotional mitschwingen zu können, sowie verletzlich und berührbar zu bleiben wichtig ist. Geduld zu haben und nicht auf rasche Veränderung zu drängen ist Therapeutin Nr. 1 wichtig. Therapeut Nr. 3 schätzt es, dass er dem Patienten gegenüber offen ist und durch für diesen auch spür- und greifbar. Therapeutin Nr. 5 erzählt, dass es auch wichtig ist, in den Stunden bei sich zu bleiben und die eigenen Grenzen zu achten. *„Und auch mal nichts zu sagen und zu schauen, wie geht es mir gerade und festzustellen, was ich brauche und das sagen, auch wenn es gar nicht passend ist, aber es für mich gerade passt (00:26:58-4)“*. erzählt Therapeutin Nr. 5. Die eigenen Grenzen sind auch für Therapeut Nr. 3 wichtig: *...und den Patienten nicht auf Kosten der eigenen Energie, sozusagen auf das hohe Ross hoch zu loben und selber kaum mehr stemmen kann, dann bringt es natürlich nix (00:15:36-8)*. Ein spontanes und flexibles Arbeiten erlebt Therapeut Nr. 3 als positive Herausforderung. Eher auf die Struktur bezogen, meint Therapeutin Nr. 4, sei es wichtig für die Patienten vorhersehbar zu sein, klar zu kommunizieren, Termine vorzeitig bekannt zu geben und wann immer möglichst einzuhalten.

DAS TEAM ALS RESSOURCE.

Auf der Ebene des Teams wird die Supervision als Ressource von Therapeutin Nr. 2 und Nr. 5 beschrieben. Therapeutin Nr. 1 und Nr. 2 schätzen es, wenn das ganze Behandlungsteam, bzw. andere Therapeuten auch nach den Grundprinzipien der DBT arbeiten und kommunizieren. Therapeutin Nr. 2 schätzt es in einem guten Team zu arbeiten und Therapeutin Nr. 5 genießt den Austausch im Team. Supervision wird von den Therapierenden Nr. 5 und Nr. 3 explizit als Ressource genannt.

PRIVATES LEBEN UND FREIZEIT.

Im Bereich der persönlichen Ressourcen der Therapierenden werden Ressourcen aufgezählt, die eine gute Live-Work-Balance und zur Burnout-Profilaxe bedeutsam sind (Therapeut Nr. 6). Dazu gehört für Therapeutin Nr. 2 und Nr. 4 das Teilzeitarbeiten. Soziale Kontakte zu gesunden Menschen, Familie und Freunde werden von den Therapierenden Nr. 2, Nr. 4, Nr. 5 und Nr. 6 explizit genannt. Therapeutin Nr. 2 findet es wichtig, ein eigenes Leben zu führen und Therapeut Nr. 6 spricht von Beschäftigungen wie Segeln und Achtsamkeitsmeditationen. Während Therapeutin Nr. 4 betont sich abzugrenzen und in der Freizeit nicht an die Patienten zu denken, setzt Therapeut Nr. 6 den Fokus auf den persönlichen Wert, den man mit der Arbeit verbindet und darauf, dass er Freude an der Arbeit hat.

7.2.4 Ressourcenorientiertes Arbeiten

DIAGNOSTIK – INTUITIV ODER SYSTEMATISCH?

Ressourcen werden von allen Therapierenden, ausser Therapeut Nr. 6 wenig systematisch, im Laufe der Behandlung diagnostiziert. Anhand des Wochenprotokolls werden Ressourcen erschlossen, erzählt Therapeut Nr. 5 und fügt an, dass er, als er stationär gearbeitet hat, jeweils durch Hausaufgaben Ressourcen systematisch erfragt hat. Therapeut Nr. 6 geht systematisch vor: Im Vorgespräch vor der stationären Aufnahme werden offensichtliche Ressourcen, wie z.B. Hobbys (aktuelle, zukünftige und vergangene), Fertigkeiten und Eigenschaften, die die Patienten selbst als positiv einschätzen und ihnen Sicherheit und Selbstwert geben, erfragt. Während des Aufenthaltes werden durch das Schreiben eines vorstrukturierten Lebenslaufs weitere Ressourcen sichtbar.

ZWEIMAL DIE KEHRSEITE DER MEDALLIE.

Beim ressourcenorientiertem Arbeiten geht es darum die Kehrseite der Medaille anzuschauen meint Therapeutin Nr. 1. In den Interviews kamen zwei Perspektiven besonders zum Vorschein. Das kann einerseits bedeuten, weg vom Dysfunktionalen hin zum Funktionalen zu schauen, d.h. hin zu dem was gut läuft, andererseits im Dysfunktionalen das Funktionale aufdecken. Oft ist es nicht das Problem, dass die Patienten keine Ressourcen haben, sondern dass es für sie schamhaft oder angstbesetzt ist, diese einzusetzen. Therapeut Nr. 6: *„Und es gibt immer wieder eine Gruppe von Patienten, die beruflich oder im sozial einfach nichts machen, arretiert sind und verharren. Das machen sie in aller Regel nicht, weil sie es nicht können, sondern weil sie die Erfahrung gemacht haben, wenn ich mich sozial oder überhaupt emotional exponiere, dann kriege ich einen auf den Deckel und dann mache ich besser gar nichts (00:27:01-3)“.*

DAS RICHTIGE MASS.

Therapeut Nr. 3 erzählt, dass positive Fähigkeiten oft ins Gegenteil verkehrt sind und es in der Therapie darum geht das richtige Mass und die richtigen Ressourcen zu finden. Dabei werden die Vor- und Nachteile der Ressourcen angeschaut, Pathologisches aufgedeckt und das richtige Mass der Ressourcen eingeübt. Ähnlich beschreibt es Therapeutin Nr. 1: *„Also nicht am Problem hängen zu bleiben, sondern zu schauen was hätte es bei der Problemlösung möglich gemacht es ein bisschen anders zu machen. Also praktisch auch die kleinen Schritte rauszuarbeiten, wo es anders gewesen ist, wo schon mal was gelungen ist (00:12:35-3)“.*

MIT DEM BEWUSSTSEIN RESSOURCEN ZU HABEN LEBEN LERNEN.

Methodisch kann dabei die in Fragestellung von emotionalen und kognitiven Konstrukten helfen einen neuen Fokus zu generieren und kognitiv Umzustrukturieren, meint Therapeutin Nr. 2. Therapeutin Nr. 1 erzählt, dass das Beschreiben des Verhaltens und die Funktion, den Sinn und die Bedeutung aufzudecken Sinnhaftigkeit erzeugt. Therapeut Nr. 4 und Nr. 6 finden, die Patienten müssen lernen mit dem Bewusstsein zu leben, dass sie Ressourcen und Fähigkeiten besitzen. Dabei kann durch das neue Modul „Selbstwert“ in der Skillsgruppe die Akzeptanz des Patienten über Ressourcen zu verfügen gestärkt werden. Therapeut Nr. 6 fügt an, so können sie zudem ermächtigt werden, die damit verbundenen Fähigkeiten einzusetzen.

WÜRDIGEN, FRAGEN UND ANKNÜPFEN.

Die Würdigung der Vergangenheit hilft dabei, die gesunden Anteile des Patienten aufzudecken und zu reaktivieren. Therapeutin Nr. 5 fokussiert beim ressourcenorientierten Arbeiten dabei auf alles was gesund ist, was früher funktioniert hat und hilft den Patienten sich dabei auf das zu besinnen, was im Leben gut tut. Therapeutin Nr. 2 knüpft in der Therapie dort an, wo schon mal was funktioniert hat. Wenn Therapeut Nr. 3 eine Ressource aus der Vergangenheit erkannt hat, macht er diese wertschätzend für den Patienten sichtbar. Weiter helfen noch andere Techniken die gesunden Anteile des Patienten aufzudecken und zu reaktivieren: Einfach nach Ressourcen fragen hilft, meint Therapeutin Nr. 5. Durch die Veränderung des Kontextes (z.B. Spaziergang, Besuch der Cafeteria) lassen sich Ressourcen von Jugendlichen aktivieren und sichtbar machen meint Therapeutin Nr. 4 und fügt an, es ist hilfreich auch über ganz etwas anderes, als das Problemverhalten und die aktuelle Behandlung zu sprechen. Bei der Suche nach Ressourcen verlässt sich Therapeutin Nr. 4 auch stark auf die Rückmeldung der Schule, Ergotherapie und Milieuteam. Therapeut Nr. 6 wendet imaginative Techniken an, damit die Patienten den Zugang zu ihrem gesunden Kern finden. Therapeutin Nr. 4 findet es auch wichtig, vorhandene soziale Ressourcen, wie das Üben in einem Musik- oder Sportverein, wann immer möglich beizubehalten.

WELCHE METHODE DARF ES DENN SEIN?

Für das Lernen, Aktivieren und Trainieren von Ressourcen und Fähigkeiten gibt es viele verschiedene Techniken. Die Patienten lernen in der Therapie Emotionen auszuhalten und sich ihnen zu stellen erzählt Therapeutin Nr. 2 und ergänzt, dass die DBT Konzepte hilfreich sind, damit die Jugendlichen verstehen, was mit ihnen geschieht. Die Patienten lernen durch Achtsamkeit, das Wahrgenommene als Ausgangsbasis für das Arbeiten anzunehmen (Nr. 2). Therapeut Nr. 6 führt an, mittels imaginativen Methoden lernen Jugendliche ihre „inneren Ratgeber“ und „inneren Helfer“ zu aktivieren. Therapeutin Nr. 1 berichtet, wenn der Patient in einer Situation verharret, ist es wichtig ihn in Bewegung zu bringen, auch wenn es nur das wü-

tende Verlassen des Raumes ist. Therapeut Nr. 6 betont, über Rollenspiele, Expositionstraining werden die Stärken und Fähigkeiten reaktiviert und in den Alltag integriert. Therapeutin Nr. 5 verbindet mit Ressourcenorientierung alles, was Selbstwert steigernd ist und Therapeut Nr. 6 erklärt, dass durch wiederkehrende Erfolgserlebnisse der Selbstwert gesteigert wird. Therapeut Nr. 3 fokussiert und trainiert mit den Patienten das Selbstwirksamkeitserleben und Therapeut Nr. 6 führt als Beispiel auf, dass er die Patienten nach einer gründlichen Vorbereitung die Familiengespräch führen lässt. Dies ermöglicht es ihnen Selbstwirksamkeit im familiären Kontext zu erleben. Im Weiteren werden die Patienten darauf vorbereitet, dass negative Emotionen bei Veränderungen auftreten können. Als Korrektiv lernen die Jugendlichen, wenn sie zu emotional oder impulsiv handeln möchten, die Hilfsfigur „Heldin des Alltags“ einzusetzen (Nr. 6).

7.3 Schutzfaktoren

7.3.1 Verständnis von Schutzfaktoren in der Praxis

Schutzfaktoren werden von allen Therapierenden in der Praxis kaum von Ressourcen unterschieden. Therapeutin Nr. 1 fügt an, dass Schutzfaktoren stabiler als Ressourcen sind und auch im Umfeld (Familie, berufliche Strukturen, Familie und Freunde) zu finden sind. Therapeutin Nr. 2 zählt den Humor und die Fähigkeit Distanz einzunehmen auf und Therapeut Nr. 6 erachtet die Beziehung zu Geschwistern als wichtig.

7.3.2 Bewertung von Schutzfaktoren

Nach den Interviews wurden die Therapierenden aufgefordert sich den idealen Patienten, die ideale Patientin vorzustellen und zu überlegen, über welche Schutzfaktoren dieser/diese verfügt. 24 vorgegebene Schutzfaktoren wurden mittels Rangordnungsverfahren auf einer 7-stufigen Likertskala von den Therapierenden in eine Normalverteilung gebracht (Fotos der Verteilungen siehe Anhang). Durch dieses erzwungene Verteilungsverfahren ist der Mittelwert über alle Items bei jeder Therapierenden 0. Durch die Bildung der Kategorien personale Schutzfaktoren (13 Items), familiäre Faktoren (7 Items) und soziale Faktoren (4 Items) konnten die jeweiligen Mittelwerte der Kategorien mit dem Mittelwert aller Items (also 0 innerhalb eines Interviewpartner) verglichen werden. Müller und Kals (2004) empfehlen die Items gleichmässig auf die Kategorien zu verteilen. Dies war nicht möglich, weil die Forschung viel mehr personale als familiäre und soziale Schutzfaktoren beschreibt. Die Abbildung 5 zeigt eine Übersicht über die einzelnen Mittelwerte. Therapierende Nr. 1, Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 6 unterscheiden sich deutlich in ihren Präferenzen, während Therapeutin Nr. 3 und Nr. 4 sehr ähnliche Werte aufweisen, was in der dreidimensionalen Darstellung deutlich wird (Abbildung 6).

Nach dieser grafischen Übersicht wurden die intraindividuellen Unterschiede der Mittelwerte der drei Kategorien und die der Items, welche über mehr als zwei Standardabweichungen aufwiesen dargestellt. In einem nächsten Schritt wurden Ankerbeispiele, für die einzelnen Werte aus den Interviews herausgezogen, wo dies möglich war.

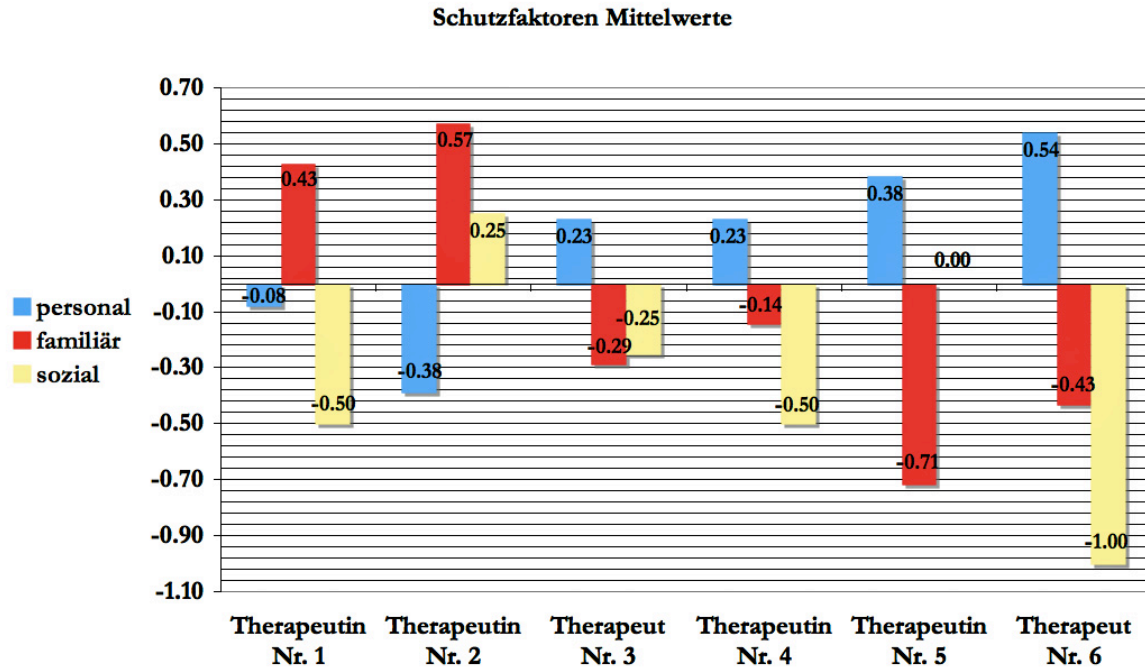


Abbildung 5. Mittelwerte der einzelnen Schutzfaktoren

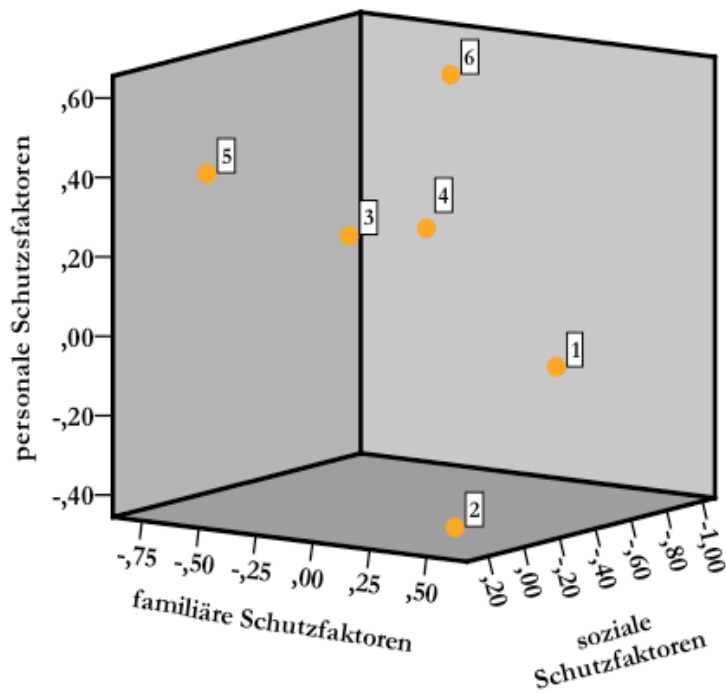


Abbildung 6. dreidimensionale Darstellung der Mittelwerte

THERAPEUTIN NR. 1 – FAMILIE IST WICHTIGER ALS DAS SOZIALE UMFELD

Die Mittelwerte der Schutzfaktoren weichen maximal eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert aller Faktoren ab (Tabelle 9). Die Differenz zwischen den familiären (\emptyset 0.43) und sozialen Schutzfaktoren (\emptyset -0.50) beträgt 0.93 SD, was bedeutet, dass Therapeutin 1 die familiären Schutzfaktoren wichtiger einschätzt als die sozialen Schutzfaktoren. „Bei einem 14jährigen Patienten arbeite ich mehr schützend und versuche die Eltern mehr zu ermächtigen, weil ich das Gefühl habe, dass er vom Entwicklungsstand noch mehr Anspruch auf Tilgung seiner Bedürfnisse hat (00:15:25-2)“ berichtet die Therapeutin und sie erzählt, dass sie regelmässig Familiengespräche führt und es bedauert, zu wenig Zeit für das Coaching der Eltern zu haben (S.2). Die Tabelle 10 zeigt die einzelnen Schutzfaktoren auf, die über mehr als zwei Standardabweichungen aufweisen und die zugehörigen Ankerbeispielen.

