

Elternarbeit mit psychisch erkrankten Eltern im sozialpädagogischen Betreuungskontext von Kindern und Jugendlichen

Public Lecture:

15.11.2021, 18.00 Uhr,

Ort: FH OÖ Campus Linz;

Referent*in:

Dr.in Michaela Mayer und Dr. Karl Arthofer

Teil 1

- Zwangsstörung
- Phobische Störung
- DD: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung

Ganzheit und Integrität durch Kontakt

**Gesundheit ist möglich,
wenn die Person
sich selber erreicht.**

In Kontakt mit sich selbst?

Kann ich

- mit den verschiedenen Erfahrungen, die ich machte,
 - **mit dem Bild von mir selber, das dabei in mir entstand,**
- umgehen?

Psychische Erkrankungen

haben oftmals

Auswirkungen für Empathie- und Erziehungsfähigkeit

Psychische Gesundheit

**Kontakt,
Handlungsenergie
und -richtung passen**

Psychische Gesundheit

Kontaktfähigkeit ist vorhanden,

mit stimmig balancierter **Emotionalität**,
auf eine positive Lebensperspektive hin orientiert,

bei konstant klarem,
realitätsbezogenem,
zielgerichtetem **Denken**
und **Wahrnehmen**

Verbindung

Energie

Richtung



passen

Psychische Krankheit → **Selten ein Bereich alleine**

→ Sie wirken natürlich aufeinander

Defizite in Bezug auf **Kontaktfähigkeit**,

erhebliche **emotionale Belastung**
und **Balance**störung, **Lebensperspektive**
auf **dominant negative Aspekte**
ausgerichtet und **eingeeengt**,

Realitätsverzerrung,
Denk- und **Wahrnehmungsstörungen**

**Störung der
Bindungsorganisation**

**Affektive
Störungen**

**Psychotische
Störungen**

Psychische Krankheiten → Arbeitspunkte

❖ Wesentliche Charakteristika der relevanten Hauptgruppen

❖ Funktionelle Auswirkungen

- auf die Gestaltung
 - des Alltagslebens
 - von Sozialkontakten

❖ Änderung der Kontaktfähigkeit – in Bezug auf

- die eigene Person
- andere Menschen

Eine Verminderung des „sich selber und andere Erreichens“
führt vielfach zu

➤ Selbstregulations- und Empathie-Defiziten

Zwangsstörung

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Wesentliche Kennzeichen sind

- wiederkehrende **Zwangsgedanken** und
- **Zwangshandlungen.**

Zwangsgedanken sind

- **Ideen, Vorstellungen oder Impulse,**
- die den Patienten immer wieder **stereotyp beschäftigen.**

Zwangsstörung

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Sie sind

- **fast immer quälend**, der Patient
- versucht häufig **erfolglos, Widerstand zu leisten**.

Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt,

- selbst wenn sie als **unwillkürlich** und
- häufig **abstoßend empfunden** werden.

Zwangsstörung

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Zwangshandlungen oder -rituale sind

- **Stereotypien**, die
- **ständig wiederholt** werden.

- Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen.

Der Patient erlebt sie oft als

- Vorbeugung **gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis**,
- das ihm **Schaden bringen** oder
- bei dem er selbst **Unheil anrichten** könnte.

Zwangsstörung

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Im Allgemeinen wird dieses Verhalten

- als **sinnlos und ineffektiv** erlebt,
- es wird immer wieder versucht, **dagegen anzugehen.**
- **Angst** ist meist **ständig vorhanden.**

Werden Zwangshandlungen unterdrückt,

- **verstärkt** sich die **Angst deutlich.**

Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Diese können die Form von **zwanghaften Ideen**, bildhaften Vorstellungen oder Zwangsimpulsen annehmen, die fast immer **für die betreffende Person quälend** sind.
- Manchmal sind diese Ideen eine endlose Überlegung unwägbarer Alternativen, häufig verbunden mit der **Unfähigkeit, einfache, aber notwendige Entscheidungen des täglichen Lebens zu treffen**.
- Die **Beziehung zwischen Grübelzwängen und Depression ist besonders eng**.
- Eine Zwangsstörung ist nur dann zu diagnostizieren, wenn der Grübelzwang nicht während einer depressiven Episode auftritt und anhält.

Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Die meisten Zwangshandlungen beziehen sich auf **Reinlichkeit** (besonders Händewaschen), **wiederholte Kontrollen**, die garantieren, dass sich eine möglicherweise gefährliche Situation nicht entwickeln kann oder übertriebene Ordnung und Sauberkeit.
- Diesem Verhalten liegt die **Furcht vor einer Gefahr** zugrunde, die den Patienten bedroht oder von ihm ausgeht;
- das Ritual ist ein **wirkungsloser oder symbolischer Versuch**, diese **Gefahr abzuwenden**.

Phobische Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Eine Gruppe von Störungen, bei der **Angst ausschließlich oder überwiegend** durch eindeutig definierte, eigentlich **ungefährliche Situationen** hervorgerufen wird.
- In der Folge werden diese Situationen typischerweise **vermieden oder mit Furcht ertragen**.
- Die Befürchtungen des Patienten können sich auf **Einzelsymptome** wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, **häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden**.
- Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst.
- Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

Spezifische (isolierte) Phobien

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Phobien, die **auf eng umschriebene Situationen** wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen **beschränkt** sind.
- Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie **Panikzustände** wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie **hervorrufen**.
- Akrophobie / Einfache Phobie / Klaustrophobie / Tierphobien
- Exkl.: Dysmorphophobie (nicht wahnhaft) (F45.2) / Nosophobie (F45.2)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

- Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist **länger anhaltenden** Zustandsbildern und Verhaltensmustern.
- Sie sind Ausdruck des **charakteristischen, individuellen Lebensstils**, des **Verhältnisses zur eigenen Person** und zu **anderen Menschen**.
- Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen
 - **schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung**, während
 - **andere erst später** im Leben erworben werden.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

- Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) **sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster**, die sich in **starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen** zeigen.
- Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung **deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen** und in den **Beziehungen zu anderen**.
- Solche Verhaltensmuster sind **meistens stabil** und beziehen sich auf **vielfältige Bereiche des Verhaltens** und der **psychologischen Funktionen**.
- Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß **persönlichen Leidens** und **gestörter sozialer Funktionsfähigkeit** einher.