Tabelle 9

Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 1

personale Schutzfaktoren	familiäre Schutzfaktoren	soziale Schutzfaktoren	Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten MW in SD
-0.08	0.43	-0.50	0.93

Tabelle 10

Einzelne Items der Therapeutin Nr. 1

SCHUTZFAKTOREN + 3 UND + 2 SD UND ANKERBEISPIELE

sichere Bindung (+3 SD). „Über die Jahre des Arbeitens habe ich begriffen, wie unglaublich bedeutsam die Emotionsarbeit und das Beziehungsmanagement ist. (...) Wenn ich den Skillskoffer der Abteilung füllen könnte, würde ich ihn erst Emotions- und Beziehungsmanagement füllen. (00:10:11-2).“ Die Beziehung zur Therapeutin ermöglicht neue Bindungserfahrungen.

ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung (+2 SD). „zum Wichtigsten in der DBT zählt das Prinzip der Wirksamkeit, das besagt, dass du aus dem Prinzip Selbstgerechtigkeit aussteigst und sagst was du machen kannst und nicht das was du machen solltest. (...) Es geht darum die Entscheidung zu treffen ein Probleme wirksam zu lösen und nicht aufgrund der Ungerechtigkeit, die einem widerfahren ist (00:05:56-8).“ Dadurch erfährt der Patient Selbstwirksamkeit, was zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung führen kann.

durchschnittliche Intelligenz (+2 SD). Kein Ankerbeispiel gefunden werden.

realistischer Attributionsstil (+2 SD). „In der Therapie geht es darum praktisch auch die kleinen Schritte herauszuarbeiten. Welche Unterschiede gab es? Wo ist schon mal etwas gelungen? (...) Zur DBT gehört auch zu sagen das jedes Verhalten und alles was man geworden ist einen Sinn hat“ (00:12-35)“.

SCHUTZFAKTOREN - 3 UND - 2 SD UND ANKERBEISPIELE

besonderen Begabung und Kreativität (- 3 SD). Die Therapeutin Nr. 1 erzählt, dass sie schon oft mit hochbegabten und kreativen Patienten gearbeitet hat. Dabei hat Therapeutin Nr. 1 die Erfahrung gemacht, dass Kreativität zwar schön ist, jedoch in der Therapie und für den Heilungsprozess nicht relevant ist und sie erinnert sich an eine Patientin, die besonders kreativ war, sich aber leider suizidierte (S.18).

positive Schulklima (-2 SD). Kein Ankerbeispiel gefunden werden.

Gute schulische Leistung(-2 SD). Kein Ankerbeispiel gefunden werden.

positive Beziehung zu einem Elternteil (-2 SD). Die Therapeutin erzählt, dass zwar schön ist, wenn in der Familie unter den Erwachsenen Streitbeziehungen bestehen, kann dies für den Jugendlichen aber sehr belastend sein, meint Therapeutin Nr. 1 (S.18).

THERAPEUTIN NR. 2 – FAMILIE IST WICHTIGER ALS DAS INDIVIDUUM.

Die Mittelwerte der personalen und sozialen Schutzfaktoren weichen weniger als eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert aller Faktoren ab (Tabelle 11). Die familiären Schutzfaktoren weichen mehr als eine halbe Standardabweichung (SD 0.57) vom Mittelwert ab. Die Differenz zwischen den familiären (\emptyset 0.57) und personalen (\emptyset -0.38) Schutzfaktoren beträgt 0.96 SD, was bedeutet, dass Therapeutin Nr. 2 die familiären Schutzfaktoren wichtiger einschätzt als die personalen Schutzfaktoren. Dies zeigt sich in der systemischen Grundhaltung, die der Therapeutin wichtig ist und in ihrem zweiten Arbeitsbereich der Therapie von Kleinkindern und deren Eltern (S.1). Zudem findet die Therapeutin ihre Familie und die Arbeit in einem guten Team als wichtige Ressource für sich (S.13). „Auf den ersten Blick haben die meisten Patientinnen gar nicht so viele Ressourcen im Vergleich mit Jugendlichen, die sich normal entwickeln (00:09:49-4)“ dokumentiert die Untergewichtung der personalen Schutzfaktoren. Die Tabelle 12 zeigt die einzelnen Schutzfaktoren auf, die mehr als zwei Standardabweichungen aufweisen und die zugehörigen Ankerbeispielen.

Tabelle 11

Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 2

personale Schutzfaktoren	familiäre Schutzfaktoren	soziale Schutzfaktoren	Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten MW in SD
-0.38	0.57	0.25	0.96

Tabelle 12

Einzelne Items der Therapeutin Nr. 2

SCHUTZFAKTOREN + 3 UND + 2 SD UND ANKERBEISPIELE
autoritative, positive Erziehung (+3 SD). Die Therapeutin berät in ihrer Arbeit auch Eltern zum Thema Erziehung und sie führt Elternabende zur Skillsgruppe durch.
flexibler Einsatz von Bewältigungsstrategien (+2 SD). „Ob Humor oder eine andere Ressource ins Zentrum gestellt wird ist sehr situationsabhängig (00:14:29-4).“
positive Beziehung zu einem Elternteil (+2 SD).
sichere Bindung (+2 SD). „Bei der Therapie von Vorschulkindern und ihren Eltern geht es mehr um die Interaktion und die Bindung (00:02:10-4)“. „In der Einzeltherapie ist das A&O, dass die Beziehung nicht abreisst (00:21:55-7)“.
SCHUTZFAKTOREN – 3 UND – 2 SD UND ANKERBEISPIELE
durchschnittliche Intelligenz (-3 SD). Es wurde kein Ankerbeispiel gefunden. Therapeutin Nr. 2 berichtet, dass sie die kognitive Reife in der Therapie berücksichtigen muss (S.12).
realistischer Attributionsstil (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.
besondere Begabung und Kreativität (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.
harmonische Beziehung zwischen den Eltern (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

THERAPEUT NR. 3 – ALLES IST WICHTIG.

Die Mittelwerte der Schutzfaktoren weichen weniger als eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert aller Faktoren ab (Tabelle 13). Die Differenz zwischen den personalen (\emptyset 0.23) und familiären (\emptyset -0.29) Schutzfaktoren beträgt 0.52 SD, was bedeutet, dass Therapeut Nr. 3 die personalen Schutzfaktoren unbedeutend stärker gewichtet als die familiären Schutzfaktoren. Dies zeigt sich in seiner verhaltenstherapeutischen Grundhaltung, die das einzelne Individuum ins Zentrum stellt (S.1). „*Ich achte immer darauf, dass Familiengespräche zum Wohle des Patienten sind. Ich würde nie eine Mutter in die Stunde holen, damit es ihr besser geht. Von mir aus darf es der Mutter auch besser gehen, aber es muss dem Patienten auch besser gehen (00:27:44-5)*“. Die Tabelle 14 zeigt die einzelnen Schutzfaktoren auf, die über mehr als zwei Standardabweichungen aufweisen und die zugehörigen Ankerbeispielen.

Tabelle 13

Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeut Nr. 3

personale Schutzfaktoren	familiäre Schutzfaktoren	soziale Schutzfaktoren	Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten MW in SD
0.23	-0.29	-0.25	0.52

Tabelle 14

Einzelne Items der Therapeut Nr. 3

SCHUTZFAKTOREN + 3 UND + 2 SD UND ANKERBEISPIELE

familiäre Stabilität / Alltagsstruktur (+3 SD). Der Therapeut erzählt von einem Patienten, der über viele Ressourcen verfügt im Bereich Alltagsstruktur und durch ein stabiles Umfeld ein hohes Funktionsniveau halten kann, trotz einer impulsiven Persönlichkeitsstörung und einer Suchtproblematik (S.13).

Selbstkontrolle und Selbstregulation (+2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

positive Lebenseinstellung(+2 SD). Dem Therapeuten macht die Arbeit Spass und Freude und er verfügt selbst über eine positive Lebenseinstellung. „*Wenn ich mich nicht mehr auf meine Spontaneität verlassen könnte, dann würde mir das Arbeiten nicht mehr so viel Spass machen und dann hätte ich auch teilweise richtig Stress (00:15:42-6)*“.

Sichere Bindung (+ 2 SD). In Familien oder Paargesprächen zieht der Therapeut Nr. 3 eine weitere Therapeutin hinzu, damit er sich auf seinen Patienten konzentrieren kann. Dadurch wird verhindert, dass sich der Patient im Stich gelassen fühlt (S.17).

SCHUTZFAKTOREN – 3 UND – 2 SD UND ANKERBEISPIELE

gute schulische Leistungen (+ 2 SD). „*Junge Patienten haben noch viele Chancen und dürfen durchaus noch einmal auf die Schnauze fallen, dann haben sie noch immer viele Möglichkeiten sich neues zu erarbeiten (00:32:44-7)*“.

durchschnittliche Intelligenz. Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

harmonische Beziehung zwischen den Eltern. Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden
positive und unterstützende Geschwisterbeziehung. Der Therapeut arbeitet nicht mit den Geschwistern der Patienten sondern nur punktuell mit den Eltern oder Partnern (S.2).

THERAPEUTIN NR. 4 – PERSON GEHT VOR DEM SOZIALEN

Die Mittelwerte der Schutzfaktoren weichen maximal eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert aller Faktoren ab (Tabelle 15). Die Differenz zwischen den personalen (\emptyset 0.23) und (\emptyset -0.50) sozialen Schutzfaktoren beträgt 0.73 SD, was bedeutet, dass Therapeutin Nr. 4 die personalen Schutzfaktoren etwas wichtiger einschätzt als die sozialen Schutzfaktoren. Dies zeigt sich in ihrer verhaltenstherapeutischen Grundhaltung, die das einzelne Individuum ins Zentrum stellt und in der Antwort auf die Frage welche Ressourcen ein Patient haben soll. Dabei benannte Therapeutin Nr. 4 viele personalen Ressourcen wie z.B. Problemlösestrategien, Introspektionsfähigkeit, Intelligenz und Selbstorganisation und verbale Ausdrucksfähigkeit und je eine soziale und familiäre Ressource (S. 6). Die Tabelle 16 zeigt die einzelnen Schutzfaktoren auf, die über mehr als zwei Standardabweichungen aufweisen und das zugehörige Ankerbeispiel.

Tabelle 15

Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 4

personale Schutzfaktoren	familiäre Schutzfaktoren	soziale Schutzfaktoren	Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten MW in SD
0.23	-0.14	-0.50	0.73

Tabelle 16

Einzelne Items der Therapeutin Nr. 4

SCHUTZFAKTOREN + 3 UND + 2 SD UND ANKERBEISPIELE

flexibler Einsatz von Bewältigungsstrategien (+3 SD). Therapeutin Nr. 4 gefällt es, wenn Jugendliche es schaffen ihre Fähigkeiten in verschiedenen Situationen einzusetzen. Sie erzählt von einem depressiven Jugendlichen, der seine Fähigkeit zu rappen auch in der Therapie nutzen konnte (S.10).

ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung (+2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

autoritative, positive Erziehung (+2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

positives Familienklima (+2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

SCHUTZFAKTOREN – 3 UND – 2 SD UND ANKERBEISPIELE

besondere Begabung und Kreativität (+3 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

harmonische Beziehung zwischen den Eltern (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

positive Beziehung zu einem Elternteil (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

gute Beziehung zu einer erwachsenen Person (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

THERAPEUTIN NR. 5 – PERSON IST WICHTIGER ALS SOZIALE RESSOURCEN

Die Mittelwerte der personalen und sozialen Schutzfaktoren weichen weniger als eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert aller Faktoren ab (Tabelle 17). Die familiären Schutzfaktoren weichen mehr als eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert ab. Die Differenz zwischen den personalen (\emptyset 0.38) und familiären (\emptyset -0.71) Schutzfaktoren beträgt 1.10 SD, was bedeutet, dass Therapeutin 5 die personalen Schutzfaktoren deutlich wichtiger einschätzt als die familiären Schutzfaktoren. „*Ich finde prognostisch zwischenmenschliche und soziale Kompetenzen absolut entscheidend (00:10:55-4)*“. Die Tabelle 18 zeigt die einzelnen Schutzfaktoren auf, die über mehr als zwei Standardabweichungen aufweisen und die zugehörigen Ankerbeispielen.

Tabelle 17

Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 5

personale Schutzfaktoren	familiäre Schutzfaktoren	soziale Schutzfaktoren	Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten MW
0.38	-0.71	0.00	1.10

Tabelle 18

Einzelne Items der Therapeutin Nr. 5

SCHUTZFAKTOREN + 3 UND + 2 SD UND ANKERBEISPIELE

sichere Bindung (+3 SD). In Familien oder Paargesprächen zieht der Therapeutin Nr. 5 eine weitere Therapeutin hinzu, damit er sich auf den Patienten konzentrieren kann. Dadurch wird verhindert, dass sich der Patient im Stich gelassen fühlt (S. 12).

besondere Begabung und Kreativität (2+ SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

Selbstkontrolle und Selbstregulation (2+ SD). Therapeutin Nr. 5 verlangt einen non-suizid-Vertrag für ein Jahr, was ein gewisses Mass an Selbstkontrolle und Selbstregulation voraussetzt (S. 3).

soziale Unterstützung. Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

SCHUTZFAKTOREN – 3 UND – 2 SD UND ANKERBEISPIELE

harmonische Beziehung zwischen den Eltern (-3 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

autoritative, positive Erziehung (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

durchschnittliche Intelligenz (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

positive Beziehung zu einem Elternteil (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

THERAPEUT NR. 6 – PERSON IST WICHTIG, SOZIALE RESSOURCEN NICHT

Der Mittelwert der familiären Schutzfaktoren weicht weniger eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert aller Faktoren ab (Tabelle 19). Die personalen Schutzfaktoren weichen mehr als eine halbe Standardabweichung (SD 0.54) und die sozialen eine Standardabweichung vom Mittelwert ab. Die Differenz zwischen den personalen (\emptyset 0.54) und sozialen (\emptyset -1.00) Schutzfaktoren beträgt 1.54 SD, was bedeutet, dass Therapeut Nr. 6 die personalen Schutzfaktoren eindeutig wichtiger einschätzt als die familiären Schutzfaktoren. Dies zeigt sich deutlich indem Therapeut Nr. 6 primär personale Ressourcen als wichtig erachtet und er in der Therapie den Patienten anfeuert seine Ziele zu erreichen (S.10). Die Tabelle 20 zeigt die einzelnen Schutzfaktoren auf, die über mehr als zwei Standardabweichungen aufweisen und die zugehörigen Ankerbeispielen. Im Gespräch benannte Therapeut Nr. 6 die positive Beziehung zu Geschwistern als wichtigen Schutzfaktor, dies relativierte er, als die Q-Sort Karten legte und die Schutzfaktoren so in Beziehung setzen musste.

Tabelle 19

Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeut Nr. 6

personale Schutzfaktoren	familiäre Schutzfaktoren	soziale Schutzfaktoren	Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten MW
0.54	-0.43	-1.00	1.54

Tabelle 20

Einzelne Items der Therapeut Nr. 6

SCHUTZFAKTOREN + 3 UND + 2 SD UND ANKERBEISPIELE

sichere Bindung (+3 SD). „... je ausgeprägter die Bindungsprobleme der Patienten sind, umso schwerer fällt ihnen die Ablösung (00:08:18-9)“.

ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung(+2 SD). „Das Empowerment der Patienten ist ganz wichtig und deshalb führen sie die Familiengespräche und wir sind nur Backup.(00:31:29-5)“ Durch das Erleben von Selbstwirksamkeit kann die Selbstwirksamkeitserwartung gefördert werden.

Selbstkontrolle und Selbstregulation (+2 SD). Therapeut Nr. 6 verlangt einen non-suizid-Vertrag, was ein gewisses Mass an Selbstkontrolle und Selbstregulation voraussetzt (S.14)

soziale Kompetenz (+2 SD). Therapeut Nr. 6 benennt das Training von sozialen Kompetenzen im Interview viermal (S.8, S.10, S.12, S.13).

SCHUTZFAKTOREN – 3 UND – 2 SD UND ANKERBEISPIELE

autoritative, positive Erziehung (-3 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

durchschnittliche Intelligenz (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

gute schulische Leistungen (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

positives Schulklima (-2 SD). Es konnte kein Ankerbeispiel gefunden werden.

8 Diskussion

8.1 Zusammenfassung

Im ersten Schritt werden die gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviews mit der Literatur verglichen und in einem zweiten Schritt wird die Fragestellung und die damit verbundenen Unterfragen beantwortet.

8.1.1 Zusammenfassung unter Einbezug der Literatur

THEORIE – PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN IN DER ADOLESZENZ. Weil die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Marscha M. Linehan (1996) speziell für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde, begann die Arbeit mit Definitionen und allgemeinen Informationen zu Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz.

Die bei Persönlichkeitsstörungen tief verwurzelten stabilen Verhaltensmuster, welche zu starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensbedingungen führen und mit auffälligem Wahrnehmen, Denken und Fühlen und Beziehungsgestaltung einhergehen, führen zu subjektivem Leiden der Betroffenen und/oder der Umwelt (Tress et al., 2002). Aus Angst einer Stigmatisierung und aufgrund wenig verlässlicher Daten, wurde in der Vergangenheit nur sehr zögerlich die Diagnose Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz vergeben (Krischer et al., 2006). Die Remissionsrate von Persönlichkeitsstörungen innerhalb von wenigen Jahren ist verblüffend hoch, was die zeitliche Stabilität deutlich relativiert (Zanarini et al., 2003). Eine differenzierte Sicht entsteht, wenn man die kategorialen Klassifikationssysteme wie ICD-10 oder DSM-IV hinter sich lässt und dimensionale Klassifizierungen zur Diagnostik verwendet. Diese gehen vom Paradigma aus, dass eine Persönlichkeitsstörung das Extrem einer kontinuierlichen Verteilung von normalen Persönlichkeitsmerkmalen darstellt und deshalb die entwicklungspezifischen Besonderheiten besser berücksichtigt (Herpertz et al., 2008).

PRAXIS – PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN IN DER ADOLESZENZ. Ein Therapeut weist darauf hin, dass er keine Überwindung braucht, bei Adoleszenten die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu stellen, hingegen ist er bei der Vergabe von Cluster-C Persönlichkeitsstörungen weit vorsichtiger.