F60.5 Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung

- Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, **übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit** gekennzeichnet ist.
- Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.
 - Zwanghafte Persönlichkeit(sstörung)
 - Zwangspersönlichkeit(sstörung)
 - Exkl.: Zwangsstörung (F42.-)

Teil 2

Dominante Symptomatik

- Psychotische Störung

Ferner Aspekte einer

- Trauma-Folgestörung
- Dissoziativen Störung
- Persönlichkeitsstörung

Psychische Krankheiten → Arbeitspunkte

❖ Wesentliche Charakteristika der relevanten Hauptgruppen

❖ Funktionelle Auswirkungen

- auf die Gestaltung
 - des Alltagslebens
 - von Sozialkontakten

❖ Änderung der Kontaktfähigkeit – in Bezug auf

- die eigene Person
- andere Menschen

Eine Verminderung des „sich selber und andere Erreichens“
führt vielfach zu

➤ Selbstregulations- und Empathie-Defiziten

Begleitung bei Psychose

Eine Balanceaufgabe zwischen zwei Polen

Autonome Lebensführung



Strukturierung der Lebensabläufe von außen

Diagnostische Merkmale der Schizophrenie nach ICD-10, F20

Erstrangsymptome - nach Kurt Schneider

1. Gedanken

- Lautwerden, Eingebung, Entzug, Ausbreitung

2. Wahninhalt

- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen

3. Wahncharakteristik

- Unangemessen, unrealistisch

4. Stimmen

- Kommentierende, dialogisierende

Diagnostische Merkmale der Schizophrenie nach ICD-10, F20

Zweitrangssymptome - nach Kurt Schneider

5. Halluzinationen

6. Formales Denken

- Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen

7. Katatone Symptome

- Mutismus, Stupor, Haltungsstereotypien, Erregung, Negativismus

8. Negative Symptome

- Apathie, Sprachverarmung, sozialer Rückzug, verflachter/inadäquater Affekt

Erstrangssymptome - nach Kurt Schneider

Vgl. DocCheck Flexikon, Schizophrenie, 5.2 Rangssymptomatik

- Stimmenhören
 - Dialogische Stimmen
 - Kommentierende Stimmen
 - Imperative Stimmen
- Wahnwahrnehmungen
 - Verfolgungswahn
 - Beeinträchtigungswahn
 - Liebeswahn
 - Beziehungswahn
 - Gefühl des Gemachten
- Ich-Störungen
 - Gedankeneingebung
 - Gedankenentzug
 - Gedankenausbreitung

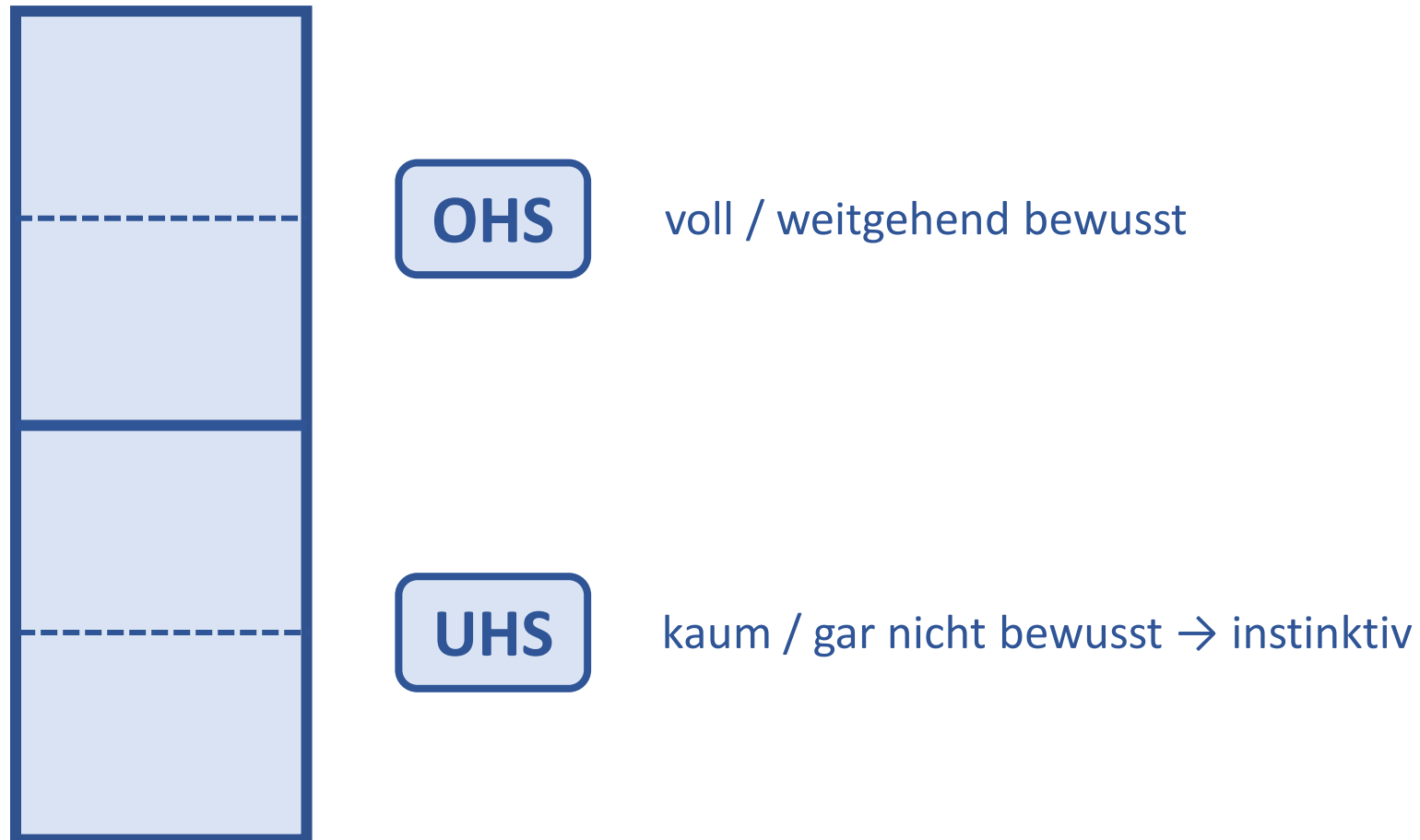
Wechselbeziehung von

- **Defiziten an personaler Präsenz / Bindungskraft**
(sie ist ein relevanter Wirkfaktor von Resilienz)
und der
- Entwicklung von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen, sowie von
- dissoziativen und
- psychotischen Störungen im Speziellen