THEORIE – BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt es sich um eine Störung, die primär geprägt ist von tiefgreifenden Mustern an Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, sowie von deutlicher Impulsivität (Streck-Fischer & Freyberger, 2009). Zu den Leitsymptomen gehören intensive emotionale Erregungszustände, dissoziative Symptome, vorübergehende kognitive und planerische Einschränkungen. Dysfunktionales Verhalten wie z.B.

Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten oder bulimische Attacken können zur Emotionsregulation eingesetzt werden (Bohus & Schmahl, 2007). Bei Kindern und Jugendlichen sind die komorbiden Störungen noch wenig systematisiert. Häufig sind affektive Störungen in unterschiedlicher Ausprägung, soziale Phobie, Panikstörungen, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. –abhängigkeit und Glückspielsucht (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007). In der Differenzialdiagnostik muss besonders auf die Abgrenzung zwischen juveniler Psychose und Borderline-Persönlichkeitsstörung geachtet werden. Weiter sollen das hyperkinetische Syndrom, die Posttraumatische Belastungsstörung und die Dependente und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Herpertz & Wenning, 2003) differentialdiagnostisch berücksichtigt werden. Für das Kindes- und Jugendalter liegen keine verlässlichen epidemiologischen Resultate vor (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009).

PRAXIS – BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG. In den Interviews zeigt sich, dass Adoleszente mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oft über komorbide Diagnosen wie z.B. ADHS, Suchterkrankungen, Essstörungen, oder depressive Erkrankungen aufweisen.

THEORIE – ÄTIOLOGIE. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird durch ungünstige biologische und psychosoziale Faktoren in der Entwicklung begünstigt. Durch frühe Traumata sowie genetische und neurobiologische Vulnerabilität wird die Affektregulation gestört und es entsteht eine hohe Dissoziationsneigung. Diese wiederum führt zu mangelhaftem assoziativem Lernen, damit eine Verstärkung dysfunktionaler Grundannahmen und Schemata, welche durch eine mangelhafte psychosoziale Realitätsorientierung zu selbstschädigendem Verhalten führen (Bohus, 2002; Miller et al., 2007). Hinter den ungünstigen Problemlösungsversuchen liegen neurobiologische Veränderungen besonders in einer gesteigerten Amygdala-Aktivität und einer herabgesetzten Aktivität des ventro-medialen präfrontalen Kortex, was zur Folge hat, dass die intensiven Affekte verzögernd abklingen und schon geringe Stressoren sich fest im Gedächtnis einbrennen (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007).

PRAXIS – ÄTIOLOGIE. Schwierigkeiten im Lernen zeigen sich in der Skillsgruppe. Dabei gelingt es Adoleszenten häufig erst bei wiederholtem Durchlaufen der Gruppe die Inhalte nachhaltig aufzunehmen.

THEORIE – DBT. Marscha M. Linehan (1996) hat für chronisch parasuizidale Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) entwickelt. Die DBT ist derzeit die einzige empirisch begründete und überprüfte Therapieform für suizidale Multiproblem-Patienten und wurde für weitere Störungsbilder adaptiert (Backer et al., 2009; Bohus et al., 2004). Für suizidale Adoleszente mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben Miller, Rathus und Linehan (2007) die DBT-A entwickelt. Zu den Elementen gehören Elemente der Verhaltenstherapie und weiteren therapeutischen Schulen, sowie Meditationstechniken aus dem Zen. Entsprechend der klassischen DBT besteht die Therapie aus Einzeltherapie, Telefonberatung und Supervisionsgruppen. Die Skillsgruppe wird anders als bei der DBT neben dem Patienten auch von einer nahen Angehörigen besucht und es wurde ein spezifisches Modul „Walking the Middle Path“ ergänzt. Zusätzlich finden regelmässige Familiengespräche statt. Im Gegensatz zur gut beforschten DBT ist die DBT-A noch wenig untersucht worden, die wenigen Studien sind viel versprechend (Backer et al., 2009). Zudem wurden weitere Störungsbilder mit DBT oder DBT-A behandelt und in der Literatur beschrieben: Trennungsangst und Zwangsstörungen (Stippel et al., 2008), Bipolare Störungen (Goldstein et al., 2007), Alkohol- oder Substanzmissbrauch (Conason et al., 2006), Essstörungen (Chen et al., 2008; Salbach et al., 2007; Schneider et al., 2010) und Adoleszente mit oppositionellem und delinquentem Verhalten (Quinn & Shera, 2009).

PRAXIS – DBT. Die Therapierenden arbeiten alle nach der klassischen DBT, die DBT-A wird nicht eingesetzt. Therapeutinnen, die mit minderjährigen Adoleszenten arbeiten, beziehen die Eltern deutlich mehr in die Therapie mit ein, als Therapierende mit volljährigen Adoleszenten. Neben Adoleszenten die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, werden auch Adoleszente die an anderen Persönlichkeitsstörungen, externalisierenden Störungen, PTBS, Essstörungen, depressive Erkrankungen oder Zwangs- und Angststörungen DBT orientiert behandelt.

Obwohl nicht nach dem DBT-A Manual gearbeitet wird, sind Entwicklungsaspekte in der Therapie berücksichtigt. Bei jüngeren Adoleszenten werden die Eltern ermächtigt und den Jugendlichen mehr Schutz gewährt. Der Ablösungsprozess von den Eltern wird begleitet und die Autonomie gefördert je älter die Adoleszenten sind.

THEORIE – DBT GRUNDANNAHMEN. DBT wird als der Jazz unter den Therapien beschrieben, denn sie ist nicht linear organisiert, sondern baut auf Prinzipien und Regeln auf, die dann spezifisch für die individuellen Patientinnen eingesetzt werden. Die therapeutischen Grundannahmen beschreiben, dass jedes Verhalten der Patienten Lösungen für unerträgliche Probleme sind und subjektiv Sinn machen. Die Borderline-Patientinnen wollen sich verbes-

sern, sind aber durch ihre Dispositionen gezwungen, härter zu arbeiten als Durchschnittsmenschen, und müssen auch Probleme lösen, die sie nicht selbst verursacht haben. Auch wenn die Borderline-Patienten in den meisten relevanten Dimensionen anderes Verhalten lernen müssen, können DBT-Patienten nicht versagen. Die Verantwortung für die anspruchsvollen Patientinnen soll nicht auf den Schultern einer Therapeutin liegen, sondern durch die Supervisionsgruppe getragen werden (Bohus, 2002; Miller et al., 2007).

PRAXIS – DBT GRUNDANNAHMEN. Die Therapierenden schätzen die Supervision und den Austausch im Team als wichtige Elemente der DBT. Die Struktur der DBT lässt genügend Raum für flexibles und spontanes Handeln und das empfinden Therapierende als angenehm. Es werden unterschiedliche Aspekte als hilfreich bezeichnet: dialektische Strategien (Wippenmodell), Validierung, Achtsamkeit, die Haltung, dass Patienten nicht unter Druck gesetzt werden sich verändern zu müssen, Rollenspiele, beschreibende und nicht bewertende Kommunikation, etc. Dabei hilft die DBT Adoleszente an Veränderungen heranzuführen.

THEORIE – EINZELTHERAPIE. In der Einzeltherapie ist die Beziehungsgestaltung das tragende Element. Wie im Coaching soll zielorientiert an Problemen gearbeitet werden und die Verantwortung für den Verlauf und das Ergebnis beim Therapierenden liegen. Durch authentisches Benennen der Emotionen und Beschreiben des Verhaltens wird die Beziehung gestaltet. Dabei soll der Therapeut seine persönlichen Grenzen transparent setzen und als Rollenmodell Fehler zugeben und reparieren. Symbolisch gesprochen basiert die Einzeltherapie auf einer Wippe, die die Balance zwischen den Seiten zeigt: Akzeptanz und Veränderung, Rigidität und Flexibilität, stützende und wohlwollende Haltung, sowie Balance widersprüchlicher Beziehungsmuster. Die Therapeutin soll feinfühlig die Anstrengungen des Patienten bestätigen und durch die optimistische und ressourcenorientierte Sicht unterstützend wirken. Es sind drei Phasen der Behandlung zu unterteilen. Ziel der ersten Phase ist eine Veränderung des suicidalen und parasuizidalen Verhaltens und eine gestärkte Compliance. Ziel der zweiten Phase ist eine verbesserte Affektregulation und die Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen. Ziel der dritten Phase ist die Erarbeitung und Umsetzung realistischer Alltags- und Zukunftspläne (Bohus, 2002; Miller et al., 2007).

PRAXIS – EINZELTHERAPIE. Die Beziehungsgestaltung wird von allen Therapierenden als sehr bedeutsam eingeschätzt. Emotionale Wärme, Wertschätzung und Empathie werden als unspezifische Grundhaltung in der Therapie vorausgesetzt. DBT-Therapierende achten darauf authentisch und offen zu sein, sehen die Adoleszenten als selbstverantwortliche Personen (entsprechend ihrem Entwicklungsstand). Entsprechend ist die Kommunikation transparent und direkt, was auch beinhaltet, dass Therapierende ihre persönlichen Grenzen klar darlegen

und auf deren Einhaltung achten. Adoleszente überprüfen die Qualität der Beziehung über den Umgang mit Konflikten und durch einen konstruktiv gelösten Konflikt wird die Beziehung tragfähiger. Das Tempo für Veränderung wird den Adoleszenten überlassen, wobei Therapierende durch leichtes Verunsichern den Prozess vorwärts treiben. Die Einzeltherapie bietet mehr Zeit für die Arbeit an den individuellen Ressourcen und auch Zeit für anderes (z.B. für Probleme, für Trauer).

In der ersten Phase der Therapie ist der Fokus auf dem Vertrauensaufbau. Mit zunehmender Stabilisierung wird dem Adoleszenten mehr Verantwortung übergeben und Prozesse werden transparenter gestaltet. In der zweiten Phase zeigt sich, weshalb dysfunktionales Verhalten notwendig war. Die DBT bietet für diese Phase wenige Elemente und Therapierende wenden andere Therapiekonzepte an.

Psychoedukation findet sowohl im Einzelsetting wie auch in der Skillsgruppe statt. Die individuellen Ressourcen werden in der Einzeltherapie differenzierter aufgedeckt und gefördert und an Problemen, die zu bewältigen sind ausprobiert.

Die Familien werden bei allen minderjährigen und volljährigen Adoleszenten, die nach einem Klinikaufenthalt wieder ins Elternhaus zurückkehren, stark in die Einzeltherapie einbezogen. In den Familiengesprächen werden wenig explizite DBT Techniken verwendet. Einige Therapierende führen solche Gespräche zu zweit, damit sie auf der Validierungsseite des Patienten bleiben können. Transparenz bedeutet auch die Familiengespräche mit den Adoleszenten vorzubesprechen. Die Psychoedukation der Eltern oder Konflikte sind häufig Inhalte solcher Gespräche.

THEORIE – SKILLSGRUPPE. In der Skillsgruppe werden an den wöchentlichen Sitzungen verschiedene Elemente für eine verbesserte Affektregulation und Sozialkompetenz eingeübt. Teilnahme und Distanz sollen genauso wie Gefühl und Verstand durch Achtsamkeitsübungen in Einklang gebracht werden. Impulsivität wird durch Stresstoleranzübungen angegangen. Im Modul Emotionsregulation lernen die Teilnehmenden, dass Emotionen keine Informationen zur Realität beitragen, sondern darüber, wie sie bewertet wird. Durch Sozialkompetenztraining gelingt es besser die Bedürfnisse im interpersonellen Bereich zu berücksichtigen. Im Modul „Walking the middle Path“ werden Adoleszenten und Eltern die Konzepte der Dialektik näher gebracht und es wird auf erzieherische Spannungsfelder eingegangen (Bohus, 2002; Miller et al., 2007).

PRAXIS – SKILLSGRUPPE. Die Skillsgruppe wird von den Therapierenden als Fähigkeiten-Trainingscenter beschrieben, das besonders durch den Sharing-Effekt effektiv ist. Das soziale Lernen regt Patienten an Neues auszuprobieren. Die Skillsgruppen werden alle ohne Angehö-

rige geführt. Für Eltern von minderjährigen Adoleszenten, die eine ambulante Skillsgruppe besuchen, werden Elternabende durchgeführt. Auch für volljährige Adoleszente wäre die Nachfrage nach Workshops für Angehörige vorhanden, jedoch sind diese nicht bereit die relativ hohen finanziellen Kosten zu tragen, erzählt eine Therapeutin. Die minderjährigen Adoleszenten brauchen in der Skillsgruppe viel Anleitung und Regeln zu akzeptieren, bereitet ihnen, wie vielen anderen Adoleszenten, Mühe. Ambulante Skillsgruppen mit volljährigen Adoleszenten verlaufen manualgeleiteter als stationäre Skillsgruppen mit minderjährigen Adoleszenten. Die Therapierenden achten darauf ein motivierendes Klima zu erzeugen in dem jede Adoleszente Raum hat sich einzubringen, was beinhaltet positive Gruppendynamik zu fördern und Störungen frühzeitig aufzugreifen. Die Achtsamkeit ist für viele Adoleszente ein neues Thema, was auch Scham auslösen kann. Sozialkompetenztraining bereitet den meisten Adoleszenten Freude.

THEORIE – STATIONÄR VERSUS AMBULANT. Die Therapie soll nur dann stationär durchgeführt werden, wenn die störungsspezifische ambulante Behandlung unzureichend gewährleistet ist. Ziele im stationären Bereich sind die verbesserte Compliance, Überlebensstrategien zur Bewältigung von suizidalen Verhaltensmustern und die Befähigung zur ambulanten Therapie (Bohus, 2002; Miller et al., 2007).

PRAXIS – STATIONÄR VERSUS AMBULANT. Bei chronifizierten Konflikten und ausgeprägten Bindungsproblemen ist die stationäre Behandlung sinnvoll, meint ein Therapeut. Ein Vorteil des stationären Rahmen ist, dass die Beziehung zum Therapierenden sich rascher entwickelt. Dabei ist eine gemeinsame Haltung des Teams, gegenüber dem Adoleszenten, Therapie förderlich.

THEORIE – RESSOURCEN. In der Psychologie ist in den letzten Jahren ein grosses Forschungsfeld zu Schutz- und Resilienzfaktoren aufgegangen. Dabei verlagerte sich die Forschung weg vom Ansatz Salutogenese hin zur Resilienzforschung. Daraus entstanden viele Begriffe wie Ressourcen, Schutzfaktoren, Kompensationsfaktoren, die terminologische Unklarheiten hervorriefen (Bengel et al., 2009). Diese Arbeit orientierte sich an den von Petermann und Schmidt (2006) definierten Begriffen und konzentriert sich dabei auf empirisch überprüfte Schutzfaktoren. Ressourcen sind alle aktuell verfügbare Potenziale, die die Entwicklung unterstützen und werden, wenn sie zur Vermeidung von Fehlentwicklungen eingesetzt, als Schutzfaktoren bezeichnet.

PRAXIS – RESSOURCEN. Der praktische Umgang mit Ressourcen wird im Kapitel 8.1.2 ausführlich dargestellt. Hier werden nur zusätzliche Erkenntnisse aufgeführt: In Krisensituatio-

nen geht es darum Adoleszente aus der Erstarrung zur Bewegung zu bringen. Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit coacht der Therapeut die Adoleszenten so, dass sie in der Lage sind, die Führung in Familiengespräche zu übernehmen. Die sozialen Kontakte wie z.B. Sport- oder Musikverein sollen nach Möglichkeit auch im stationären Rahmen gepflegt werden können. Die Adoleszenten sollen auch darauf vorbereitet werden, dass Veränderungen negative Emotionen mit sich bringen können. In der Therapie wird ihnen auch die Fähigkeit Emotionen auszuhalten vermittelt.

THEORIE – RESSOURCEN KONTEXT. Die Risikoforschung hat unterschiedliche Faktoren, die auf Jungen und Mädchen in verschiedenen Entwicklungsphasen einwirken, untersucht und Unterschiede festgestellt. Viele geschlechterspezifische Unterschiede sind davon abhängig, wie Resilienz in der jeweiligen Studie operationalisiert wurde (Ittel & Scheithauer, 2007). Generell gelten in der Adoleszenz Mädchen als vulnerabler als Jungen. Durch die Kumulation von mehreren Risiken erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensstörungen deutlich und erfordert mehrere Schutzfaktoren, damit die Entwicklung nicht entgleist. Die Forschung tut sich dabei schwer bei Adoleszenten mit stark kumulierten Risiken protektive Effekte zu untersuchen (Lösel & Bender, 2007). Auch die Entwicklungsphasen haben einen Einfluss auf die Schutzfaktoren und Risiken, wobei Kinder und Jugendliche in Übergangsphasen besonders vulnerabel sind. Deshalb werden auch altersspezifische Schutzfaktoren angenommen (Wustmann, 2004). Lanfranchi (2006) macht darauf aufmerksam, dass in der Resilienzforschung primär amerikanische und westeuropäische Personen untersucht wurden und diese Erkenntnisse nicht 1:1 auf andere Kulturen übertragen werden können. Zudem sind Jugendliche mit Migrationshintergrund speziellen Risiken wie z.B. ungenügende Integration der Familie, Identitätsdiffusion oder der Sprachbarriere ausgesetzt.

PRAXIS – RESSOURCEN KONTEXT. Als spezifische Ressource von Adoleszenten wird die Fähigkeit Visionen zu entwerfen und Optionen auszuprobieren von einigen Therapierenden als genannt. Eine Therapeutin meint, dass die Gewichtung der Ressourcen sich etwas verändern. Adoleszente können kurzfristige Ziele viel besser verfolgen, bei mittel- und langfristigen Zielen gelingt ihnen das weniger. Bei Adoleszenten mit Migrationshintergrund werden die Belastungen und Ressourcen besonders berücksichtigt und bei Bedarf weitere Helfer aktiviert. Die Kommunikation gestaltet sich aufgrund der kulturellen Unterschiede manchmal schwieriger. Ein Therapeut konzentriert sich auf die individuellen Probleme des Patienten und der Migrationshintergrund wird berücksichtigt, wenn er ein Problem darstellt.

THEORIE – SCHUTZFAKTOREN.