Bewusstseinsgrade psychischer Prozesse

Gliederung in verschiedene Ebenen – zur symbolischen Verdeutlichung

In Analogie zu Pierre Janets
Hierarchie der psychischen Funktionen

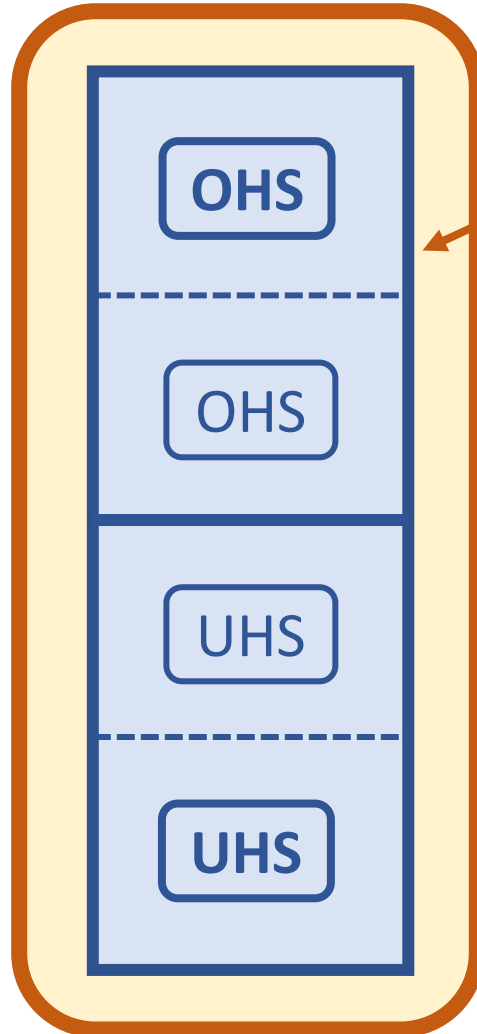


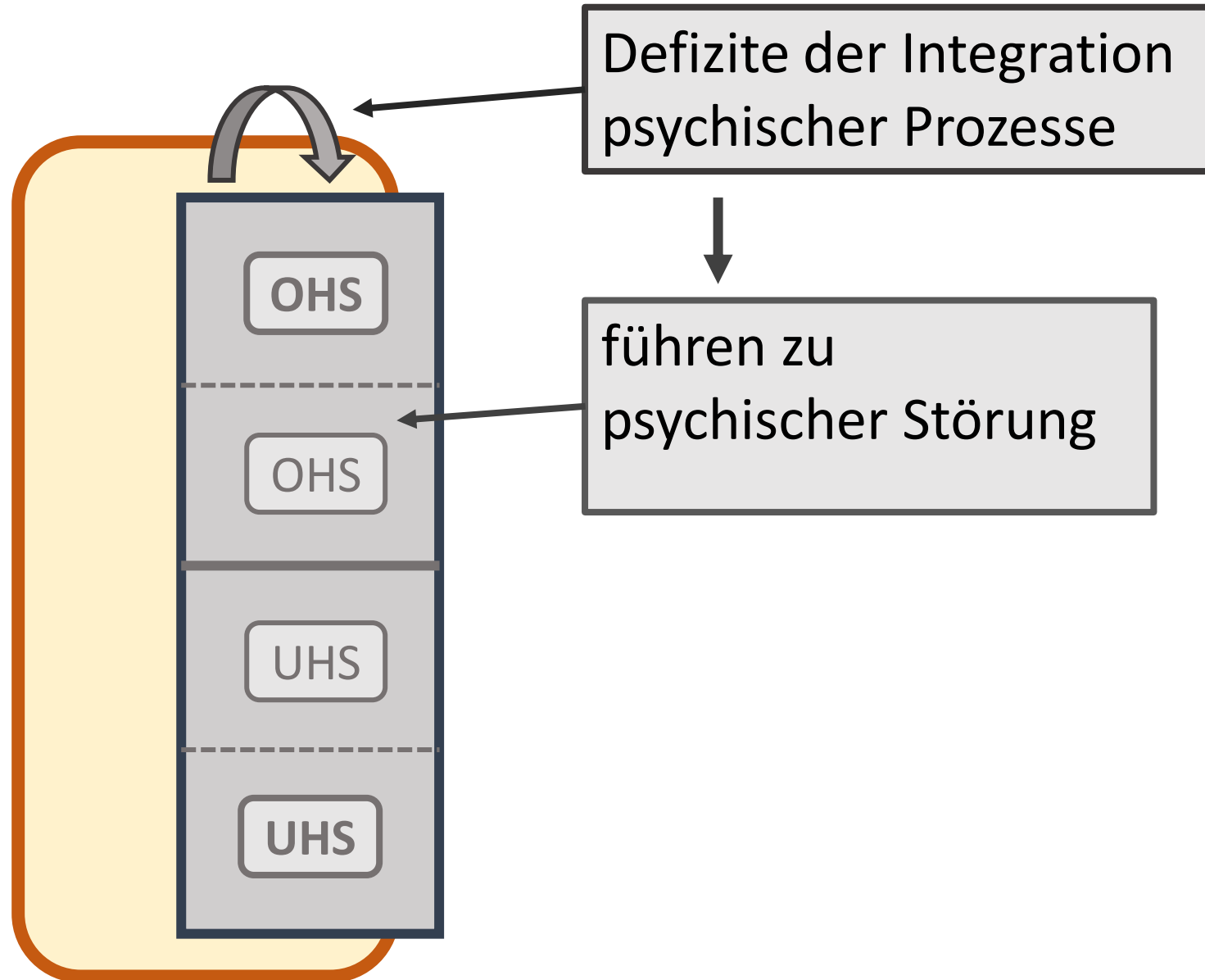
OHS / UHS = obere und untere Handlungssysteme (HS → Begriff für individuelle psychische Prozesse)

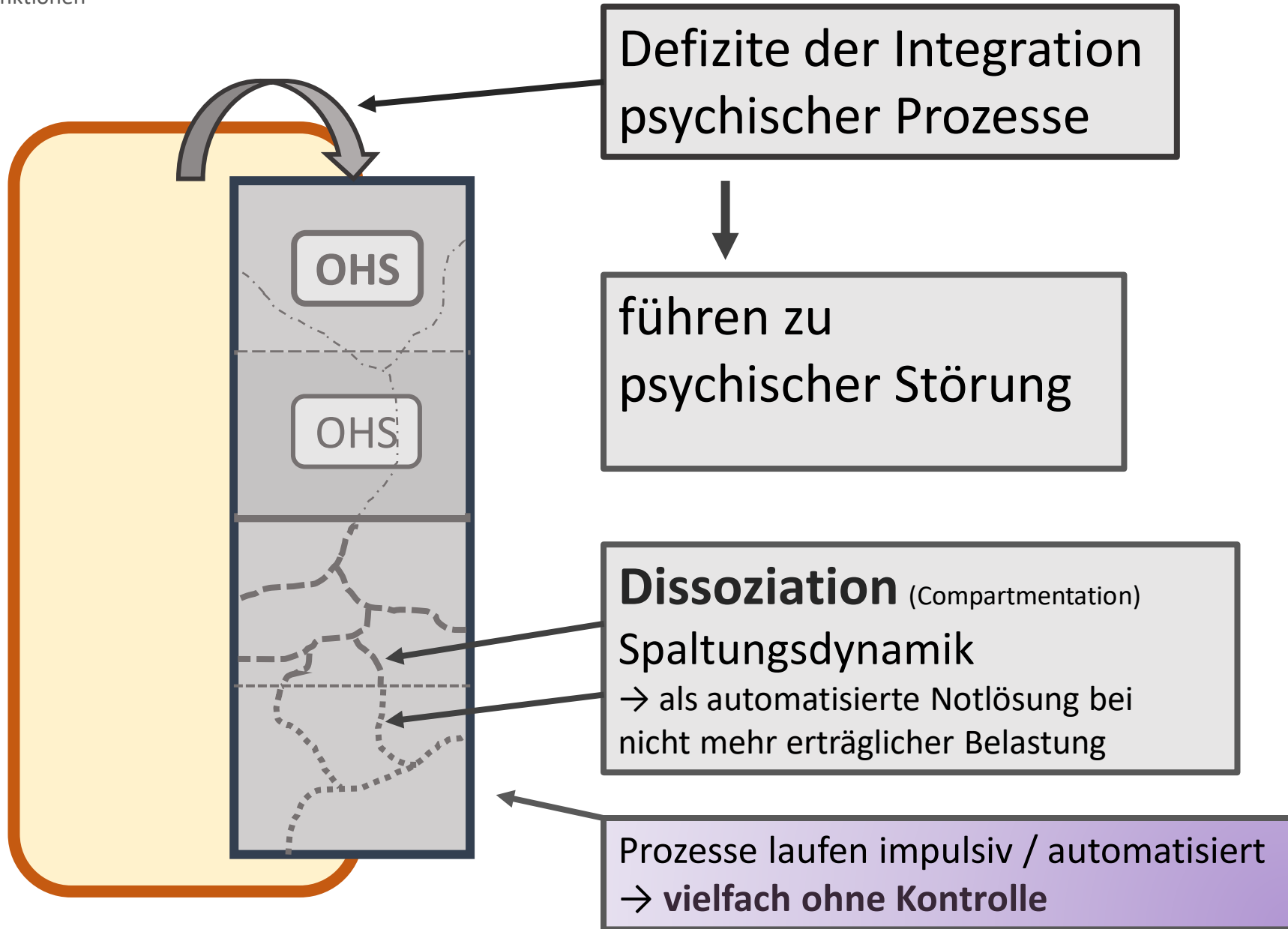
Gesundheit ist möglich,

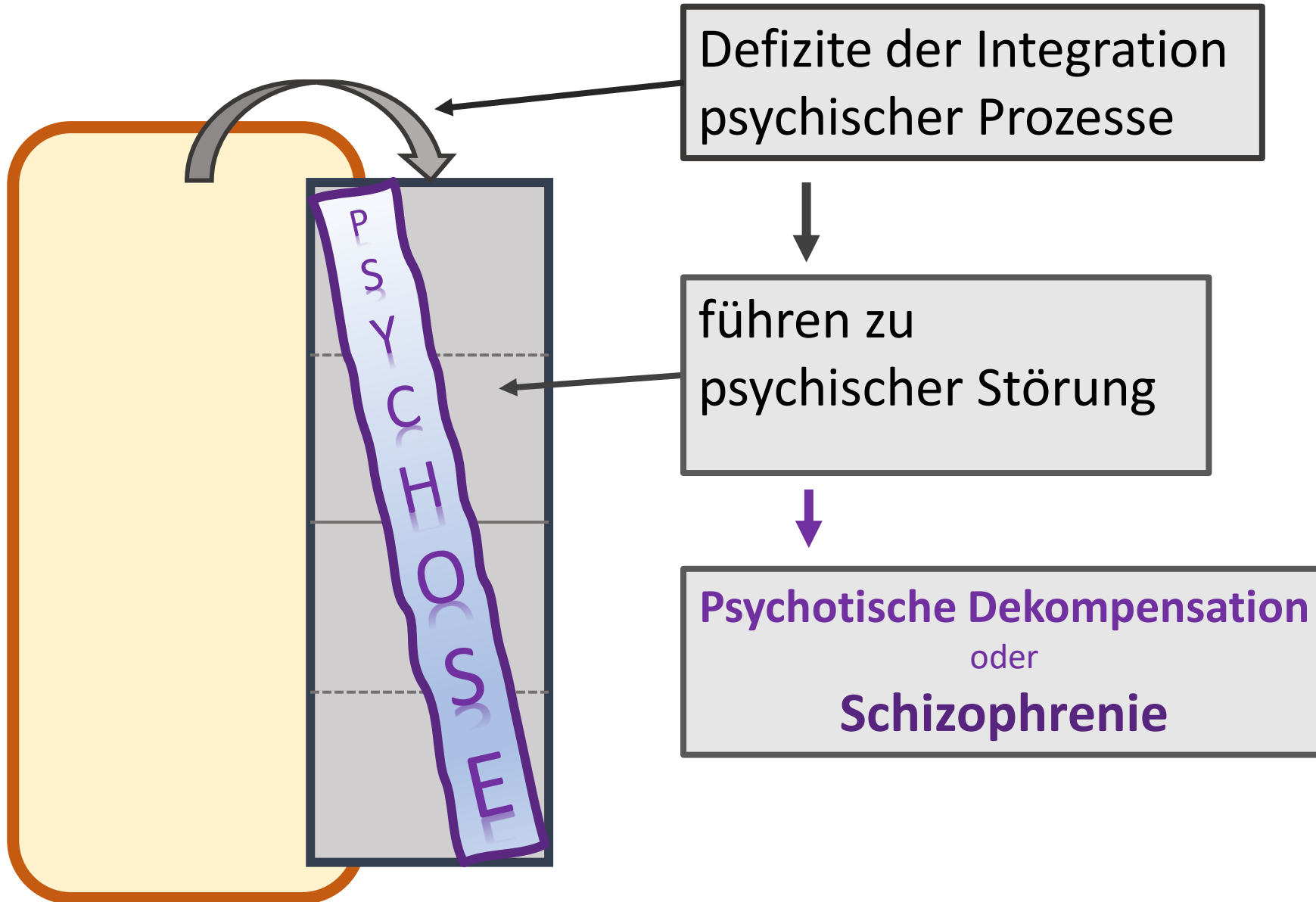
wenn die ICH-Instanz (=Person)