Schutzfaktoren vermindern die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen, indem sie zur Entwicklung von Ressourcen beitragen bzw. Entwicklung erleichtern. Dabei müssen sie gegen Risikofaktoren und Kompetenzen abgegrenzt sein, einen Puffereffekt nachweisen und zeitliche Priorität haben (Bengel et al., 2009). Das Modell von Petermann und Winkel (2005) zeigt in einfacher und überzeugender Weise auf, dass durch Schutzfaktoren Risikofaktoren abgemildert und die Resilienz gestärkt werden. Es werden in vielen Forschungsarbeiten drei Typen unterschieden: personale, familiäre und soziale (Bengel et al., 2009; Bettge & Ravens-Sieberer, 2003; Bettge, 2004). Folgende Schutzfaktoren hielten bis jetzt der empirischen Überprüfung stand: *Personale Schutzfaktoren*: positive Lebenseinstellung, Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten, eine durchschnittliche Intelligenz, gute schulische Leistung, internale Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkontrolle, aktive Bewältigungsstrategien, Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung, Begabung und Kreativität, soziale Kompetenz. *Familiäre Ressourcen*: strukturelle Familienmerkmale, sichere Bindung und positive Beziehung, autoritative und positive Erziehung, positives Familienklima und Kohäsion, positive und unterstützende Geschwisterbeziehung, Merkmale der Elternbeziehung. *Soziale Ressourcen*: soziale Unterstützung, Erwachsene als Rollenmodelle und Beziehung zu Erwachsenen, Kontakte zu Gleichaltrigen, Qualität der Bildungsinstitution (Bengel et al., 2009).

PRAXIS – SCHUTZFAKTOREN.

Die subjektive Bewertung der Therapierenden wird im Kapitel 8.1.2 dargestellt. Hier werden nur zusätzliche die Erkenntnisse aufgeführt:

Die Items *durchschnittliche Intelligenz* (\varnothing -1.33) und *harmonische Beziehung zwischen den Eltern* (\varnothing -1.50) wurden von je vier Therapierenden mit als wenig relevante Schutzfaktoren bewertet. Das Item *sichere Bindung* (\varnothing -2.33) wurde von fünf Therapierenden mit zwei oder mehr Standardabweichungen als bedeutendster Schutzfaktor bewertet. Die Stichprobe N6 lässt sicher keine verallgemeinernde Aussage zu, aber diese Items erscheinen als recht robust.

8.1.2 Zusammenfassung unter Einbezug der Fragestellung

Die Hauptfragestellung, wie DBT-Therapierende in der praktischen Arbeit Ressourcen erfassen, berücksichtigen und einsetzen, kann nur unter Einbezug der Unter-Fragen beantwortet werden:

(A) WAS BEDEUTET RESSOURCENORIENTIERUNG IN DER DBT?

Die Ressourcenorientierung lässt sich in zwei Subtypen unterteilen. Beim Typ I richtet sich der Blick der Therapierenden auf das Funktionale (Gedanken, Emotionen und Verhalten) und dies wird verstärkt und der Patient angeleitet dieses Verhalten auch in anderen Situationen einzusetzen. Beim Typ II richtet sich der Blick des Therapierenden auf das Dysfunktionale (Gedanken, Emotionen und Verhalten) und er deckt funktionale Anteile darin auf, welche dann verstärkt werden. Oft ist es eine Frage des Masses, ob eine Fähigkeit zu den Ressourcen oder zu den Problemen gehört.

(B) WIE WICHTIG IST DIE RESSOURCENORIENTIERUNG IN DER DBT?

Über den Stellenwert der Ressourcenorientierung in der DBT zeigt sich ein heterogenes Bild. Ein Therapeut fokussiert explizit Ressourcen, während zwei Therapeutinnen die DBT nicht als besonders ressourcenorientiert bewerten. Die weiteren Therapierenden denken in der DBT ist die Ressourcenorientierung wichtig, aber sie ist nicht der zentrale Aspekt der Therapie.

(C) WELCHE RESSOURCEN BERÜCKSICHTIGT DIE THERAPIERENDE BEI DEN ADOLESCENTEN IN DER DBT?

Die hier befragten DBT Therapierenden berücksichtigen in erster Linie Fähigkeiten, die direkt im Zusammenhang mit der Therapiemotivation (z.B. Interesse, Offenheit für Veränderungen, Bereitschaft zu Vertrauen, Fähigkeit Visionen zu entwerfen) und Therapiefähigkeit (z.B. ausreichende Intelligenz, Absprachefähigkeit, Introspektion, Selbstreflexion) stehen. Die Ressource soziale Kompetenz zeigt sich oft durch intakte Beziehungen und hat einen besonders hohen Stellenwert. Soziale Kompetenz verbessert die Therapie und unterstützt, Patienten darin ausserhalb des Helfersystems Beziehungen führen zu können.

(D) WELCHE RESSOURCEN BERÜCKSICHTIGT DIE THERAPIERENDE BEI SICH SELBST IN DER DBT?

Die befragten Therapierenden schätzen Fähigkeiten, die ihnen helfen den Patienten in seiner Lebenswelt und Komplexität zu verstehen und anzuerkennen. Dabei achten Therapierende besonders auf ihre eigenen Grenzen und kommunizieren diese offen. Die Ressource Team ist für die Therapierenden bedeutsam. Sie achten auf eine gute Live-Work-Balance, die aus sozialen Kontakten, Familie, Hobbys und Freude an der Arbeit besteht.

(E) WIE WERDEN RESSOURCEN IN DER DBT GEFÖRDERT?

Durch die Würdigung der Vergangenheit werden Fähigkeiten des Patienten beleuchtet und reaktiviert. So ist bereits das Diagnostizieren der Ressourcen und diese den Patienten zu spiegeln, eine erste Methode. Die Therapierenden knüpfen bei den Patienten an Funktionalem (Emotionen, Gedanken, Verhalten) an, bauen es aus und zeigen den Sinn des dysfunktionalen Verhalten im Kontext ihrer Lebensgeschichte auf. Dies geschieht über Rollenspiele, Expositionstraining, kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeitsübungen oder Imaginationstechniken in unterschiedlichen Settings. Neben der Förderung der Ressource ist es wichtig, dass die Patienten lernen, mit dem Bewusstsein zu leben, dass sie Ressourcen haben, denn sonst werden die Ressourcen nicht angewendet. Dabei sind selbstwert- und selbstwirksamkeitsfördernde Elemente hilfreich.

(F) WANN IST DIE RESSOURCENORIENTIERUNG KONTRAINDIZIERT?

Es gibt keine Phasen in denen die Ressourcenorientierung kontraindiziert ist. Damit sich Patienten verstanden fühlen, müssen Therapierende auch auf Probleme eingehen und diese validieren. Die Ressourcenorientierung hilft den Patienten Probleme zu lösen, indem ihre Fähigkeit aktiviert werden. Was bedeutet, dass es durchaus Situationen gibt in denen die Ressourcenorientierung Kontraindiziert ist. Dabei achten die Therapierenden auf einen situationsgerechten, ressourcenorientierten Kommunikationsstil und übernehmen dort Verantwortung, wo sie der Patient nicht mehr übernehmen kann. Um mittels DBT im stationären Rahmen ressourcenorientiert zu arbeiten, muss das ganze Team DBT anwenden können und wollen.

(G) WAS VERSTEHEN DBT THERAPIERENDE UNTER RESSOURCEN UND SCHUTZFAKTOREN?

Ressourcen ist alles was dem Patienten hilft funktionales Verhalten zu zeigen. In der Praxis wird unter Ressourcen vor allem personale Fähigkeiten verstanden, die Patienten in genanntem funktionalem Verhalten unterstützen. Die personalen Ressourcen werden durch die Umgebung beeinflusst. Schutzfaktoren werden von den Therapierenden in der Praxis kaum von Ressourcen unterschieden, familiäre und soziale Ressourcen werden eher als Schutzfaktoren verstanden.

(H) WIE WERDEN RESSOURCEN DIAGNOSTIZIERT?

In den Interviews zeigten sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen bei der Diagnostik von Ressourcen. Fünf Therapierende erfassen Ressourcen weniger systematisch und mehr intuitiv im Laufe der Therapie. Ein Therapeut geht sehr systematisch vor, erfragt offensichtliche

Ressourcen schon vor dem Beginn der eigentlichen Therapie und später weniger offensichtliche Ressourcen standardisiert im Verlauf der Therapie. Dies geschieht bei der systematischen wie bei der intuitiven Vorgehensweise durch Fragen stellen, zum Teil basierend auf Aufgaben, die den Patienten gestellt werden oder aufgrund von Verhaltensbeobachtungen in der Therapie oder durch Drittpersonen wie z.B. Lehrpersonen oder Pflegefachpersonen.

(I) WELCHE SCHUTZFAKTOREN SIND FÜR THERAPIE WICHTIG?

Hier zeigt sich ein heterogenes Bild. Die personalen Schutzfaktoren wurden von vier Therapierenden als wichtigste Faktoren und von einer Therapeutin als weniger wichtige Faktoren bewertet. Die familiären Schutzfaktoren wurden von zwei Therapeutinnen als wichtigste Faktoren und von zwei Therapeutinnen als weniger wichtige Faktoren eingeschätzt. Die sozialen Schutzfaktoren sind für drei Therapierende weniger wichtig. Dabei ist zu beachten, dass die Gewichtung in den meisten Fällen sehr ausgeglichen ist und die Unterschiede zwischen den einzelnen Schutzfaktorengruppen bei vier Therapierenden weniger als eine Standardabweichung beträgt und bei zwei Therapierenden weniger als zwei Standardabweichungen. Auf der Ebene der Items belegt die *Sichere Bindung*, der höchste Einzelwert und wird von fünf Therapierenden mit mehr als zwei Standardabweichungen als wichtigster Schutzfaktor bewertet.

8.2 Kritische Reflexion – Methoden

Mit der qualitativen Herangehensweise konnte die subjektive Schichtweise von DBT Therapierenden zum Thema Ressourcen und Schutzfaktoren erfasst und dargestellt werden. Durch die Triangulation der qualitativen Inhaltsanalyse und der Q-Sort-Technik wurde der Forschungsbereich von zwei Seiten beleuchtet und Erkenntnisse wurden auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen. Die Sortierung der einzelnen Karten erlebten die Therapierenden als motivierend und sie gaben positives Feedback zur Methode. Die Q-Sort-Technik ist insofern kritisch zu betrachten, als dass die personalen, sozialen und familiären Faktoren nicht mit der gleichen Anzahl Items hinterlegt werden konnten. Es handelt sich somit um ein unstrukturierendes Sample, das eine einzige breite Variable (die Schutzfaktoren) misst. Das Ziel Einstellung von Therapierenden zu den Schutzfaktoren abzubilden konnte erreicht werden (vgl. Müller & Kals, 2004). Eine grössere Stichprobe hätte einen Zugang zur quantitativen Auswertung der Q-Sort-Methode geboten, der ein Vergleich unter den einzelnen Therapeuten und weitere Erkenntnisse ermöglicht. Passende Ankerbeispiele wurden nicht durchgängig gefunden, dazu wäre eine ausführliche Nachbesprechung mit den Interviewten über ihre Q-Sort-Verteilung hilfreich gewesen. Die knappen Zeitressourcen der Therapierenden liessen dies nicht zu.

Es gelang durch die schrittweise systematische Textanalyse die Inhalte der Interviews in die theoriegeleiteten Kategorien einzubetten, was sich aufgrund der vielen theoretischen Konstrukte auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus als komplex erwies.

Das Rekrutieren von Interviewpartnern gestaltete sich schwieriger als erwartet. Viele DBT-Therapierende hatten keine Zeit für ein Interview. Unüberprüft bleibt, ob Therapierende, die sich Zeit für das Interview nahmen, besonders Ressourcenorientiert arbeiten. Die Interviewpartner unterscheiden sich in vielen Bereichen: in Therapieausbildung, im Setting ambulant und stationär (Akut- und Therapiestation), Klientel (minderjährige- und volljährige Adoleszente), Geschlecht, Alter. Dadurch wurde ein Abbild der ganzen Spannweite gewonnen, in der die DBT bei Adoleszenten angewendet wird. Unüberprüft bleibt bei dieser Arbeit die Frage, ob diese Faktoren die individuellen Unterschiede in der Ressourcenorientierung erklären würden.

8.3 Kritische Reflexion – Inhalt

Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf den Erfolg einer Therapie scheint einen grösseren zu sein als die Therapiemethode (Ablon & Jones, 1999; Zuroff et al., 2000). In den letzten Jahren sind Eigenschaften, die Störungen verhindern oder abmildern, unter dem Begriff Schutzfaktoren, intensiv untersucht worden (Bengel et al., 2009). Deshalb wurde mit dieser Arbeit der Umgang mit Ressourcen und Schutzfaktoren in der DBT bei Adoleszenten beleuchtet. Die DBT wurde als Therapieform gewählt, weil sie empirisch gut überprüft ist, explizit ressourcenorientiert arbeitet und neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch für andere Störungsbilder geeignet ist. In der Phase der Adoleszenz sind vielfältige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Phasen des Umbruchs und der Veränderung erhöhen die Vulnerabilität, deshalb sind Schutzfaktoren besonders bedeutsam.

DBT-Therapierende nutzen in der Therapie die offensichtlichen Ressourcen von Patientinnen, ziehen aktuell nicht wahrgenommene Ressourcen hinzu und schaffen mit verschiedenen Methoden und Techniken neue Ressourcen bei den Patientinnen. Somit erfüllen sie die drei wesentlichen Punkte einer ressourcenorientierten Therapie nach Petermann und Schmidt (2006).

Zur DBT-A wird von Backer et al. (2009) bemängelt, dass es keine randomisierten Studien zur Wirksamkeit gibt. Ohne Zweifel können randomisierte Studien eindeutige Aussagen zur Kausalität machen. Allerdings werden in solchen Studien oft weisse Elefanten beforscht, das soll heissen, es werden z.B. Patienten mit einer einzigen Diagnose ohne komorbide Störungen in Studien aufgenommen, die in der Praxis eher die Ausnahme als die Regel sind. Die bisher durchgeführten Studien bilden den klinischen Alltag eher wieder.

In der Schutzfaktorenforschung ist die Komplexität relativ hoch, weil die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch sehr viele Faktoren beeinflusst und die theoretischen Konstrukte zum Teil unterschiedlich definiert werden oder sich überschneiden (vgl. Bengel et al., 2009). Deshalb sind die Forschungsergebnisse einzelner Studien sehr kritisch zu lesen, eine Vergleichbarkeit der Studien ist schwierig und konkrete Handlungsanweisungen für die therapeutische Praxis sind daraus schwer abzuleiten.

Genderspezifische Unterschiede wurden weder mit den Interviews noch mit der Q-Sort-Technik erhoben und von den Therapierenden gab es auch keine spontanen Äußerungen zu diesem Thema. Dieser Aspekt wurde vernachlässigt und hätte wohl noch ergänzende Punkte für diese Arbeit zum Vorschein gebracht.

8.4 Ausblick

BLICK AUF DIE DIAGNOSTIK.

Bis heute sind einheitliche Leitlinien für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz wenig ausgearbeitet. Mit international gültigen Leitlinien könnten in der Forschung Studien leichter vergleichbar und in der Praxis lange Diskussionen über die Diagnose von einzelnen Patienten verkürzt werden.

BLICK AUF THEORETISCHE KONSTRUKTE.

Die grosse Herausforderung dieser Arbeit war die unterschiedlichen theoretischen Konstrukte der DBT und der Ressourcen- und Schutzfaktorenforschung angemessen darzustellen und sie durch die Interviews zu erfassen.

Hypothese: Die theoretischen Konstrukte zur Ressourcendiagnostik sind für manche erfahrene Therapierende bei der Arbeit nicht explizit präsent, deshalb sprechen sie von intuitivem Erfassen. Aufgrund ihrer Aussagen zum praktischen Arbeiten ist anzunehmen, dass sie die für sie relevanten Konzepte internalisiert haben. Dies würde bedeuten, dass Therapierende auch wenn sie angeben nicht systematisch Ressourcen zu erfragen, doch einen „inneren Leitfaden“ für das Erfassen derselben haben.

Auch Therapierende, die mittels Q-Sort die personalen Schutzfaktoren als weniger relevant eingeschätzt haben, sprachen in den Interviews oft von den personalen Ressourcen.

Hypothese: Von Therapierenden wurden in den Interviews viele personale Ressourcen genannt, weil sie mit diesen direkt arbeiten können. Das soziale Umfeld und die Familie sitzen üblicherweise nicht direkt im Therapiezimmer.

Hypothese: Die individuellen Präferenzen für Schutzfaktoren sind für die Therapie nicht relevant.

Aus den Interviews wird nicht ersichtlich, weshalb der familiäre Schutzfaktor *sichere Bindung* Therapierenden so wichtig erscheint.

Hypothese: Sichere Bindung ist als Konzept bei Therapierenden besonders präsent und sie haben ein klares Bild davon. Ein Hinweis liefert das Item *positive Beziehung einem Elternteil*, welches inhaltlich nahe bei der sicheren Bindung liegt, aber als durchschnittlich relevant bewertet wurde.

BLICK AUF DIE THERAPIE

Die Interviews spiegelten die wichtigen Aspekte der DBT wieder, welche in der Literatur zur DBT zu finden sind. Daraus kann geschlossen werden, dass die Therapierenden DBT orientiert arbeiten. Sinnvoll wäre sich zu überlegen, wie die Ergebnisse der Schutzfaktorenforschung vermehrt ins therapeutische Arbeiten integriert werden kann.

DBT-A wurde von keinem Therapierenden angewendet und die Interviews gaben keinen direkten Hinweis auf die genauen Gründe.

Hypothese: Da DBT als solches modular und flexibel aufgebaut ist, ist eine Adaption speziell für Adoleszente nicht zwingend notwendig. Die Therapierenden wenden Elemente der Therapieform an, die sie für ihre Patientinnen individuell als geeignet empfinden.

Bei der Ressourcenorientierung wird entweder der Fokus auf die gesunden Anteile des Patienten gelegt oder es werden bei dysfunktionalem Verhalten die funktionalen Anteile fokussiert. In einem nächsten Schritt könnte überprüft werden, in welchen Situationen welche Herangehensweise angewendet wird und welche sich wann besser eignet.