**die psychischen Prozesse
integriert und harmonisiert**









In Analogie zu Pierre Janet's
Hierarchie der psychischen Funktionen

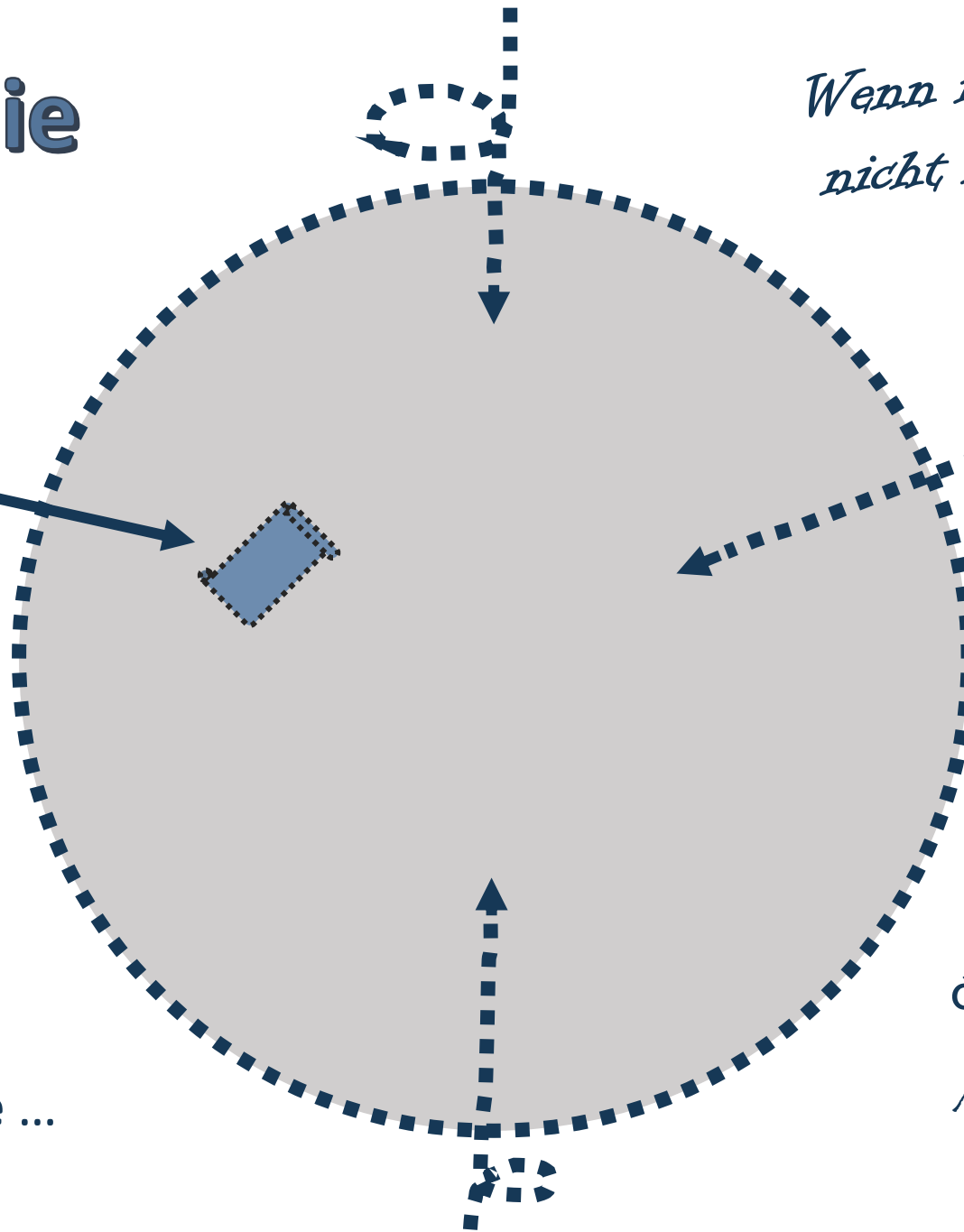
Schizophrenie



Bedeutungs-
verzerrung

Wahn-
symptomatik

„Auch
wenn alle so tun,
als ob es
draußen normal wäre ...



Wenn man die Wahrheit
nicht nehmen kann ...

Wahr-Nehmungs-
störung
alles dreht sich irgendwie
komisch durch

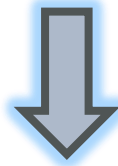
... sieht das
in meiner

œ X "" 7 ÷ X J S 7 U X ▪

inneren Wirklichkeit
ganz anders aus !! “

Schizophrenie

Wenn man
die Wahrheit
nicht nehmen kann



WAHR-NEHMUNGS-
STÖRUNG

Bruch mit der Realität

Die
ICH-Tätigkeit

auf
psychischer
Ebene

ist stark
reduziert !!

Dissoziation: Terminologie und Definition

vgl. Gast/Wirtz, 2016, S. 23f

Andere Autoren (z.B. Cardena, 1994; Holmes et al., 2005) meinen mit Dissoziation

- das **Versagen von Integration normalerweise zusammengehöriger Informationen** sowie
- Bewusstseinsveränderungen, die durch
 - ein **Gefühl der Abspaltung vom Selbst und / oder der Umwelt** charakterisiert sind.

S3 – LEITLINIE **POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG**

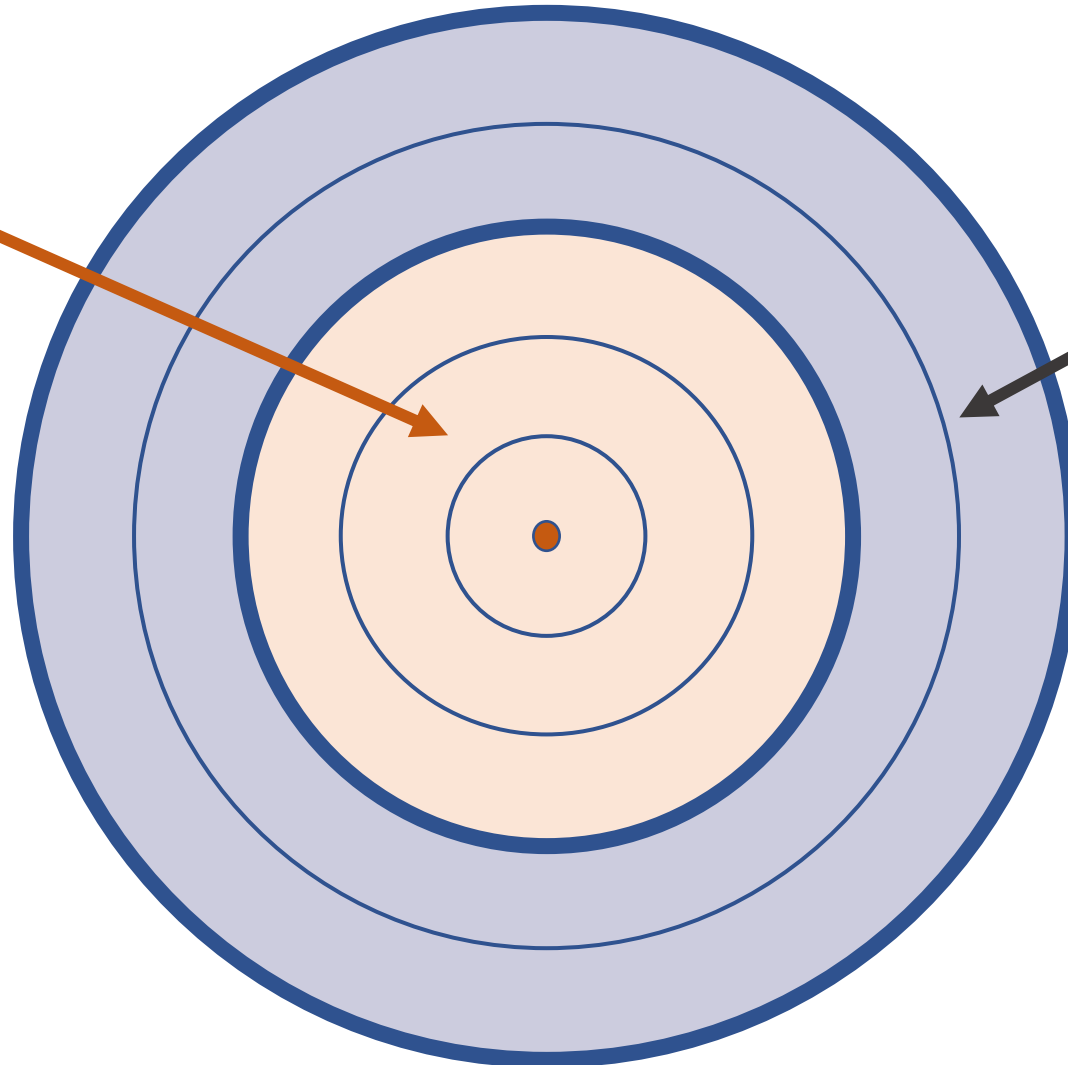
nach Flatten et al., 2011, S. 203

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster)
- Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

Grundlage von Handlungsimpulsen, der Erwartung von Erlebniswirkungen

Persönlicher
Verantwortungsbereich,
Selbstwirksamkeit
↓
Autonome
Entwicklungsmöglichkeit



Suche bzw.
instinktives Streben
nach Effekten von außen,
nach Fremdbestimmung
↓
Risiko einer
Suchtentwicklung
↓
Manifestation eines
Abhängigkeitssyndroms

Grundlage von Handlungsimpulsen, des Umgangs mit Erlebniswirkungen

Bei (Bindungs-) **TRAUMATISIERUNG**

ergibt sich eine
instinkt-getriggerte Flucht
aus dem
„**persönlichen Nahbereich**“



Vermeidung
von Selbst-Erleben



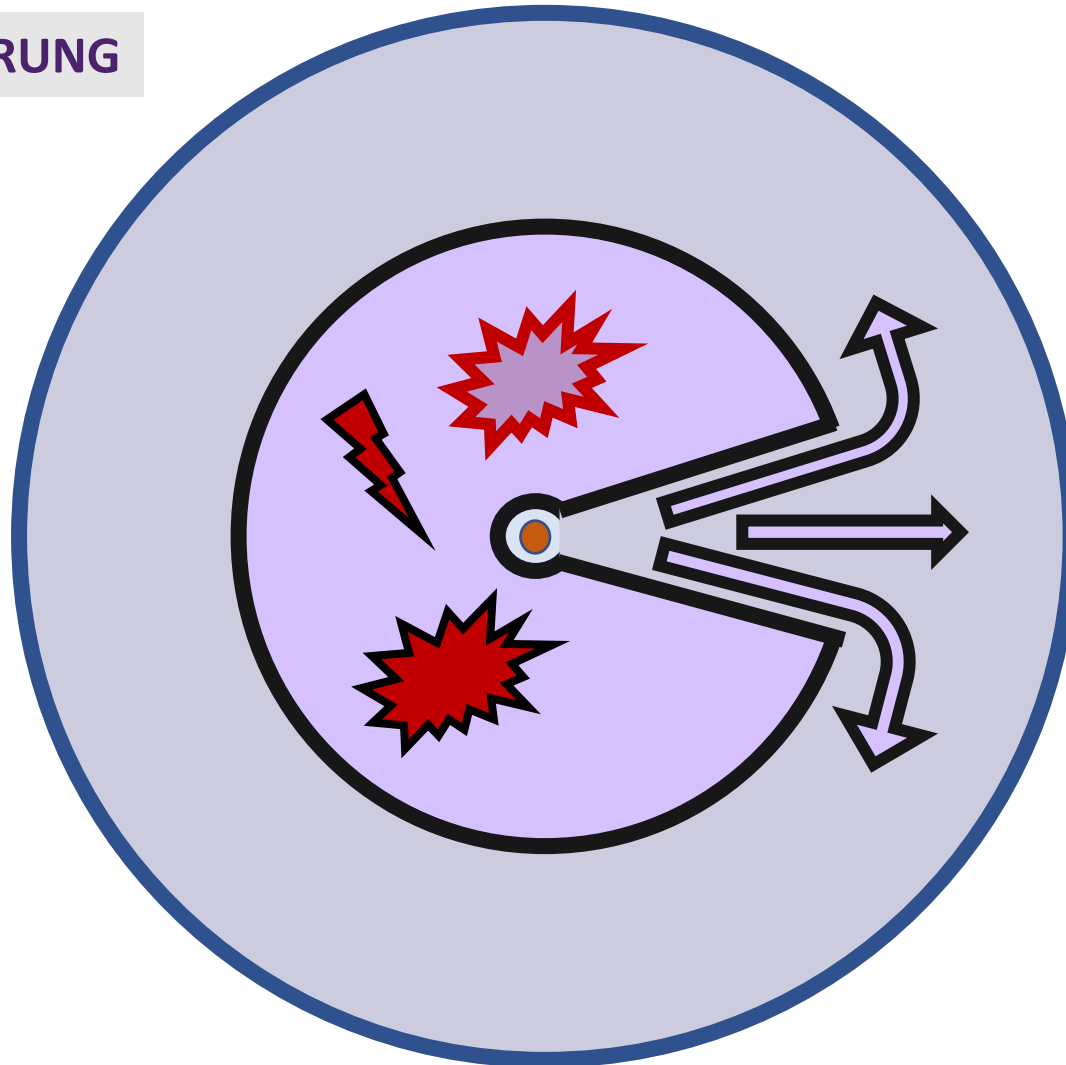
Sonstiges Spüren
„**irgendwie aus der Distanz**“