Es zeigte sich, dass es keine Phasen gibt in denen ressourcenorientiertes Arbeiten kontraindiziert ist. In gewissen Situationen werden aber andere Themen vorgezogen und Ressourcenarbeit zurückgestellt. Dabei werden die Fähigkeiten der Patientinnen nicht benannt, wohl aber erkannt. Eine genaue Untersuchung, wann Ressourcen aktiv benannt werden und wann nicht, wäre ein weiterer Forschungsansatz.

Eine weitere sicher sehr erhellende Forschungsperspektive könnte die Untersuchung von Adoleszenten Patienten sein. Die Frage, welche Schutzfaktoren bei Adoleszenten einen Therapieerfolg begünstigen und welche Belastungen die Therapie erschweren, könnte wichtige Hinweise für das therapeutische Arbeiten liefern. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass die Schutzfaktoren *soziale Kompetenzen* und *sichere Bindung* dabei besonders bedeutend sind.

IV Abstract

Die vorliegende empirisch-qualitative Arbeit geht der Frage nach, wie Therapierende, die nach den Grundsätzen der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) arbeiten, in der praktischen Arbeit Ressourcen erfassen, berücksichtigen und einsetzen und ob es Phasen oder Situationen gibt, in denen die Ressourcenorientierung kontraindiziert ist. Dazu wurden sechs Therapierende, die in unterschiedlichen Bereichen und mit Adoleszenten unterschiedlichen Alters arbeiten befragt.

Am Anfang der Arbeit steht die theoretische Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Folgend wird die DBT sowie deren Weiterentwicklung und Evaluation dargestellt. Beim Thema Ressourcen, Schutzfaktoren und Risiken werden grundlegende Begriffe definiert und die Subtypen personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren ausdifferenziert.

Im nachfolgenden praktischen Teil werden die mittels qualitativer Analyse gewonnenen Ergebnisse dargestellt. Bei der Ressourcenorientierung wird entweder der Fokus auf die gesunden Anteile des Patienten gelegt oder es werden bei dysfunktionalem Verhalten die funktionale Anteile fokussiert. Die Relevanz der Ressourcenorientierung in der DBT wird von den Therapierenden unterschiedlich bewertet. Ressourcen und Schutzfaktoren werden in der Praxis nicht explizit unterschieden und individuell gewichtet. Die Ressourcenerfassung erfolgt überwiegend unsystematisch im Verlauf des Therapieprozesses. Die Therapie knüpft an Funktionalem an und baut dieses mit verschiedenen Techniken aus. Bei den adoleszenten Patienten werden primär Fähigkeiten, die im Zusammenhang mit der Therapie stehen, berücksichtigt. Die Therapeuten berücksichtigen bei sich selbst Fähigkeiten, die ihnen helfen die Patienten zu verstehen und anzuerkennen, sowie Ressourcen, die eine gute Work-Live-Balance ermöglichen. Es zeigte sich, dass es keine Phasen gibt in denen ressourcenorientiertes Arbeiten kontraindiziert ist. In gewissen Situationen werden aber andere Themen vorgezogen und Ressourcenarbeit zurückgestellt.

V Literatur

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.
- Backer, H. S., Miller, A. L. & van den Bosch, L. M. C. (2009). Dialectische gedragstherapie bij adolescenten; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 51(1), 31-41.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bender, D. & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20(6), 661-678.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- vs. pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitsstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-145). Berlin: Springer.
- Bender, D. & Lösel, F. (2005). Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 317-346). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Bd. 35). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Das Gesundheitswesen*, 65(3), 167-172.
- Bettge, S. (2004). *Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Dissertation. Technische Universität Berlin, Berlin.
- Block, J. H. & Block, J. (1980). The Role of Ego-Control and Ego-Resiliency in the Organization of Behavior. In W. Collins (Eds.), *Minnesota symposia on child psychology: Development of cognition, affect, and social relations*, 13 (pp. 39-101). Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 78(9), 1069-1080.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M., Schmahl, C. & Lieb, K. (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 43-50.
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 505-512.
- Chen, J. & George, R. A. (2005). Cultivating Resilience in Children From Divorced Families. *The Family Journal*, 13(4), 452 -455.
- Chuang, S. S., Lamb, M. E. & Hwang, C. P. (2006). Personality development from childhood to adolescence: A longitudinal study of ego-control and ego-resiliency in Sweden. *International Journal of Behavioral Development*, 30(4), 338-343.
- Conason, A. H., Oquendo, M. A. & Sher, L. (2006). Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 9-13.

- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., Kim, J. Y., Fagen, D. B. & Magnus, K. B. (1997). Follow-up study of young stress-affected and stress-resilient urban children. *Development and Psychopathology*, 9(3), 565-577.
- Dilling, H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 800-809.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen – die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die subjektive Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 70(12), 721-729.
- Flammer, A. & Alsaker, F. D. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz: die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) - Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- Und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(1), 15-25; quiz 26-27.
- Flick, U. (2008). *Triangulation: eine Einführung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B. & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2008). Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen mit 227 Tab.* (2. Aufl.) (S. 221-241). Stuttgart: Schattauer.
- Hart, D., Burock, D., London, B., Atkins, R. & Bonilla-Santiago, G. (2005). The relation of personality types to physiological, behavioural, and cognitive processes. *European Journal of Personality*, 19(5), 391-407.
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K. & Michalak, J. (2007). Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze: Stand der empirischen Forschung. In U. Anderssen-Reuster (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik: Haltung und Methode* (S. 202-218). Stuttgart: Schattauer.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Herpertz, S. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen mit 227 Tab.* (2. Aufl.) (S. 1052-1077). Stuttgart: Schattauer.
- Herpertz, S. (2006). Muss das Konzept "Persönlichkeitsstörung" revidiert werden? *Zeitschrift für Kinder- Und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(2), 83-85.
- Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B. & Sass, H. (2008). Temperament und Persönlichkeit. In *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung Psychischer Störungen* (2. Aufl.) (S. 208-220). Stuttgart: Schattauer.
- Herpertz, S. & Wenning, B. (2003). Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In S. Herpertz & H. Sass (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (S.84-102). Stuttgart: Thieme.
- Ittel, A. & Scheithauer, H. (2007). Geschlecht als "Stärke" oder "Risiko"? Überlegungen zur geschlechterspezifischen Resilienz. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Aufl.) (S. 98-115). München: Reinhardt.
- Jang, K. L., Paris, J., Zweig-Frank, H. & Livesley, W. J. (1998). Twin study of dissociative experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(6), 345-351.

- Katz, L. Y., Fotti, S. A. & Postl, L. (2009). Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy; adaptations required to treat adolescents. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 95-109.
- Kernberg, O. F. (2001). *Handbuch der Borderline-Störungen* (1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Kitano, M. K. & Lewis, R. B. (2005). Resilience and coping: Implications for gifted children and youth at risk. *Roeper Review*, 27(4), 200.
- Krischer, M., Sevecke, K., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2006). Persönlichkeitsstörungsmerkmale im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, methodische Ansätze und empirische Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- Und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(2), 87-99.
- Lamb, M. E., Chuang, S. S., Wessels, H., Broberg, A. G. & Hwang, C. P. (2002). Emergence and constructvalidation of the big five factors in early childhood: a longitudinal analysis of their ontogeny in Sweden. *Child Development*, 73(5), 1517-1524.
- Lanfranchi, A. (2006). Resilienzförderung von Kindern bei Migration und Flucht. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz - Gedeihen Trotz Widriger Umstände* (S. 119-138). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Legault, L. & Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28(9), 1024-1038.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie Der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Lynam, D. (2001). Male mental health problems, psychopathy, and personality traits: key findings from the first 14 years of the Pittsburgh Youth Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(4), 273-297.
- Lösel, F. & Bender, D. (2007). Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischeprotektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In G. Opp & D. Bender (Hrsg.), *Was Kinder Stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Aufl.) (S. 57-78). München: Reinhardt.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *The American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A. S. & Reed, M. (2005). Resilience in development. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York NY: The Guilford Press.
- Moran, P. B. & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16(5), 743-754.
- Müller, F. H. & Kals, E. (2004, Mai 31). Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen [69 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 5(2), Art. 34, [online]. Abgerufen Oktober 6, 2010, von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/600/1301>

- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T. & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811-1820.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2000). *Aggressionsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In J. Althammer (Hrsg.), *Familienpolitik und Soziale Sicherung Festschrift. Für Heinz Lampert* (S. 39-56). Berlin: Springer-Verlag.
- Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 15(2), 118-127.
- Petermann, F. & Winkel, S. (2005). Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*, Enzyklopädie der Psychologie (Bd. 1, S. 109-129). Göttingen: Hogrefe.
- Quinn, A. & Shera, W. (2009). Evidence-based practice in group work with incarcerated youth. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(5), 288-293.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878.
- Renner, B. (2002). Optimismus. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie Von A Bis Z Ein Handwörterbuch* (S. 377-380). Göttingen: Hogrefe.
- Rhule, D., McMahon, R., Spieker, S. & Munson, J. (2006). Positive Adjustment and Associated Protective Factors in Children of Adolescent Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 15(2), 224-244.
- Richmond, M. K., Stocker, C. M. & Rienks, S. L. (2005). Longitudinal associations between sibling relationship quality, parental differential treatment, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 19(4), 550-559.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Korte, A. (2007). Dialektisch-Behaviorale Therapie für jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) - eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(2), 91-108.
- Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision* (1. Aufl.). Hogrefe-Verlag.
- Schmeck, K. (2008). Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(8-9), 625-640.
- Schmidt-Denter, U. (2000). Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie Im Aufwind Brückenschläge Zwischen Forschung Und Praxis* (S. 203-221). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, N., Korte, A., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Salbach-Andrae, H. (2010). Subjektive Therapiebeurteilung jugendlicher Patientinnen mit Essstörungen und deren Übereinstimmung mit Eltern- und Therapeutenbeurteilungen. *Zeitschrift für Kinder- Und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(1), 51-57.
- Schrepferman, L. M., Eby, J., Snyder, J. & Stropes, J. (2006). Early Affiliation and Social Engagement With Peers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(1), 50 -61.
- Schwarzer, R. (2002). Bewältigung, proaktive. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch* (S. 45-48). Göttingen: Hogrefe.

- Seiffge-Krenke, I. & Ziegenhain, U. (2009). Adoleszenz, junges Erwachsenenalter und Bindung. In J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer, & H. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367.
- Steinhausen, H. & Winkler Metzke, C. (2001). Risk, Compensatory, Vulnerability, and Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259-280.
- Stippel, A. E., Krischer, M. K. & Lehmkuhl, G. (2008). Behandlung eines 11-jährigen Kindes mit Elementen der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente. *Zeitschrift für Kinder- Und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(5), 353-356.
- Streeck-Fischer, A. & Freyberger, H. (2009). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer, & H. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 399-410). Stuttgart: Schattauer.
- Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 1-9.
- Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, N., Langenbach, M. & Ott, J. (2002). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinie und Quellentext*. Schattauer, F.K. Verlag.
- Valentino, K., Cicchetti, D., Toth, S. L. & Rogosch, F. A. (2006). Mother-child play and emerging social behaviors among infants from maltreating families. *Developmental Psychology*, 42(3), 474-485.
- Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(S1), 47-51.
- Werner, E. E. (2007). Resilienz: ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In G. Opp & D. Bender (Hrsg.), *Was Kinder Stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Aufl.) (S.311-327). München: Reinhardt.
- Werner, E. (2006). What can we learn about resilience from large scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91-106). New York, N.Y: Springer.
- Werner, E. E. (1993). Risk, Resilience, and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(04), 503-515.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & the BELLA study group. (2009). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1(S1), 133-147.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H. (1999). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28(1), 45-53.
- Wise, D., & Rosqvist, J. (2006). Explanatory style and well-being. In J.C. Thomas & D. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Volume 1: Personality and everyday functioning* (pp. 285-305). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 192-206.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 274-283.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A. & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 114-124.

VI Abbildungen

<i>Abbildung 1. Wesentliche Faktoren des neurobehavioralen Entstehungskonzeptes der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus, 2002)</i>	12
<i>Abbildung 2. Neurobiologisches Modell der Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung (mod. nach Herpertz und Wenning, 2003), (Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2007)</i>	14
<i>Abbildung 3. Klassifikation von Ressourcen nach Petermann und Schmidt (2006).</i>	25
<i>Abbildung 4. Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen nach Petermann und Winkel (2005).</i>	25
<i>Abbildung 5. Mittelwerte der einzelnen Schutzfaktoren</i>	54
<i>Abbildung 6. dreidimensionale Darstellung der Mittelwerte</i>	54

VII Tabellen

<i>Tabelle 1 Diagnostische Leitlinien: Persönlichkeitsstörungen</i>	6
<i>Tabelle 2 Weitere Kriterien nach DSM-IV, zit. nach (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009)</i>	7
<i>Tabelle 3 ICD-10 Kriterien (Dilling, 2005)</i>	8
<i>Tabelle 4 Symptome und Verhalten von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Streeck-Fischer & Freyberger, 2009)</i>	9
<i>Tabelle 5 Neurobiologische Ebene (Bohus et al., 2004)</i>	13
<i>Tabelle 6 Therapeutische Grundannahmen nach Linehan (1996)</i>	16
<i>Tabelle 7 Definition und Grundbegriffe nach Petermann und Schmidt (2006)</i>	24
<i>Tabelle 8 Empirisch überprüfte Schutzfaktoren (Bengel et al., 2009)</i>	26
<i>Tabelle 9 Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 1</i>	55
<i>Tabelle 10 Einzelne Items der Therapeutin Nr. 1</i>	55
<i>Tabelle 11 Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 2</i>	56
<i>Tabelle 12 Einzelne Items der Therapeutin Nr. 2</i>	56
<i>Tabelle 13 Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeut Nr. 3</i>	57
<i>Tabelle 14 Einzelne Items der Therapeut Nr. 3</i>	57
<i>Tabelle 15 Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 4</i>	58
<i>Tabelle 16 Einzelne Items der Therapeutin Nr. 4</i>	58
<i>Tabelle 17 Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeutin Nr. 5</i>	59
<i>Tabelle 18 Einzelne Items der Therapeutin Nr. 5</i>	59
<i>Tabelle 19 Mittelwerte der Schutzfaktoren Therapeut Nr. 6</i>	60
<i>Tabelle 20 Einzelne Items der Therapeut Nr. 6</i>	60
<i>Tabelle 21 Auswertung Schutzfaktoren</i>	85

VIII Anhang

A. Interviewleitfaden

Einleitung: Ressourcen & Therapie & Adoleszenz

In der DBT Therapie wird bei der Beziehungsgestaltung grossen Wert darauf gelegt eine Balance zwischen Unterstützung und wohlwollend fordernder Haltung gegenüber dem Patienten. Dabei soll die Therapierende optimistisch und ressourcenorientiert arbeiten. Mit dieser Arbeit soll untersucht werden, wie Therapierende die Ressourcen erfassen und wie sie die Ressourcen in der Therapie einsetzen/berücksichtigen. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, ob es Situationen gibt, bei denen die Ressourcenorientierung kontraindiziert ist. Es werden dabei Therapeuten, die mit Adoleszenten arbeiten befragt.

Interviewfragen

Mit welchem Klientel arbeiten Sie und mit welchen nicht? (Alter, Störungsbilder, etc?)

Arbeiten Sie auch mit der Familie der Klienten? Warum ja/nein?

Welche therapeutischen Ausbildungen haben Sie gemacht?

Was sind für Sie persönlich wichtige therapeutische Grundsätze?

Was verstehen Sie unter Ressourcen?

Was verstehen Sie unter Schutzfaktoren?

Was verstehen Sie unter ressourcenorientiertem Arbeiten?

Gibt es im therapeutischen Prozess Phasen oder Situationen, in denen Sie die ressourcenorientiertes Arbeiten als kontraindiziert ansehen?

Gibt es aus Ihrer Perspektive Ressourcen die besonders relevant für die Therapie sind? Welches sind aus ihrer Sicht die wichtigsten Ressourcen eines Patienten? Wann ja, wann nein?

Gibt es bestimmte Methoden, mit denen Sie Ressourcen aktivieren? (Beispiele)

Wie unterstützen Sie den Patienten beim Aufbau von Ressourcen?

Wie gehen Sie bei der Diagnostik von Ressourcen vor?

Gibt es Unterschiede, wie sie im einzeltherapeutischen Setting mit Ressourcen umgehen im Gegensatz zum Umgang mit Ressourcen in der Skillsgruppe?

Auf was achten Sie besonders bei der Leitung von Skillsgruppen in Bezug auf Ressourcen?

Auf was achten Sie besonders in der Einzeltherapie

(Wenn Familientherapie) auf was achten Sie besonders bei der Arbeit mit Angehörigen?

Welche Ressourcen seitens des Therapeuten sind besonders wichtig bei der Arbeit?

Gibt es bestimmte Ressourcen, die sie je nach Alter der Jugendlichen anders berücksichtigen?
Denken Sie z.B. an eine 14 jährige Patientin im Vergleich zu einer 18 jährige Patientin.

Unterscheidet sich die Therapie bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu denen ohne Migrationshintergrund

Gibt es Fragen, die ich Ihnen noch nicht gestellt habe, die für Sie wichtig sind?