Tendenz zu
starken Wirkungen von außen



Diese helfen beim
Ablenken vom Inneren



SUCHT



eine Form von

„**FUNKTION**

mit
nur

WENIG

PERSON“

Orientierungsfragen bzgl. Elternebene

Es geht bei unserer aktuellen Arbeitsfrage nicht in erster Linie um

❖ **Was HAT (ICD-10) die Person?**

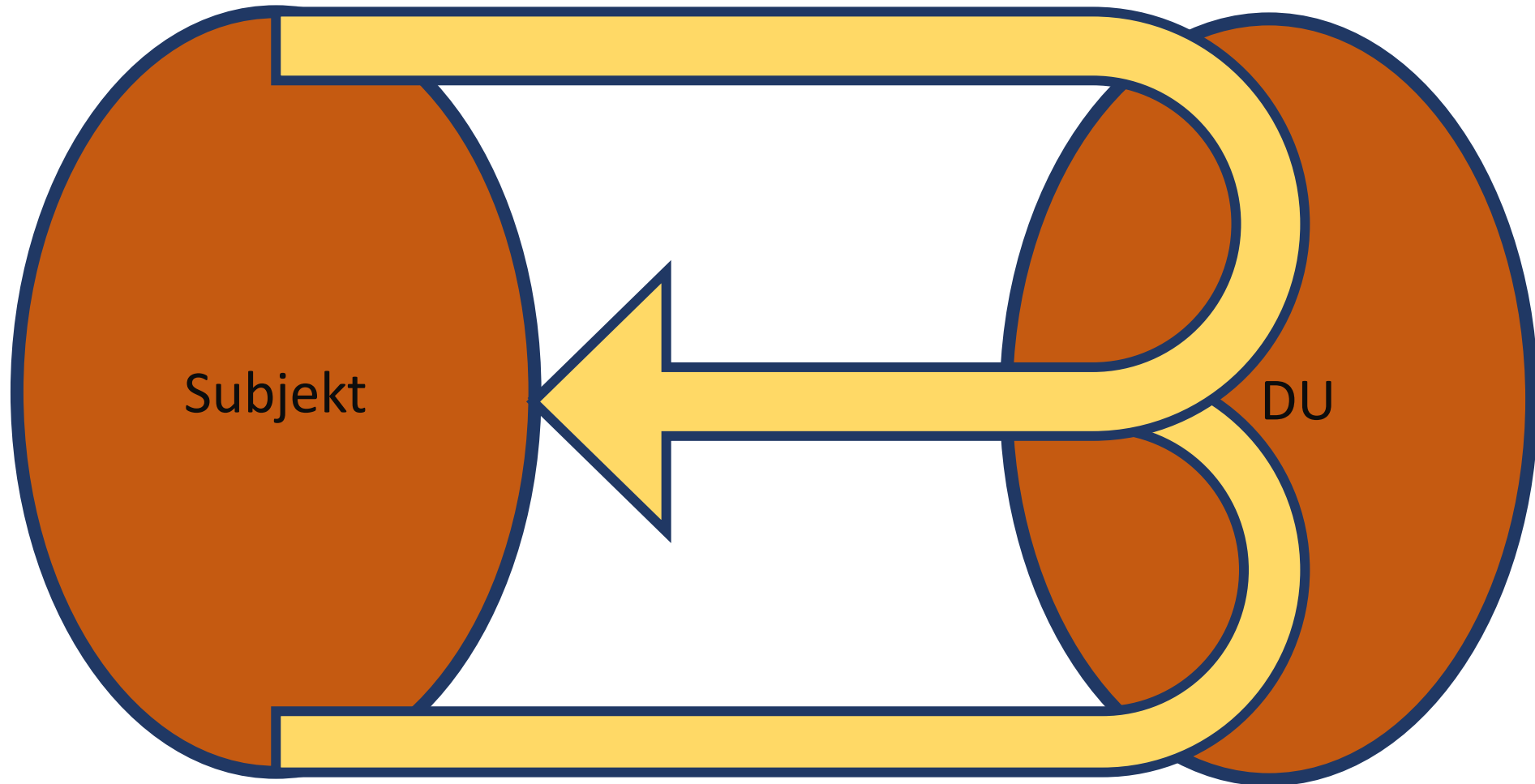
sondern insbesondere um die Frage

❖ **Wie wirkt sie und in welcher Dynamik wirkt sie?**

❖ **Was gibt sie weiter und**

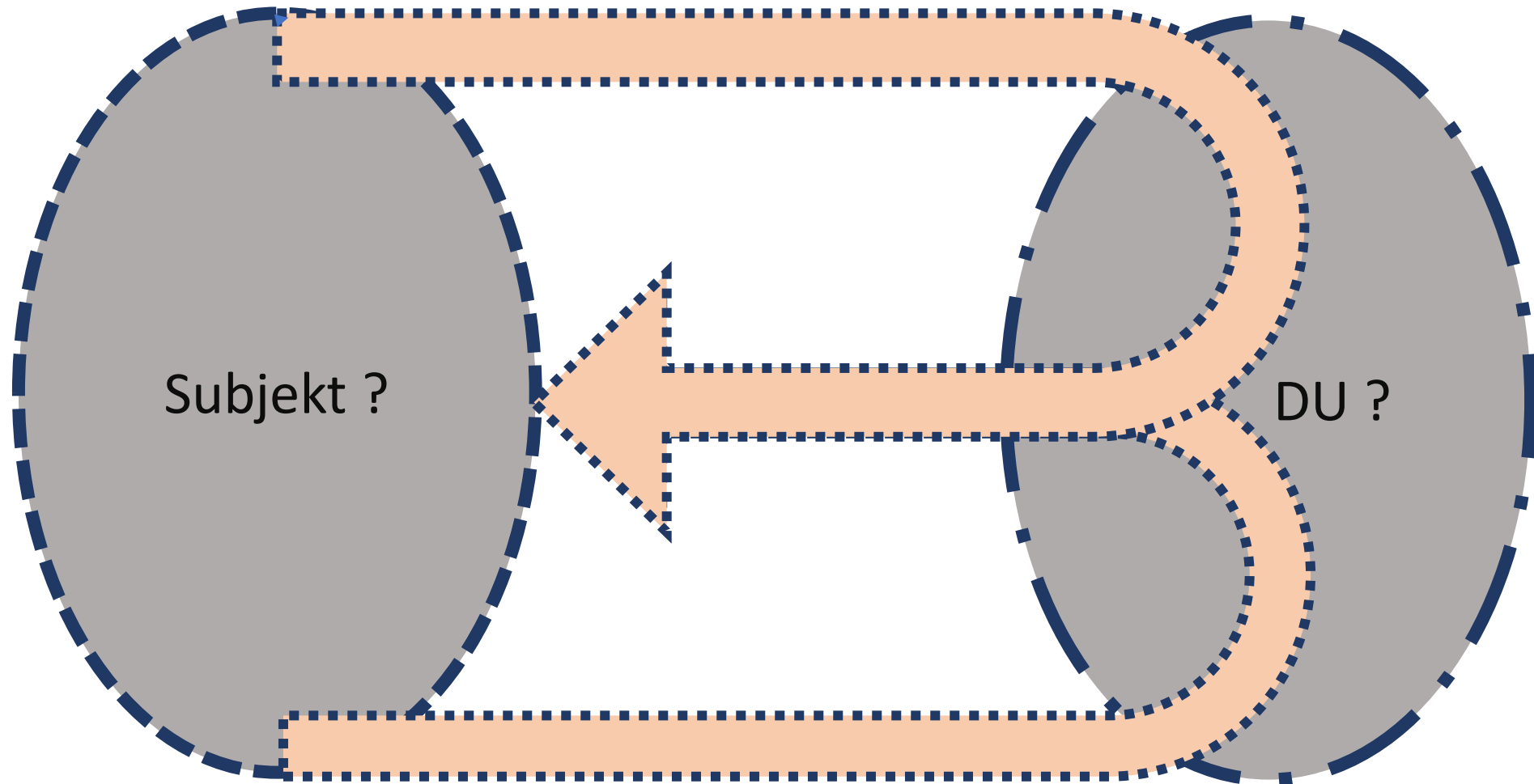
➤ **welche Bindungskonsequenzen hat das?**

Erfahrungen des Selbst



Seins-Erfahrung in der Bindung / Beziehung / Begegnung

Erfahrungen des Selbst



Unsichere Seins-Erfahrung auf der Bindungsebene

Ökophänotypische Varianten der Psychopathologie nach Misshandlung im Kindesalter

Ergebnisse

Bei misshandelten Individuen mit Störungen wie Depression, Angst und Substanzmissbrauch zeigen sich

- Beginn in früherem Alter
- höhere Symptomstärke
- mehr Komorbidität
- erhöhtes Suizidrisiko
- geringeres Ansprechen auf Behandlung

als nicht misshandelte Individuen mit denselben Diagnosen.

Weitere alltägliche Orientierungsfragen

- Kann man die Symptome des Kindes
 - schnell abklären / schnell verändern,
 - oder – braucht so etwas (doch) länger?

Anders formuliert:

- Wie lange dauert die Krankheit(-sepisode)?
 - Oder ist es eventuell etwas auf Dauer?
- Sind die Defizite eher auf der
 - kognitiven
 - emotionalen oder doch mehr
 - auf der Bindungsebene?

Weitere alltägliche Orientierungsfragen

- Können die Kinder klar über das reden, was sie haben,
 - wie es ihnen geht,
 - was sie brauchen?
- Kann ich mit der Person (im üblichen Sinne) arbeiten?
 - Ist sie überhaupt zurechnungsfähig?
 - Kann man mit ihr etwas entwickeln?
- Ist die Person erreichbar für
 - Veränderungs-
 - Anpassungsvorschläge?

Praktische Auswirkungen der Bindungsstruktur auf die Zustands- und Handlungskontinuität



Plastizierbarkeit des Bewusstseins



eine Systemverantwortung

**Ich erlebe mich so wie du mich siehst,
so wie du mit mir umgehst.**

**Ich brauche deine Wertschätzung,
um das an mir zu erleben,
was ich mögen kann.**

Ich werdend spreche ich Du.



**Es geht um die Art, die Qualität,
in der Du diesen Dialog mit mir lebst.**

Bindungsgeleitete Pädagogik

Stärkung der ICH-PRÄSENZ

Als ICH,