Ich gebe Ihnen nun Karten mit Ressourcen, die in der Forschung diskutiert werden. Q Sort

B. Q-Sort

Beispiel einer Normalverteilung (Nr. 3)

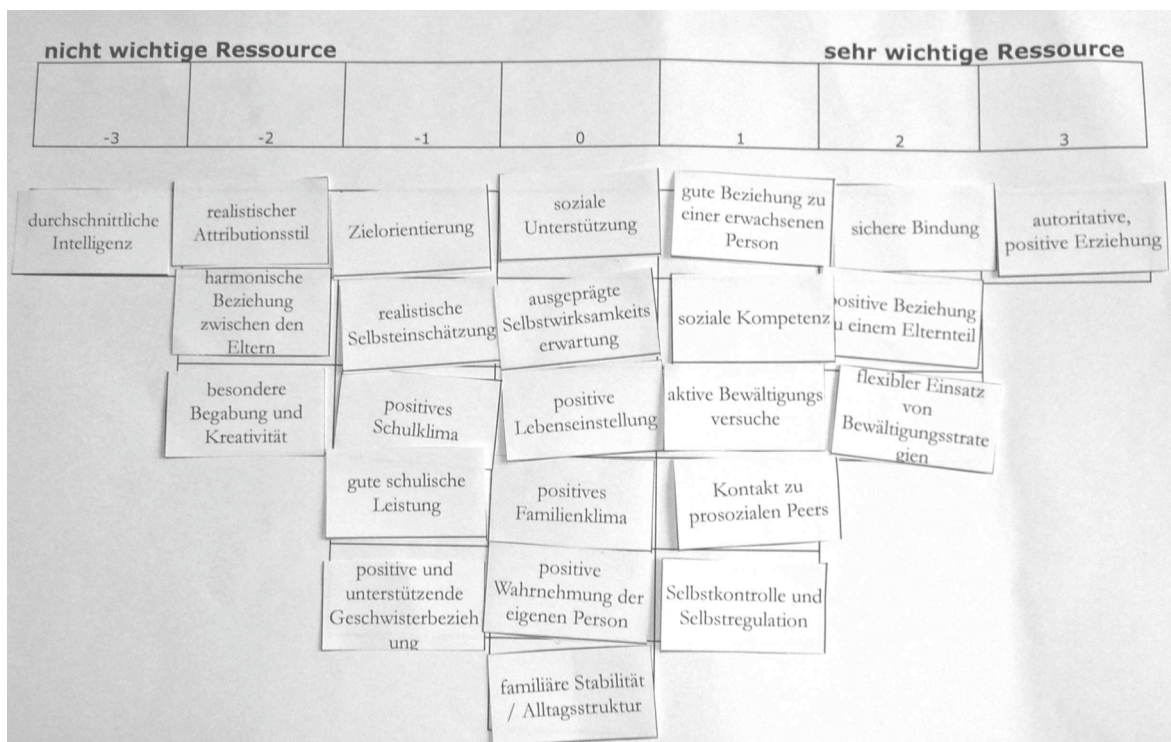


Tabelle 21
Auswertung Schutzfaktoren

Schutzfaktor	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6	Mittelwert
aktive Bewältigungsversuche	-1	1	0	0	-1	1	0.00
<i>ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung</i>	2	0	1	2	0	2	1.17
besondere Begabung und Kreativität	-3	-2	0	-3	2	1	-0.83
<i>durchschnittliche Intelligenz</i>	2	-3	-2	-1	-2	-2	-1.33
<i>flexibler Einsatz von Bewältigungsstrategien</i>	1	2	1	3	1	0	1.33
<i>gute schulische Leistung</i>	-2	-1	-3	0	0	-2	-1.33
positive Lebenseinstellung	-1	0	2	0	1	1	0.50
positive Wahrnehmung der eigenen Person	1	0	1	1	1	0	0.67
realistische Selbsteinschätzung	-1	-1	0	1	0	1	0.00
realistischer Attributionsstil	2	-2	1	0	0	1	0.33
<i>Selbstkontrolle und Selbstregulation</i>	0	1	2	0	2	2	1.17
soziale Kompetenz	0	1	1	1	1	2	1.00
Zielorientierung	-1	-1	-1	-1	0	0	-0.67
autoritative, positive Erziehung	1	3	-1	2	-2	-3	0.00
familiäre Stabilität / Alltagsstruktur	0	0	3	-1	1	-1	0.33
<i>harmonische Beziehung zwischen den Eltern</i>	0	-2	-2	-2	-3	0	-1.50
positive Beziehung zu einem Elternteil	-2	2	-1	-2	-2	-1	-1.00
positive und unterstützende Geschwisterbeziehung	0	-1	-2	-1	-1	-1	-1.00
positives Familienklima	1	0	-1	2	-1	0	0.17
<i>sichere Bindung</i>	3	2	2	1	3	3	2.33
gute Beziehung zu einer erwachsenen Person	0	1	0	-2	0	-1	-0.33
Kontakt zu prosozialen Peers	1	1	0	1	-1	-1	0.17
<i>positives Schulklima</i>	-2	-1	-1	0	-1	-2	-1.17
soziale Unterstützung	-1	0	0	-1	2	0	0.00
Mittelwert der Probanden	0	0	0	0	0	0	

C. Kategorisierte Zusammenfassung

Abkürzungen:

Nr. Nummer des Therapierenden

S. Seitenzahl im Transkript

Abkürzung	Unterkategorie
A Störungsbilder	A1 Komorbide Störungen
A Störungsbilder	A2 weitere Störungen
A Störungsbilder	A3 Grundvoraussetzungen
A Störungsbilder	A4 kein DBT
B Zentrale Aspekte der DBT	B1 Ressourcenorientierung oder Struktur
B Zentrale Aspekte der DBT	B2 Beziehungsgestaltung
B Zentrale Aspekte der DBT	B3 Jazz (Methoden)
C Entwicklungsaspekte in der Therapie	C1 Reife und Ablösung
C Entwicklungsaspekte in der Therapie	C2 Beziehungsaufbau

- C Entwicklungsaspekte in der Therapie
 C Entwicklungsaspekte in der Therapie
 C Entwicklungsaspekte in der Therapie
 D Ambulant und Stationär
 D Ambulant und Stationär
 E Therapiephasen
 E Therapiephasen
 F DBT-A
 F DBT-A
 G Skillsgruppe
 G Skillsgruppe
 G Skillsgruppe
 G Skillsgruppe
 G Skillsgruppe
 H Einzeltherapie
 H Einzeltherapie
 I Familie und Angehörige
 I Familie und Angehörige
 I Familie und Angehörige
 J Migrationshintergrund
 J Migrationshintergrund
 K Kontraindikation
 K Kontraindikation
 K Kontraindikation
 K Kontraindikation
 L Ressourcen grundsätzlich
 L Ressourcen grundsätzlich
 L Ressourcen grundsätzlich
 M Ressourcen Patient
 M Ressourcen Patient
 N Ressourcen des Therapeuten
 N Ressourcen des Therapeuten
 N Ressourcen des Therapeuten
 O Ressourcenorientiertes Arbeiten
 O Ressourcenorientiertes Arbeiten
 O Ressourcenorientiertes Arbeiten
 O Ressourcenorientiertes Arbeiten
 O Ressourcenorientiertes Arbeiten
 O Ressourcenorientiertes Arbeiten
 P Schutzfaktoren
 P Schutzfaktoren
- C3 Ressourcen in der Entwicklung
 C4 Adolescent oder Erwachsenen (Abgrenzung)
 C5 Ziele und Visionen
 D1 Stationäre Behandlung
 D2 Ambulante Behandlung
 E1 Phase 1
 E2 Phase 2
 F1 miderjährige Adoleszente
 F2 volljährige Adoleszente
 G1 Definition
 G2 Gruppeneffekte
 G3 auf was achten Therapierende
 G4 das gefällt Patienten oder nicht
 G5 Psychoedukation
 H1 A & O
 H2 Ressourcenorientierung in der Einzeltherapie
 I1 Familie einbeziehen?
 I2 DBT in Familiengesprächen
 I3 Inhalte der Familiengespräche
 J1 Unterschied Ja
 J2 Unterschied Nein
 K1 Allgemein
 K2 Krisen
 K3 Kommunikation
 K4 Team
 L1 Definition
 L2 Umfeld
 L3 gesunder Kern
 M1 Personale Ressourcen
 M2 soziale Kompetenz & Beziehung
 N1 Ressourcen in der Therapie
 N2 Team
 N3 live-work-balance
 O1 Diagnostik
 O2 Perspektive (kehrseite der Medallie)
 O3 Richtiges Mass
 O4 Bewusstsein von Ressourcen
 O5 Würdigen, Fragen, Anknüpfen
 O6 weitere Methoden
 P1 Definition
 P2 Ankerbeispiele Q-Sort

Alter der Jugendlichen, Setting, Therapieform

Nr.	Ambulant	Stationär	14-18	Jünger	Ältere
1	Nein	Ja	DBT	-	Früher DBT
2	Ja	nein	DBT	Kein DBT	-
3	Ja	Früher	Supervisor selten 17j.	-	DBT
4	Früher	Ja	DBT	-	-
5	Ja	Nein	-	-	DBT
6	Nein	Ja	18	-	DBT & Schematherapie

Alter und Unterschied in der Behandlung

Nr. Code	Unterschiede in der Behandlung aufgrund der Entwicklungsphasen	S.
1	Der Ablöseprozess vom Elternhaus, der zwischen 15 und 16 stattfindet, soll gefördert werden (im Sinne einer Konfrontation mit der Realität)	13
C1	Je jünger die Patienten, desto wichtiger die Familie	13
C1	Ältere Jugendliche sollen besonders in ihrer Autonomie gefördert werden	14
C1	Bei jüngeren Jugendlichen soll mehr auf Schutz gearbeitet werden und die Eltern ermächtigt werden, wie dies im rechtlichen Bereich auch getan wird.	16
C5	Ziele von Jugendlichen sind zeitlich kurzfristiger zu setzen, als bei Erwachsenen.	16
C5	Ziele von Jugendlichen sind aus dem Hier und Jetzt abzuleiten, damit eine ausreichende Veränderungsmotivation entstehen kann.	16
2	Das Aufarbeiten der Vergangenheit findet bei Jugendlichen noch nicht statt.	7
C4	Dies geschieht erst im Erwachsenenalter	
C1	Jüngere Jugendliche haben eher Mühe die Skillsgruppenregel Keine Kommunikation über SVV und Suizidgedanken nachzuvollziehen und zu akzeptieren	11
G2	Jüngere Jugendliche definieren ihre Identität auch ein Stück weit über ihre Probleme	11
C1	Bei 14-jährigen ist die Familie noch viel wichtiger	
C1	14-jährige sind kognitiv noch weniger weit entwickelt als 18jährige.	14
C1	Für 18-jährige ist die Familie weniger wichtig, weil sie oft in Institutionen wohnen	14
C1	Bei 18-jährigen ist die Autonomie wichtiger als die Familie	14
		15
3	Bei jungen Erwachsenen ist der Einfluss der Eltern grösser und deshalb therapierelevant.	3
C4	Die Lebenserfahrung ist bei Erwachsenen eine grosse Ressource	18
C3	Bei Jugendlichen ist die Ressource, dass sie noch viele Chancen haben, berufliche, persönliche und soziale Möglichkeiten wahrzunehmen.	18
C1	Bei nicht volljährigen Patienten ist der Fokus stärker auf der Familie, weil deren Einfluss stärker ist. Die Patienten können gar nicht so selbst bestimmt handeln.	19
4	Die Jugendlichen wünschen von den Therapeutinnen, dass diese klare Haltung und Stellung beziehen. So entsteht eine konstruktive Beziehung.	4
C2	Je jünger die Patienten, desto wichtiger die Familie	4
C1	Je jünger die Patienten, desto wichtiger die Familie	4
G3	In der Skillsgruppe brauchen Jugendliche viel Anleitung durch die Trainer, weil sie sich dies von der Schule her eher gewöhnt sind und noch wenig Erfahrung mit selbst organisierenden Gruppen haben.	12
C3	Die Ressourcen verändern sich mit dem Alter, aber die Obertitel z.B. „tragfähige Beziehung“, bleiben. Inhaltlich sind es bei jüngeren eher die Eltern, bei älteren Jugendlichen auch die Partner.	18
5	Es gibt keinen Unterschied, wie die Patienten mit den von der Therapeutin gesetzten Grenzen umgehen	4
C2	Je jünger die Patienten, desto wichtiger die Familie	
C1	Je jünger die Patienten, desto wichtiger die Familie	
C4	Erwachsene haben es nicht nötig gegen die Skillsgruppe zu rebellieren und wollen profitieren	8
C5	Junge Erwachsene probieren mehr aus und wechseln rascher	14
C5	Junge Erwachsene sind mehr suchend	14
C5	Es stehen jungen Erwachsenen mehr Optionen zur Verfügung (sozial, beruflich, persönlich)	14
6	Adoleszenz wird nicht nach Alter, sondern nach der inneren Adoleszenz eingestuft.	1
C1		

C1	Je jünger die Patienten, desto wichtiger die Familie	1
C3	Zwischen 18 und 25 ist die Fähigkeit Visionen zu entwickeln sehr wichtig.	17
C3	Zwischen 30 und 50 ist die Fähigkeit zur realistischen Umsetzung von Zielen wichtig.	17

Ambulant versus stationär

Nr. Code	Unterschiede in der ambulanten und stationären Behandlung	S.
1 C4	Die ambulante Skillsgruppe mit jungen Erwachsenen und Erwachsenen ist manualgeleiteter und strukturierter als die stationäre Skillsgruppe mit Jugendlichen	14
4 D1	Im stationären Rahmen muss man als Therapeutin Farbe bekennen und dem Patienten aufzeigen, welches Verhalten, welche Wünsche im stationären Rahmen möglich sind.	3
D1	Die Beziehungsgestaltung wächst auch durch Reibung, die im stationären Rahmen rascher entsteht.	4
D1	Werden Haltungen und Anliegen interdisziplinär entschieden und dem Jugendlichen gegenüber vertreten, fördert dies die Behandlung.	5
D1	Selbstorganisation als Ressource ist im stationären Rahmen weniger wichtig, weil das Millieuteam die Jugendlichen in diesem Punkt gut unterstützen kann	6
5 D2	Ambulante Patienten sind hoch motiviert, weil der Leidensdruck gross ist, aber eine wirkliche Veränderung ist meistens schwierig.	8
6 D1	Eine stationäre Behandlung ist bei chronischen Konfliktsituation mit den Eltern und Ablösungsproblemen gerechtfertigt.	4

Ausbildung der Therapierenden

Nr.	Ausbildung der Therapierenden	S.
1	Verhaltenstherapie DBT (alles ausser ambulante Behandlung)	2 2
2	Ausbildung zur Sozialpädagogik Systemische Paar- und Familientherapie Analytische Weiterbildung Kindertherapie Verhaltenstherapie DBT (Basis I & II, Skillsgruppe, Emotionsregulation)	1
3	Verhaltenstherapie DBT (Abschluss parallel zur Therapieausbildung)	2
4	Verhaltenstherapie spezifisch für Kinder- und Jugendliche DBT (Basis I & II)	1
5	Gestalttherapie DBT Reedemann Traumatherapie (1 Jahr) Transaktionsanalyse (1 Jahr)	1
6	Psychodynamische Therapieausbildung Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausbildung DBT Schematherapie	5

DBT-A

Nr. Code	DBT-A – Einbezug der Eltern in die Skillsgruppe	S.
1 F1	Kein klassisches DBT-A.	
2 F1	Kein klassisches DBT-A. Für die Eltern werden zwei Elternabende am Anfang und Ende der Skillsgruppe durchgeführt. Aus pragmatischen Gründen wurden die Eltern nicht in die Skillsgruppe einbezogen.	3
3 F1	Kein klassisches DBT-A, weil Arbeit mit jungen Erwachsenen und Erwachsenen	
4 F1	Kein klassisches DBT-A. Früher im KJPD wurden für die Eltern zwei Elternabende am Anfang und Ende der Skillsgruppe durchgeführt.	16
5 F1	Kein klassisches DBT-A. DBT Workshops für Angehörige haben sich sehr bewährt, sind aber teuer und nicht über die Krankenkasse abrechenbar, deshalb werden sie nicht mehr angeboten	1 12 12
F1	Die Eltern haben vom Sharing-Effekt profitiert	12
F1	Die Patienten waren erfreut, dass sich die Angehörigen mit der Krankheit auseinandersetzen	12
6 F1	Kein klassisches DBT-A.	

Definition Ressourcen

Nr. Code	Ressourcen & DBT	S.
1 L1	Ressourcen ist alles, was Patienten nicht schadet und dysfunktionales Verhalten nicht chronifiziert.	4
L1	Ressourcen sind Fähigkeiten (aktuell verfügbar), die dem Patienten helfen wirksam Probleme zu lösen.	4
L1	Ressourcen ist alles was hilft und nicht schadet (Persönlichkeit, Humor, Lebendigkeit, Impulsivität im positiven Sinn).	4
L2	Ressourcen werden durch die Umgebung des Patienten beeinflusst. Es kann sein, dass Patienten, die im stationären Bereich wenige Ressourcen aktivieren können, kurze Zeit später im ambulanten Bereich auf viele Ressourcen zugreifen können.	14/15
2 B1	DBT scheint gar nicht sehr auf Ressourcen orientiert.	5
O5	Ressourcen bedeutet beim Patienten dort ansetzen, wo Erfahrungen da sind und bei Dingen die schon mal funktioniert haben	5
3 L1	Ressourcen sind die Fähigkeiten, Interessen, Ziele, Erfahrungen und Erziehung, die der Patient hat.	4
L1	Ressourcen ist alles, was dem Patienten hilft Problem selbständig zu lösen.	4
L1	Ressourcen ist alles, was funktional ist.	4
6	Ressourcen sind Fähigkeiten, Skills, Techniken und Fertigkeiten in praktischer und imaginativer, phantasievoller Art.	5
L1	Ressourcen sind Fähigkeiten sich selbst zu beruhigen.	5
L3	Ressourcen können eingesetzt werden, um funktionales Verhalten zu zeigen und das Selbstwertgefühl zu steigern (z.B. Hobby).	5
L1	Ressourcen sind Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch mentaler Art, die den Selbstwert und funktionales Verhalten fördern.	5
L3	Ressource ist der gesunde Kern einer Person (wise Mind), der jedoch empirisch wenig überprüft ist.	6

Definition Schutzfaktoren

Nr. Code	Schutzfaktoren	S.
1 P1	Schutzfaktoren sind die Bereiche der Person, die nicht vulnerabel, die stabil und stark sind.	4
P1	Schutzfaktoren sind stabiler als Ressourcen	4
P1	Schutzfaktoren finden sich auch im Umfeld (Soziale Faktoren, berufliche Strukturen, Familie, Freunde) und auf sie kann zugegriffen werden.	4
2 P1	Ein individueller Schutzfaktor kann Humor sein.	6
M1	Möglichkeit ein Stück Distanz einzunehmen	6
3	Praktisch unterscheiden sich Schutzfaktoren in der Arbeit nicht von Ressourcen.	5
6 P1	Das Schutzfaktorenkonzept spielt eine geringe Rolle.	7
P1	Auf die Beziehung der Geschwister, als Schutzfaktor wird geachtet.	7