in Begleitung eines „Du“,

auf dem Weg

zu SICH

Literatur- bzw. Quellenverzeichnis

DocCheck Flexikon / Das Medizinlexikon zum Medmachen / Schizophrenie / 5.2 Rangsymptomatik

Eckhardt-Henn, Annegret (2015): Dissoziative Störungen. Klinik – Neurobiologie und Psychodynamik – therapeutische Aspekte, in: Psychotherapie, 20. Jahrg. 2015, Bd 20-1, CIP-Medien, München, S. 92f

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210

Gast, Ursula/ Wirtz, Gustav (Hg.) (2016): Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen. Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele, Stuttgart, Klett-Cotta

Kapfhammer, H.P.: Dissoziative Störungen. Konzept, Störungen, Beispiele, in: Vorlesung Dissoziative Störungen 2015-2016, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapeutische Medizin / Medizinische Universität Graz – online

Kasper K, Lehofer M, Sachs GM, Bartova L, Dold M, Erfurth A, Hausmann A, Kapfhammer HP, Kautzky A, Klier C, Kraus C, Plener P, Praschak-Rieder N, Rados C, Rainer M, Willeit M, Winkler D. Depression – Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2019. CliniCum neuropsychy. Sonderausgabe November 2019

Kasper S, Sachs G-M, Bach M, Erfurth A, Frey R, Fruhwürth G, Geretsegger C, Gößler R, Hofer A, Jagsch C, Kapfhammer H-P, Kienbacher C, Klier C, Lehofer M, Marksteiner J, Miller-Reiter E, Psota G, Rados C, Rainer M, Willeit M, Windhager E, Schizophrenie Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2016. CliniCum neuropsychy Sonderausgabe November 2016

Rudolf, Gerd (2006): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen, Stuttgart, Schattauer Verlag

Teicher, Martin H. : Childhood Abuse: A Neurobiological Perspective. National Health Collaborative on Violence and Abuse. November 12, 2010. Online unter: http://nhcva.org/files/2011/12/NHCVA_Child_Abuse_lecture.pdf

Teicher, Martin H. and Samson, Jacqueline A. (2013): Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes, in: Am J Psychiatry. 2013 Oct 1; 170(10): 1114–1133

van der Hart, Onno/ Nijenhuis, Ellert/ Steele, Kathy (2008): Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung, Paderborn, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung

Wieland, Sandra / Hrsg. (2014): Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen, Stuttgart, Klett-Cotta