Einzeltherapie

Nr. code	Einzeltherapie	S.
2H1	Das A&O ist eine Beziehung, die nicht abreisst, wenn Veränderungen anstehen.	12
H2	Das Tempo etwas den Jugendlichen überlassen, aber schon etwas forcieren	12
4	Wenn eine gute Intelligenz vorhanden ist, können Probleme und Ressourcen auch auf einer Metaebene besprochen werden.	6
H1	Nur bei ausreichender Intelligenz sind viele Therapieformen erst möglich.	6
A2	In der täglichen Arbeit ist man rasch bei den Problemen, zu deren Lösung es viele Ressourcen benötigt.	7
O3		
5	Das Validieren und damit eine gute Stimmung zu schaffen, ist ein wichtiges Element der Einzeltherapie	10
H1	Bei langen Therapien liegt der Fokus weniger auf der guten Stimmung, als auf der Balance zwischen fordern und wohlwollen.	10
H1	Durch leichtes Verunsichern wird eine Stagnation im Prozess verhindert. Dabei ist es auch legitim mal einfach eine nette Stunde erleben zu dürfen.	10
6	Situationen, in denen die Ressourcen nicht angewendet werden konnten, werden mit Kettenanalyse angeschaut.	12
H2		

Familie – DBT

Nr. code	Familie – DBT im Einzelsetting	S.
1	DBT Erklärungsmodelle werden zur Psychoedukation angewendet (z.B. Idealisierung, Idealisierung – Entwertung, schwarz-weiß Denken, Selbstverletzendes Verhalten)	2
I2		/9
I2	Selten werden Eltern im Umgang mit den Störungen nach DBT Prinzipien ge-coacht, weil die Zeit dazu fehlt.	2 /
P2		9
I2	Den Eltern nahe bringen, dass das Verhalten ihrer Kinder eine Funktion und einen Sinn hat und dass nur, wenn die Funktion verstanden wird, sich das Verhalten verändern kann.	9
I1	Regelmässige Familiengespräche	
2	Arbeitet mehr mit den Jugendlichen als mit der Familie. Die Familie wird bei Jugendlichen, die in den Familien leben vermehrt in die Therapie einbezogen	3
I1		
I2	Bei Familiengesprächen steht der systemische Ansatz im Zentrum	12
I3	Themen sind Konflikte und deren Lösungen	13

I2	Psychoedukation der Eltern kann helfen Konflikte zu deeskalieren	13
3	Arbeitet punktuell mit Familienangehörigen, wenn vom Patienten gewünscht	2
I1	Die Anzahl Sitzungen liegt zwischen 1-3. 95% sind einzeltherapeutische Sitzungen.	3
I3	Bei Partnerschaften kann auch eine Paartherapie in die DBT eingeschoben werden.	3
I1	Das Wohl der Patientin steht bei Familiengesprächen im Vordergrund.	15
I3	Paar- und Familiengespräche werden mit dem Patienten vorbesprochen, damit er erkennt, was er will und was es ihm bringt.	16
O6		
I3	Inhalte sind oft Konfliktgespräche, Psychoedukation der Angehörigen	16
I1	Weil die Verantwortlichkeit bei Jugendlichen mehr bei den Eltern liegt, sind die Eltern mehr im Zentrum.	16
C1		
I2	Damit der Patient nicht das Gefühl bekommt vom Therapeuten im Stich gelassen zu werden, werden Gespräche mit Angehörigen mit zwei Therapeuten geführt. Der Therapeut ist für die Validierung seines Patienten zuständig und die zugezogene Therapeutin ist für die Validierung des Angehörigen zuständig.	17
4	Mit der Familie wird wenig DBT orientiert gearbeitet, sondern mehr verhaltenstherapeutisch.	15
I2		
I3	Bei entsprechendem Störungsbild wird das bio-psycho-soziale Modell zur Psychoedukation eingesetzt.	15
I3	Die Eltern müssen wissen, welche Skills die Jugendlichen haben und wie sie z.B. mit selbstverletzendem Verhalten umgehen sollen, damit sie dysfunktionales Verhalten nicht noch verstärken.	16
I1	Regelmässige Familiengespräche	
5	Arbeitet punktuell mit Familienangehörigen, wenn vom Patienten gewünscht	1
I1	Bei Partnerschaften kann auch eine Paartherapie in die DBT eingeschoben werden.	11
I1	DBT steht in Gesprächen mit Angehörigen nicht im Zentrum	11
I1P2	Das Wohl der Patientin steht bei Familiengesprächen im Vordergrund.	11
I3	Inhalte sind oft Konfliktgespräche, Psychoedukation der Angehörigen, die psychische Belastung der Angehörigen	11
I3	Damit der Patient nicht das Gefühl bekommt vom Therapeuten im Stich gelassen zu werden, werden Gespräche mit Angehörigen mit zwei Therapeuten geführt. Der Therapeut ist für die Validierung seines Patienten zuständig und die zugezogene Therapeutin ist für die Validierung des Angehörigen zuständig.	11
O6		
6 C1	Viele Patienten leben in chronischen Konfliktsituationen, durch ausgeprägte Bindungsprobleme gelingt die Ablösung von den Eltern nicht (ca. 2/3 der Patienten).	3
D1		
I1	Es wird immer mit den Patienten besprochen, wie sinnvoll es ist, die Eltern in die Therapie einzubeziehen.,	4
I1	Kehrt die Patientin nicht mehr ins Elternhaus zurück, ist wird doch mindestens ein Gespräch mit den Eltern geführt. Es gibt Patienten, die es für sinnvoll erachten, die Kommunikation mit den Eltern für Monate zu unterbrechen. Diesem Wunsch wird besonders bei Patienten, die durch Eltern traumatisiert wurden nachgegangen.	4
I1	Einige Patienten und ihre Familien wünschen intensiven Austausch.	12
I1	Kehrt die Patientin ins Elternhaus zurück und wünscht kein Einbezug der Eltern, zeigen die Therapeuten auf, dass ein Einbezug für einen nachhaltigen Erfolg wichtig ist.	12
I3	Die einmaligen Familiengespräche haben ein bisschen einen Vermeidungscharakter. Es wird sehr viel gefragt.	12

I3 O6	Familiengespräche werden mit den Patienten vorbesprochen und sie gecoacht, das Gespräch selbst zu führen. Der Therapeut ist das Backup des Patienten und bringt sich nur ein, wenn der Patient nicht weiterkommt.	13
----------	---	----

Gruppe versus Einzeltherapie

Nr. code	Gruppe	Einzeltherapie	S.
1 G3 G2	Skillsgruppe bleibt strukturiert am vorgegebenen Thema. Soziales Lernen der Patienten von Mitpatienten (Gemeinsamkeiten und Gegensätze der Einzelnen herausarbeiten)	Konkret auf den Patienten und seine Ressourcen eingehen Mehr Raum zum Suchen von Ressourcen haben	9 H1 9 H2
2 G1 G2 G3	Skillsgruppe ist mehr psychoedukativ, Vermittlung von Theorie Lernen und Einüben von neuen Fertigkeiten Die Regel, dass kein Austausch über Selbstverletzungen oder Suizidgedanken stattfinden soll, muss immer wieder gesagt werden	Es geht viel mehr um die aktuelle Situation und dafür Lösungen zu finden Konkrete Anwendung der erlernten Fähigkeiten	10 H2 10 11
3 G1 G1 G1	Skillsgruppe beinhaltet das Lernen von Strategien, die als Ressourcen eingesetzt werden können. Sie ist ein Trainingscenter. Fokus auf Ressourcen ist zentraler als in der Einzeltherapie Skillsgruppe ist lösungsorientiert.	Es kann auch mal Zeit fürs Trauern eingesetzt werden. Die Strategien, wie mit Ressourcen umgegangen wird, ist in der Einzelwie in der Skillsgruppe gleich Psychoedukation wird mehr im Einzelsetting gemacht, um die Verstehbarkeit des Verhaltens zu erhöhen.	14/15 H2 14/15 H2 15 15
4 G3 G3 G2 G1	Darauf achten, dass sich alle im Rahmen ihrer Möglichkeiten beteiligen können. Ein motivierendes Klima schaffen Störungen frühzeitig aufgreifen, sonst kann es sehr destruktiv werden Positive Gruppendynamik fördern und einen Austausch unter den Jugendlichen im Sinne von sozialem Lernen ermöglichen. Die Skillsgruppe dient als Übungsfeld für die Fertigkeiten, die auf der Handlungsebene	Wenn jemand nicht in die Skillsgruppe geht, werden die Elemente der Skillsgruppe in der Einzeltherapie erarbeitet. Im Einzelsetting werden die einzelnen Probleme und Ressourcen genauer und individueller bearbeitet. In der Einzeltherapie werden die Fertigkeiten angewendet und weiter geübt	11 H2 12 12/13 H2 H2 13
5 G2	Der Haupteffekt in der Skillsgruppe liegt im Sharing-Effekt		7
6 G2	Die Gruppe ist eine wichtige Ressource der Patienten. Durch das Shairng lernen sie sehr gut.	In der Einzeltherapie wird mehr der Umgang mit den Ressourcen thematisiert.	12 H2

Kontraindiziert

Nr. code	Kontraindiziert	S.
1 A4	Kein DBT bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	1
K2	Ressourcen sollen nicht aktiviert werden, wenn der Patient mitteilt, dass er sich gerade nicht verändern kann und nach Schutz und Hilfe bittet. Dabei geht es darum mit dem Patienten die Situation auszuhalten und den notwendigen Schutz zu garantieren.	6
K4	Wenn nicht das ganze Team DBT versteht und anwenden will	12
2K1	Man kann nie rein ressourcenorientiert arbeiten.	7
K1	Zu Beginn der Therapie aufgreifen, was im Hier und Jetzt ist, eher alltagsbezogene Themen, die meist problemorientiert sind.	7
K1	Bei der Anmeldung geht es zuerst mal um alles, was nicht funktioniert	7
K2	In der zweiten Phase geht das ressourcenorientierte Hand in Hand mit dem konfrontativen Arbeiten.	9
K1	Man kann nicht sagen, jetzt arbeite ich ressourcenorientiert oder nicht. Von dem her ist es nie kontraindiziert, wenn man mit Aktuellem arbeitet.	8
3K1	Nicht Ressourcen orientiert zu arbeiten ist ein bisschen widersinnig	7
K2	In z.B. depressiven Phasen ist es sehr schwierig ressourcenorientiert zu sein, weil die Sicht der Patienten wie vernagelt ist	8
K3	Wie mit den Ressourcen umgegangen wird, ist die Frage. Dabei muss der verbale Schlüssel gefunden werden, damit der Patient in der Lage ist, seine Ressourcen wahrzunehmen.	8
K3	Lob löst bei vielen Borderline Patienten Scham aus und die benannte Ressource wird so nicht verstärkt.	8
K3	Es gibt kein Beispiel, in dem es sinnvoll wäre eine Ressource nicht zu benennen.	8
K3	Ressourcen aufzuzählen, wenn der Patient mitteilt, dass gerade nichts mehr geht,	8
K2	wäre fatal.	9
4 A4	Kein DBT bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	1
K1	Es gibt grundsätzlich keine Situationen in denen die Ressourcen-Orientierung kontraindiziert ist.	8
5	Situationen in denen es dem Patienten sehr schlecht geht, Ressourcen anzusprechen ist nicht angemessen und geht an dem vorbei was gerade wichtig ist. Besser ist es dem Patient zu spiegeln, dass die Situation wirklich beschissen ist.	5
K3	Schönreden eines Problems hilft nicht und wäre eine Überstrapazierung und verlogen.	5
K2		5
6K1	Es gibt keine Situation in denen die Ressourcen-Orientierung kontraindiziert ist.	9
K1	Auch bei der Medikamentensprechstunde ist eine ressourcenorientierte Sicht angebracht.	9

Kumulation

Nr. code	Kumulation	S.
2	Patienten haben im Vergleich mit normal entwickelten Jugendlichen nicht so viele Ressourcen	5
M1		

Migration

Nr. code	Faktor Migrationshintergrund in der Therapie	S.
2 J1	Man muss expliziter sein.	15
J1	Häufiger Dinge nochmals erklären	15
J1	Bei einigen gelten aus kulturellen Gründen andere Wahrheiten gegenüber den Eltern, als z.B. dem schulischen Umfeld.	15
3	Es gibt grundsätzlich keinen systematisch erkennbaren Unterschied zwischen	20
J2	Patienten mit und ohne Migrationshintergrund	
J2	In der Therapie werden individuelle Probleme rausgeplückt und bearbeitet	20
4	Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund muss mehr auf die Ressourcen und	19
J1	Belastungen der Familie geachtet werden.	
J1	Es ist zu überprüfen, ob noch weitere Helfer, z.B. Vormundschaftsbehörde als Ressource aktiviert werden sollen.	19
J1	Eine gute Vernetzung zwischen den Helfenden ist wichtig.	19
5	Hat keine Patienten mit Migrationshintergrund	15
6	Haben wenig Patienten mit Migrationshintergrund, aber ca. 10% Patienten mit	17
J1	Adoptionshintergrund, vorwiegend aus dem asiatischen Raum.	
J1	Wunsch nach der Suche der biologischen Eltern ist ein Therapiethema	18
J1	Der Umgang mit den verschiedenen Kulturkreisen und den inneren Anteilen davon wird besprochen. Dabei sind viele Ambivalenzen auszuhalten.	18

Praxis und Theorie

Nr. code	Praxis und Theorie	Seite
2 B3	Systemische Therapie und DBT lässt sich gut kombinieren (in Familiengesprächen)	13
4	Während der Zeit der DBT Weiterbildung (ca. 2 Jahre) wurde DBT mehr angewendet, als aktuell und Patienten mit entsprechenden Störungsbilder behandelt.	8
K4	Die Arbeitsbedingungen lassen ein systematisches Arbeiten nach DBT derzeit nicht zu.	9
B3	Die DBT verwendet viele Elemente anderer Therapierichtungen. Deshalb ist es schwierig zu differenzieren, wo man DBT macht und wo nicht.	15
5 E1	In der ersten Phase steht bei schwer kranken Borderline Patienten die DBT im Vordergrund. In der zweiten Phase bietet die Gestalttherapie und Therapie nach Reedemann gute Konzepte	1
E2	Die DBT hat für die zweite Phase der Therapie nur wenige Konzepte	2
B1	DBT ist weniger ressourcenorientiert als besonders hilfreich, weil sie Struktur gibt.	3
6 A1	DBT und Schematherapie werden angeboten. Patienten mit schweren Problemen auf der Verhaltensebene (SVV, rezidivierende Suizidalität, ausgeprägte	2
A2	Essstörung, Suchtprobleme), sowie Patienten mit ADHS und depressive Störungen werden bevorzugt ins DBT Programm aufgenommen, jedoch ist es	
A3	von den Wünschen und Neigungen der Patienten abhängig.	

Ressource des Therapeuten

Nr. code	Ressource des Therapeuten	Seite
1 N1	Geduld zu haben, nicht von Anfang an verändern zu wollen	7
N1	Anzuerkennen, was der Patient im Lauf seines Lebens geworden ist und was in ihm steckt	8
N2	Das Behandlungsteam muss nach den Grundprinzipien des DBT arbeiten und DBT geleitet kommunizieren.	12
2 N3	Teilzeit arbeiten	1, 13
N3	Das eigene Leben führen	13
N3	Die eigene Familie	13
N2	Mit Therapeuten zusammenarbeiten, die auch DBT Therapeuten sind.	13
	Supervision (DBT spezifisch: alle zwei Wochen, wenn die Skillsguppe läuft.	13
N2	In einem guten Team zu arbeiten	13
3	Darauf achten, dass nicht der Therapeut den Patienten „aufs hohe Ross“	9
N1	lobt und selbst keine Energie mehr hat.	
N1	Spontaneität und Flexibilität als positive Herausforderung erleben.	10
N1	Offenheit und die Möglichkeit sich für den Patienten spürbar und greifbar zu zeigen.	
N3	Fähigkeit ausserhalb der Therapiesitzungen nur sehr selten an die Arbeit zu denken. Sich abgrenzen zu können.	11
4	Vorhersehbarkeit im Sinne von klarer Kommunikation, wann die nächste	17
N1	Therapiestunde stattfindet	
N3	Teilzeit arbeiten	17
N1	Tiefes Verständnis, welche Konzepte und Einstellungen die Jugendlichen haben.	17
N3	eine gute Fähigkeit sich abzugrenzen, Freude und Familie	18
5	In der Therapie auch bei sich zu bleiben und merken, wenn es zu viel wird	13
N1	Dem Patienten mitteilen dürfen, wie es einem geht und was man braucht, auch wenn es mal nicht passend ist.	13
N3	Kontakte mit gesunden Menschen	13
N2	Austausch im Team (auch mal jammern dürfen)	13
N2	Supervision	13
6 N3	Den Wert, den man mit der Arbeit verbindet.	15
N3	Eine gute Live-Work-Balance.	15
N3	Einen Ausgleich zum Arbeiten zu haben z.B. Familie und Segeln.	15
N3	Eine gute Burnout-Profilaxe zu machen. Z.B. Achtsamkeits-Meditation.	15
N3	Freude an der Arbeit haben und gerne arbeiten gehen.	16
N1	Fähigkeit emotional resonant zu sein, verletzbar und berührbar zu bleiben.	16

Ressource Diagnostik

Nr. Code	Ressource Diagnostik	S.
1 o1	kein systematisches Vorgehen, Diagnostik im Laufe der Behandlung.	8
2 o1	kein systematisches Vorgehen, Diagnostik im Laufe der Behandlung.	
3 o1	kein systematisches Vorgehen, Diagnostik im Laufe der Behandlung.	14
	Stationär wurde durch Hausaufgaben die Ressourcen systematisch erfragt	14
	Dairycard als Instrument zur Ressourcendiagnostik verwenden	14
4 o1	kein systematisches Vorgehen, Diagnostik im Laufe der Behandlung.	7
	Intuitives Erfassen	7
5 o1	kein systematisches Vorgehen, Diagnostik im Laufe der Behandlung.	7

6 o1	Im Vorgespräch wird nach offensichtlichen Ressourcen, wie Hobbys (zukünftige, aktuelle und nicht mehr ausgeübte) gefragt. Zudem werden Fertigkeiten und Eigenschaften, die die Patienten selbst als positiv einschätzen, ihnen Sicherheit und Selbstwert geben, erfragt. Durch das Scheiben eines vorstrukturierten Lebenslauf werden viele Ressourcen erst sichtbar.	5/6 7 10
------	--	----------------

Ressourcenorientiertes Arbeiten ist

Nr.	Ressourcenorientiertes Arbeiten ist	S.
1	In jeder Situation, auch bei dysfunktionalen Ansätzen Fähigkeiten finden und diese herausarbeiten.	5
O2	Unterschiede aufzudecken und Funktionales, was in kleinen Schritten gelungen ist, aufzuzeigen	5
O2	Die Kehrseite der Medallie zu schauen	5
O5	Festzustellen, dass alles was ein Patient geworden ist, eine Funktion hat.	5
O5	Beschreiben des Verhaltens, Funktion, Sinn und Bedeutung des Verhaltens aufdecken und so einen Sinnhaftigkeit erzeugen.	6
O6	Den Patienten zu einer Bewegung zu bringen, wenn man in einer Situation stecken bleibt (auch wenn es nur das wütende Verlassen des Raumes ist)	7
2 o5	Dort anknüpfen, wo schon mal was funktioniert hat.	6
O6	Emotionale und kognitive Konstrukte mal in Frage stellen und damit einen neuen Fokus generieren und kognitive Umstrukturierung anregen.	6
O6	Achtsamkeit. Das Wahrgenommene als Ausgangsbasis für das Arbeiten zu nehmen.	7
O6	Lernen Emotionen auszuhalten und sich ihnen stellen	7
O6	Die DBT Konzepte sind für Jugendliche hilfreich, damit sie verstehen, was mit ihnen passiert.	10
3	Die Ressource mit ihren Vor- und Nachteilen anschauen und beurteilen, ob sie pathologisch genutzt wird, und das richtige Mass der Ressourcennutzung einüben.	5
O3	Oft sind positive Fähigkeiten ins Gegenteil verkehrt und dann geht es darum das richtige Mass und die richtige Richtung zu finden	6
O5	Berücksichtigen, was der Patient an Ressourcen mitbringt, diese wertschätzend sichtbar machen.	6
O3	Ressourcen, die noch nicht oder in zu geringem Mass da sind, werden entwickelt und gefördert.	6
O4	Bei Patienten mit einem tiefen Selbstwert ist bei der Ressourcen-Aktivierung oder Fokussierung darauf zu achten, dass die Art der Validierung passt. Bei zu viel Lob wird der Patient sich nicht verstanden fühlen.	9
O6	Selbstwirksamkeitserleben in der Therapie zu erzeugen	12
L1	Ressourcenorientierung ist, einen Prozess zu verbessern	12
B1	Ressourcen sollten im Verhältnis 51:49 zur Problemfokussierung stehen.	12
O5	4-5 Stunden nur über Probleme zu sprechen bringt nicht viel. Dann ist es angezeigt, über etwas ganz anderes zu sprechen (z.B. spezielles Interessengebiet des Patienten) und so zu irritieren und die Beziehung zum Patienten zu fördern.	13
O6		
4	Soziale Kontakte, wie die Mitgliedschaft in einem Sport- oder Musikverein, nach Möglichkeit die Teilnahme auch während des stationären Aufenthalts ermöglichen	7
O5		
O6	Durch das Verändern des Kontextes (z.B. Spaziergang, Besuch der Cafeteria) lassen sich die Ressourcen der Jugendlichen aktivieren und sichtbar machen.	9

O5	Über etwas ganz anderes als das Problemverhalten und aktuelles der Behandlung sprechen.	9
O6	Den Jugendlichen in der Gruppe beobachten und immer Rückmeldung von der Schule, Ergotherapie und Millieuteam berücksichtigen. So sind mehr Ressourcen erkennbar.	9
5	Sich darauf zu besinnen, was im Leben gut tut und dies zu achten und wiederzubeleben	2
O5		
O7	Alles was selbstwertsteigernd ist	2
O5	Die vorhandenen Möglichkeiten und das was früher funktioniert hat in die Therapie zu integrieren.	3
O2	Der Fokus liegt nicht nur auf dem Defizitären, sondern auf dem was gesund ist	4
O7	Nach Ressourcen fragen	7
6	Den Jugendlichen durch imaginative Technik den Zugang zu seinem gesunden Kern (wise Mind) zu ermöglichen	6
O6		
O6	Die Jugendlichen lernen die Hilfsfigur „Heldin des Alltags“ als korrektiv einzusetzen.	6
O6	Aus der Traumatherapie übernommene imaginative Methoden, die dem Jugendlichen helfen, seine „inneren Ratgeber“ und „inneren Helfer“ zu aktivieren.	6
O6	Über Rollenspiele, Expositionstraining die Stärken und Fähigkeiten reaktivieren und diese im Alltag integrieren.	8/10
O6	Die Patienten darauf vorbereiten, dass negative Emotionen bei Veränderungen auftreten können.	8
O7	Die Therapie so gestalten, dass der Patient immer wieder Erfolg hat und so sein Selbstwert aufbaut.	9
O4	Es ist immer zu prüfen, ob die Patienten Ressourcen haben oder sie nicht zeigen, aufgrund von Scham und Selbstwertproblemen. Oft haben sie die Erfahrung gemacht, dass sie entwertet werden, wenn sie sich emotional oder sozial expositionieren.	10
O6	In der Skillsgruppe lernen die Patienten durch das Modul Selbstwert die Akzeptanz ihrer Ressourcen. So können sie lernen Ressourcen auch einzusetzen. Meist geht es nicht darum Fähigkeiten aufzubauen, sondern ums Lernen mit dem Bewusstsein, dass sie diese Fähigkeiten haben leben zu können.	11
O4	Die bewussten Ressourcen werden gesteigert und verstärkt.	11
	Den Patienten gut auf ein Familiengespräch vorzubereiten und ihn es selber zu führen lassen. So erlebt der Patient Selbstwirksamkeit im familiären Kontext.	13/14

Skillsgruppe

Nr. code		S.
1 G2	Patienten profitieren sehr davon die Skillsgruppe mehrere Durchgänge zu durchlaufen, weil sie so den Inhalt eher aufnehmen können.	18
4 G4 G3	Achtsamkeit ist ein Thema, mit dem die meisten Jugendlichen wenig anfangen können und das Scham auslösen kann. Durch einen überzeugenden Umgang mit dem Thema durch die Therapeuten, können sie sich besser auf die Achtsamkeits-Übungen einlassen.	13
G4	Rollenspiele und Übungen zur sozialen Kompetenz finden grossen Anklang bei den Jugendlichen.	14
G4	Alle handlungspraktischen Übungen werden von den Jugendlichen gut aufgenommen.	14

G4	Das Medium Film oder Foto zur Überprüfung der eigenen Wirkung wird von den Jugendlichen gut akzeptiert.	14
5G4	Hausaufgaben, die positive Erfahrungen schaffen und in der nächsten Stunde ausgetauscht werden, sind hilfreich	7
G3		
G2	Das Sharing unter den Patienten regt mehr an Neues auszuprobieren, als seitens der Therapeutin vorgeschlagen.	7
G3	Die Validierung ist wichtiger als der Teachingteil in der Skillsgruppe	9
	Inhaltlich nehmen die Patienten weniger aus der Skillsgruppe auf, weil sie zu angespannt sind, aber sie nehmen die gute Stimmung und das entgegengebrachte Vertrauen auf.	9
G2	Patienten profitieren sehr davon die Skillsgruppe mehrere Durchgänge zu durchlaufen, weil sie so den Inhalt eher aufnehmen können.	9
	Die Dropout-Rate ist in der ambulanten Skillsgruppe relativ hoch.	9

Störungsbilder

Nr.	Ja (werden therapiert)	Ausschluss / non DBT
1 A2 A2 A2 A2 A2 A2	Externalisierende Störungen Störung des Sozialverhaltens Emotional Instabile Störungen Selten Zwangsstörungen Depressive Erkrankungen Adoleszentenkrisen	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis
2 A2 A1	Alle Störungsbilder - oft komplexe soziale Situationen	Selten reine Depressionen reine Essstörungen schizophrener Formenkreis (non DBT)
3 A2 A1 A1 A1 A1/2 A1/2	primär Persönlichkeitsstörungen (ca75%) mit oder ohne ADHS, davon 50% Borderline oder kombiniert PS mit Sucht Angststörungen Depressive Störungen	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (non DBT) Reine Sucht
4 A2 A2 A2 A2 A2	externalisierende Störungen Störung des Sozialverhaltens Emotional Instabile Störungen Selten Zwangsstörungen Depressive Erkrankungen Früher Essstörungen	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (non DBT)
5 A2 A2	Persönlichkeitsstörungen, primär Borderline-PS Alle anderen Störungsbilder	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (non DBT) Reine Sucht
6 A2 A2 A1 A1 A1/2	Hauptsächlich BLS Klasse B PS Klasse C 20-25% abhängig, ängstlich vermeidende, selbstunsichere (zurückhaltung in der Diagnose) PTBS (mit Komorb. ADHS) Komorbid oft ADHS Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge Eating Disorder) oft in Kombination mit	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (non DBT)

PS	
----	--

Therapiephasen

Nr.	Therapiephasen	S.
1 E1	In Phasen, die wichtige oder grosse Veränderung des Patienten beinhalten, können für sie nochmals hoch problematisch werden und die Ressourcen schwerer aktivierbar.	7
E2	Mit zunehmender Stabilisierung und verbesserter Struktur kann dem Patienten mehr Verantwortung übergeben werden und der Prozess transparenter gestaltet werden.	17
3 E1	In der ersten Phase (ersten Monaten) muss ein Vertrauensverhältnis geschaffen werden, sonst ist die Therapie meist wenig erfolgreich.	12
5 E2	Wenn die dysfunktionalen Verhaltensmuster aufgelöst sind, kommen erst die schwierigen Themen und es zeigt sich, warum dieses Verhalten überhaupt notwendig war.	11
6 E2	Borderline Patienten, die primär die Bearbeitung von emotionalen Leiden im Zentrum haben (Phase 2), werden eher ins Schematherapieprogramm aufgenommen.	2
E2	In der Phase 2 hat die DBT nichts zu anzubieten, wobei es neuerdings ein DBT Konzept für PTSD Patienten gibt, das selten eingesetzt wird.	3
E2	Eine Therapie kann sich über mehrere Aufenthalte verteilen. In dem ersten Aufenthalt durchläuft ein Patient die DBT und nach einer Pause von 3-6 Monaten erfolgt ein Wiedereintritt und eine Behandlung nach Schematherapie.	3

Wichtige Ressource

Nr. code	Wichtige Ressource	S.
1 M1	Kurzfristig ist auch dysfunktionales Verhalten eine Ressource, weil sie oft den Patienten vor Schlimmeren zu schützen scheint	5
2 M1	Dass die Jugendlichen es bis hierher geschafft haben und schon viel Negatives überlebt haben	5
M1	Interesse	5
M1	Therapiemotivation	5
M1	Humor, wenn es zur Person und Situation passt.	8
M2	Das Umfeld (kann aber auch Stressor sein)	10
M2	Familie (kann auch Risikofaktor sein)	14
3M1	Fähigkeit des Patienten ein Problem benennen können	7
M1	Offenheit	11
M1	Bereitschaft zu Vertrauen	11
M1	Bereitschaft sich auf Veränderungen einzulassen	11
M1	Selbstreflektion (nicht zu viel und nicht zu wenig)	12
4 M2	Intakte Beziehungen (z.B. zu Geschwistern, Eltern, Personen ausserhalb der Familie)	5
M2	Peergroup, die nicht dasselbe Problemverhalten hat, wie der Patient	5
M1	Problemlösestrategien	5
M1	Introspektion	5
M1	Verbale Ausdrucksfähigkeit	5
M1	Fähigkeit die Umgebung wahrzunehmen	6
M1	Intelligenz (normal und überdurchschnittlich)	6
M1	Selbstorganisation	6
5	Prognostisch entscheidend sind zwischenmenschliche Erfahrungen und Bezie-	5

M1	hungen ausserhalb von der Therapie und dem Helfernetz	
M1	Soziale Kompetenz (Geben und Nehmen)	5
M2	Freundschaften und Partnerschaften	5
6	Emotionale Gesichtsausdrücke schnell erkennen können (nur in niedriger	7
M1	Spannung).	
M1	Stimmungen rasch wahrnehmen können.	7
M1	Matchentscheidend ist die Absprachefähigkeit. Der Patient muss aktiv signalisieren können, dass es ihm nicht gut geht.	14
M1	Die Fähigkeit ein non-suizid-Abkommen eingehen zu können.	14

Wichtigste an DBT

Nr.	Wichtigste an DBT	S.
1 B3	Prinzip der generalisierenden Kommunikation	2
B1	Persönliche Grenzen als Grenzen der Therapie definieren	2
B1	Transparentes Arbeiten ermöglicht viel an Klärung	3/10
B1	Modell der „Wippe“ hilft die Verantwortung beim Patienten zu lassen und nicht mitzuagieren.	3
B3	Kommunikationsprinzip: Beschreiben nicht bewerten	3
B3	Achtsamkeit, im Sinne einer Alltagsachtsamkeit. Im Hier und Jetzt wahrnehmen und beschreiben	4/10
B1	DBT ermöglicht es authentisch in der Beziehung zu sein	4/10
B1	Patienten sind keine Problemfälle, sondern haben komplexe Muster aus	5
O7	Fähigkeiten und Defiziten. Die Therapeutin ist verantwortlich, dass die Ressourcen-Muster aktiviert werden.	
B1	Gegenseitiges Wahrnehmen der Identität durch Therapeut und Patient	10
B3	Aus dem Prinzip der Selbstgerechtigkeit aussteigen und unterscheiden, was ausgehalten werden muss und was verändert werden kann.	10
B3	DBT ist mehr als Spannungsreduktion. Wichtiger ist die Emotionsarbeit und das Beziehungsmanagement	11
B3	Die DBT lässt verschiedenste Elemente (z.B. Validierung, Motivationsstrategien, kommunikative Strategien) nebeneinander zu.	17
B3	Die DBT lässt unterschiedliche Emotionen (z.B. Die Mutter hassen und auch lieben) nebeneinander stehen, Dissonanzen dürfen bestehen bleiben. DBT bringt den Patienten bei, damit umzugehen, ohne grosse Spannungen zu erleben.	17
2 B1	DBT scheint gar nicht sehr auf Ressourcen orientiert.	5
B1	DBT ist eine Leitlinie, die Rückhalt gibt mit dem Konzept der Validierung und Veränderung.	12
B1	Die Flexibilität der DBT imponiert. Das einsetzen, was passt.	16
B1	DBT ist ein Gerüst und gibt Rückhalt.	17
B1	Seit der DBT Ausbildung ist die Therapie zielgerichteter	17
4 B2	Nur wenn das Team gut funktioniert, ist eine erfolgreiche Therapie möglich, sonst werden Konflikte reinszeniert (z.B. Team = Papi, Therapeutin = Mami)	4
5 B2	Den Patienten als ebenbürtiges, selbstverantwortliches Gegenüber zu behandeln und nicht als kranke Person	3
B2	Vom Patienten kann man was fordern (z.B. Jahres-non-Suizidvertrag).	3
B3	Die persönlichen Grenzen aufzeigen zu können	4
B1	DBT steht vor allem für Struktur und weniger für Ressourcen	4
6 B1	Die Ressourcen sind in der DBT nicht allein im Zentrum.	9
B1	DBT Therapeuten stehen sehr auf der Validierungsseite und feuern die Patien-	9

B3	ten wie ein Charleader zur Veränderung an. Rollenspiele helfen den Patienten ihre Scham und Selbstwertproblem zu überwinden.	10
----	---	----

Wichtigste Methode

Nr.	Wichtigste Methode	S.
1	DBT Grundsätze werden bei allen Patienten eingesetzt.	1
B3	Fuss in die Tür	8
B3	Advocatus diaboli	8
B3	Paradoxe Interventionen	8
B3	Dem Patienten den Druck wegnehmen, dass er sich verändern muss.	8
2B2	Respekt	4
B3	Validierung und Veränderung	4
B3	Pacing und Leeding. Den Menschen Wahrnehmen, emotionale und kognitive Konzepte verstehen und mit der Zeit versuchen diese zu erweitern und verändern. Bild von einem verstopften Fluss, der durch die Therapie von den Hindernissen befreit, aber nicht verändert wird.	4
B3	Akzeptanz	7
B3	Achtsamkeit. Auf die Emotionsregulation achten.	7
B1	Bei der DBT ist das Skillskonzept ressourcenorientiert.	9
B1	Dass Ressourcen- und Resilienzmodell ist kein Referenzpunkt. Referenzpunkt ist das DBT Modell, um Jugendliche an Veränderungen heranzuführen.	9
B1	Wichtig ist der systemische Hintergrund.	10
3B2	Ehrlich sein	3
B2	Transparent sein	3
B2	Authentisch und offen und für den Patienten spürbar sein.	3/4
B2	Wenn Therapeuten ihren Patienten nichts vormachen, ist das die beste Voraussetzung, dass der Patient auch ehrlich ist.	3
B2	Grenzen dem Patienten sichtbar machen und klar aufzeigen, was er vom Therapeuten erwarten kann und was nicht. Das ist entscheidend für eine erfolgreiche Therapie.	3
B2	Wärme, Wertschätzung und Empathie sind basale Grundsätze, die zu jeder Therapie dazugehören.	4
O2	Die Patienten aus ihrer auf Probleme fixierten Sicht auf die Kehrseite der Medaille aufmerksam zu machen.	
4B2	Wohlvollende und empathische Grundhaltung	2/3
B2	Im Einzelsetting die Beziehung so gestalten, dass die Motivation für ein strukturiertes Arbeiten möglich ist.	2
B2	Klarheit, dem Patienten sichtbar machen, was er vom Therapeuten erwarten kann und was nicht.	3
B2	Als Therapeutin sicher wissen, was man dem Patient anbieten will und was nicht.	3
B2	Auf den Patienten eingehen und das Gewicht auf die Beziehungsgestaltung legen	3
B3	Klar Stellung nehmen, ob die Wünsche und Forderungen des Patienten mit den Regeln der Station vereinbar sind, oder nicht.	3
O5	Transfer von Ressourcen in den Therapieprozess. Z.B. Jugendlicher der gerne rappt berichtet rappend von seiner Depression.	10
5B2	Authentisch sein	2
B2	Ehrlich sein	2
B2	Klare Kommunikation	3
B2	Direktiv sein dürfen	14

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: