

Eia Asen · Michael Scholz (Hrsg.)

Handbuch der Multifamilientherapie

Mit einem Geleitwort von Björn Enno Hermans

2017

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)
Dr. Barbara Heitger (Wien)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)
Tom Levold (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)
Dr. Burkhard Peter (München)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Karsten Trebesch (Berlin)
Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Reihengestaltung: Uwe Göbel
Umschlag: Heinrich Eiermann
Umschlagfoto: © 2017 robinsonthomas/Photocase
Satz: Verlagsservice Hegele, Heiligkreuzsteinach
Printed in Germany
Druck und Bindung: Kösel, Krugzell



ClimatePartner[®]
klimaneutral

Druck | ID 12027-1707-1003

Erste Auflage, 2017
ISBN 978-3-8497-0192-5 (Printausgabe)
ISBN 978-3-8497-8097-5 (ePUB)
ISBN 978-3-8497-8079-1 (PDF)
© 2017 Carl-Auer-Systeme Verlag
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten
aus der Vangerowstraße haben, abonnieren Sie den Newsletter
unter <http://www.carl-auer.de/newsletter>.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22
info@carl-auer.de

Inhalt

Geleitwort	15
<i>Björn Enno Hermans</i>	
Vorwort	17
<i>Eia Asen und Michael Scholz</i>	
1 Allgemeiner Teil	19
Einführende Bemerkungen	19
1.1 Entwicklung der Multifamilientherapie	20
<i>Eia Asen</i>	
1.1.1 Die Reise zum Marlborough-Modell	20
1.1.2 Die frühe systemische Szene	22
1.1.3 Spielen, spielen und spielen	23
1.1.4 Fazit	24
1.2 Paradigmenwechsel in der Therapeutenrolle	25
<i>Michael Scholz</i>	
1.2.1 Therapeutenpositionen	26
1.2.2 Das Zusammenspiel der Therapeuten	28
1.2.3 Die therapeutische Beziehung	30
1.2.4 Verantwortungsübergabe in der MFT	31
1.3 Das »erweiterte Fünfschrittemodell«	33
<i>Michael Scholz</i>	
1.3.1 Das erweiterte Fünfschrittemodell: »fünf plus drei«	37
1.3.2 Resümee	39
1.4 Das Mentalisierungsmodell und seine praktische Umsetzung in der Multifamilientherapie	40
<i>Eia Asen</i>	
1.4.1 Mentalisierungsdimensionen und balanciertes Mentalisieren .	41
1.4.2 Mentalisieren und Bindung – die inneren Arbeitsmodelle . . .	43
1.4.3 Das Spiegeln mentaler Zustände von Säuglingen	43
1.4.4 Epistemische Wachsamkeit und epistemisches Vertrauen	44
1.4.5 Ziele und Techniken der mentalisierungsorientierten Arbeit .	45
1.4.6 Die mentalisierende Therapeutenhaltung	46
1.4.7 Die Mentalisierungsschleife	48

1.4.8	Konkrete Anregung zum expliziten Mentalisieren	49
1.4.9	Umgang mit verschiedenen Meinungen.....	51
1.4.10	Generalisieren und Transformation in reale Lebenssituationen.....	51
1.4.11	Diachronisches Mentalisieren in drei Zeiten	52
1.4.12	Mentalisieren mit Kindern	54
1.4.13	Mentalisierungsstimulierende Übungen und Aktivitäten	54
1.4.14	Mentalisieren und systemische Praxis.....	56
1.4.15	Praktische Tipps für Therapeuten	57
2	Multifamilientherapie im klinischen Kontext	58
	Einführende Bemerkungen	58
2.1	Familienorientierte tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung	59
	<i>Ulrike Röttger</i>	
2.1.1	Behandlungsrahmen.....	59
2.1.2	Perspektivenvielfalt und Selbstverständnis	59
2.1.3	Entwicklungsorientierte Konzeptentstehung	60
2.1.4	MFT mit Vorschulkindern	63
2.1.5	MFT mit Grundschulkindern.....	66
2.1.6	MFT mit älteren Schulkindern.....	68
2.1.7	MFT mit Jugendlichen.....	70
2.1.8	Rückblick und Ausblick.....	72
2.2	Multifamilientherapie als Bestandteil eines teilstationären Behandlungskonzepts	73
	<i>Inga Plewe</i>	
2.2.1	Einleitung	73
2.2.2	Geschichte und Entstehung der Familientagesklinik Koralle ..	74
2.2.3	Erfahrungen in der Arbeit mit Familien innerhalb der familientherapeutischen Einheit	75
2.2.4	Struktur und Aufnahmeprozedere der Familientagesklinik ...	76
2.2.5	Die therapeutischen Behandlungssäulen	77
2.2.6	Die spezifischen therapeutischen Angebote	78
2.2.7	Multiprofessionelles Behandlungsteam	82
2.2.8	Therapeutische Grundhaltung	85
2.2.9	Bisherige Ergebnisse.....	86
2.2.10	Herausforderungen der familientagesklinischen Behandlung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	87

2.3	Konzept einer interdisziplinären Eltern-Kind-Station	88
	<i>Fritz Handerer</i>	
2.3.1	Arbeitskontext	88
2.3.2	Therapeutisches Setting	90
2.3.3	Finanzielle Erwägungen	92
2.3.4	Resümee	93
2.4	Multifamilientherapie in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	94
	<i>Klaus-Eckart Zillessen</i>	
2.4.1	Historische Entwicklung von Pädiatrie und Psychosomatik ..	94
2.4.2	Arbeitskontext der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Weimar	95
2.4.3	Entwicklung und Strukturen der Arbeit vor Implementierung der MFT	96
2.4.4	Prozess der Implementierung der MFT	99
2.4.5	Gegenwärtige Praxis	101
2.4.6	Evaluation der Behandlung am Beispiel qualitativer Interviews	103
2.4.7	Fazit	104
2.5	Kinder und Jugendliche mit einer Autismusspektrumstörung	105
	<i>Anas Nashef & Lisa Mohr</i>	
2.5.1	Arbeitskontext	105
2.5.2	Autismusspektrumstörungen und kommunikative Besonderheiten von MFT-Gruppen	105
2.5.3	Gruppenstruktur, Teilnehmer und subjektives Familienbild ..	106
2.5.4	Verlauf der Multifamilientherapie	107
2.5.5	Resümee	112
2.6	Multifamilienarbeit mit diabetischen Jugendlichen und ihren Familien	115
	<i>Klaus Henner Spierling</i>	
2.6.1	Arbeitskontext	115
2.6.2	Gruppenstruktur	116
2.6.3	MFT-Übungen, die sich besonders bewährt haben	118
2.6.4	Reflexionen zur Evaluation	120
2.6.5	Zusammenfassung und Ausblick	122
2.7	Multifamiliengruppen für transidente Kinder, Jugendliche und ihre Familien	123
	<i>Esther Strittmatter</i>	
2.7.1	Was ist Transidentität?	123
2.7.2	Warum und mit welchen Zielen sind Multifamiliengruppen sinnvoll?	125
2.7.3	Rahmen und Inhalte für die Multifamiliengruppen	126

2.8	Essstörungen – Das Londoner Modell	134
	<i>Ivan Eisler</i>	
2.8.1	Familientherapie für Jugendliche mit Anorexia nervosa und Belege für ihre Wirksamkeit.	134
2.8.2	Multifamilientherapie für Jugendliche mit Anorexia nervosa.	135
2.8.3	Aus- und Weiterblick.	137
2.9	Anorektische Kinder und Jugendliche im tagesklinischen Setting – Das Dresdener Modell	138
	<i>Maud Rix & Katja Scholz</i>	
2.9.1	Anorexia nervosa	139
2.9.2	Das Dresdener Modell	141
2.9.3	Fazit	147
2.10	Multifamilien-Tagesbehandlung für Erwachsene mit Essstörungen	148
	<i>Sonja Fleminger & Saskia Vermeulen</i>	
2.10.1	Einleitung	148
2.10.2	Unterschiede zwischen den Altersgruppen der Jugendlichen und der Erwachsenen	152
2.10.3	Tagesklinisches Programm	153
2.10.4	Das Konzept	155
2.10.5	Erste Eindrücke von der Effektivität der Multifamilien- Tagesbehandlung für Erwachsene	165
2.11	»Early Days« – Arbeit mit Eltern und Babys	166
	<i>Emma Morris</i>	
2.11.1	Einführung	166
2.11.2	Therapeutische Bestandteile von Eltern-Baby- Interventionen	167
2.11.3	Arbeitskontext	168
2.11.4	Gruppenstruktur und Zeitplan	170
2.11.5	Aktivitäten und MFT-Übungen	171
2.11.6	Rolle und Platz von Vätern	173
2.11.7	Ausblick	174
2.12	Kidstime-Workshops – ein Projekt für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen	175
	<i>Klaus Henner Spierling</i>	
2.12.1	Kidstime-Workshops in London	178
2.12.2	Kidstime-Workshops in Rotenburg	181
2.12.3	Ausblick	187
2.13	Im Krieg und aus dem Krieg: MFT mit Kriegsveteranen	189
	<i>Erie Hilliger</i>	
2.13.1	Zusammenfassung	189

2.13.2	Historischer Kontext	189
2.13.3	Aspekte der therapeutischen Arbeit	194
2.13.4	Abschließende Bemerkungen	200
2.14	Kinder aus der Klemme – Multifamiliengruppenarbeit bei hochstrittigen Trennungssituationen: vom Tunnelblick zur Reflexion	202
	<i>Justine van Lawick & Stephanie Schöne</i>	
2.14.1	Einleitung	202
2.14.2	Hochkonfliktvolle Trennungen/Kampfscheidungen	202
2.14.3	Entwicklung des Programms	203
2.14.4	Netzwerk-Informationsabend	205
2.14.5	Struktur und Inhalte der Elterngruppe	205
2.14.6	Kinder ins Zentrum	206
2.14.7	Präsentationen	207
2.14.8	Erfahrungen	208
3	Multifamilienarbeit in der Jugendhilfe	209
	Einführende Bemerkungen	209
3.1	Multifamilientherapie in der Jugendhilfe	210
	<i>Karin Bracht, Christian Scharfe & Heidjer Schwegmann</i>	
3.1.1	Entwicklung der MFT in der Jugendhilfe	210
3.1.2	Haltung und Angebotsformate	211
3.1.3	Jugendhilfe neu erleben	213
3.1.4	Themenvielfalt	214
3.1.5	Halboffene Gruppen	214
3.1.6	Altersmischung	215
3.1.7	Verweildauer	216
3.1.8	Ort und Zeit	217
3.1.9	MFT und Kinderschutz	217
3.1.10	Kindeswohlgefährdung	219
3.1.11	Resümee	219
3.2	Intensive Multifamilientherapie als ambulante Hilfe zur Erziehung	221
	<i>Petra Kiehl & Claudia Kollwe</i>	
3.2.1	Einleitung	221
3.2.2	Charakteristika unseres Angebots	221
3.2.3	Zielsetzung	223
3.2.4	Zielgruppe und Auftragsklärung	224
3.2.5	Beschreibung der Arbeit	224
3.2.6	Gruppenkohäsion	225
3.2.7	Stärkung des Selbstwertgefühls	226

3.2.8	Intensivierung und Stärkung der Bindung.....	227
3.2.9	Bearbeitung von Konfliktsituationen.....	228
3.2.10	Verabschiedung.....	229
3.2.11	Therapeutisches Zusammenspiel.....	230
3.2.12	Bilanz.....	231
3.3	Multifamilienarbeit im Kita-Bereich	232
	<i>Heike Lukas</i>	
3.3.1	Entwicklung.....	232
3.3.2	Ablauf des Kita-Multifamilienvormittags.....	233
3.3.3	Beispiele für MFT-Übungen und Aktivitäten.....	234
3.3.4	Erfahrungen des Kita-Teams und der Familien.....	235
3.4	Multifamilienarbeit mit Mädchen aus der »Emo-Szene«	237
	<i>Heike Lukas</i>	
3.4.1	Einleitung.....	237
3.4.2	Zielgruppe und Überzeugungsarbeit für die MFT.....	237
3.4.3	Ressourcen, Zielsetzung und zeitlicher Ablauf.....	239
3.4.4	Erste Sitzung.....	240
3.4.5	Zweite Sitzung.....	242
3.4.6	Dritte Sitzung.....	243
3.4.7	Vierte Sitzung.....	243
3.4.8	Ergebnisse der Multifamiliengruppe und die Bedeutung für die familiäre Perspektive.....	244
3.5	Mentalisierungsinspirierte Arbeit mit gewalttätigen Familien.....	244
	<i>Eia Asen & Peter Fonagy</i>	
3.5.1	Familiäre Gewalt und Arbeit mit mehreren Familien und mehreren Elternpaaren.....	244
3.5.2	Familiäre Gewalt und Familienskripts.....	248
3.5.3	»Geistlosigkeit« (»mindlessness«) familiärer Gewalt.....	249
3.5.4	Nicht-mentalisierenden Gruppenmitgliedern helfen, sich symbolische Denkweisen anzueignen.....	257
3.5.5	Ausblick.....	260
4	Familienklassenzimmer und Familienschule	262
	Einführende Bemerkungen.....	262
4.1	Elternpräsenz in der Schule: Vom Familienklassenzimmer zur Familienschule.....	263
	<i>Neil Dawson & Brenda McHugh</i>	
4.1.1	Einleitung.....	263
4.1.2	Präsenz der Eltern in Schulen – eine historische Perspektive.....	264
4.1.3	Unser Umgang mit psychischen Problemen.....	266

4.1.4	Das Bedürfnis nach einer Familienschule und anfängliche Probleme.....	267
4.1.5	Ambivalente Anpassung an den politischen Kontext.....	268
4.1.6	Phasenbezogene Schwerpunkte der TFS.....	271
4.1.7	Ausblick: Chancen und Kompromisse	276
4.2	Familienklassenzimmer – Strukturen, Werkzeuge und Methoden	277
	<i>Joerg Hael</i>	
4.2.1	Arbeitskontext und -konzept	277
4.2.2	Werkzeuge für die Familienklasse	281
4.2.3	MFT-Methoden für das FKZ	284
4.2.4	MFT-Übungen und -Aktivitäten	286
4.2.5	Ausblick	296
4.3	FiSch – Familie in Schule	297
	<i>Ulrike Behme-Matthiessen & Thomas Pletsch</i>	
4.3.1	Einleitung.....	297
4.3.2	Familie in Schule: Ein Beispiel aus der Praxis.....	297
4.3.3	Zusammenspiel der Kräfte: Multifamilientherapie	299
4.3.4	Schulerfolgskreis	300
4.3.5	Zielorientiertes Arbeiten	301
4.3.6	FiSch-Praxis	302
4.3.7	FiSch in der Klinik – FiSch an Regelschulen.....	312
4.3.8	FiSch in der Forschung	313
4.3.9	Ausblick	314
4.4	Familienschule im ländlichen Raum	314
	<i>Markus Föhl & Olaf Tietjen</i>	
4.4.1	Einführende Bemerkungen	314
4.4.2	Konzeptionelle Rahmenbedingungen und Zielsetzung der Familienschule	319
4.4.3	Zielgruppe und Struktur der Familienschule in Cadenberge	320
4.4.4	Zugang/Aufnahmeverfahren.....	321
4.4.5	Aufgaben der Lehrer der Familienschule und der MFT-Berater.....	322
4.4.6	Ergebnisse und Evaluation	323
4.5	Familienschule in der Großstadt	326
	<i>Sylvia Beuth & Cornelia Adolf</i>	
4.5.1	Arbeitskontext	326
4.5.2	Wie kommt eine Familie in die Familienschule?	327
4.5.3	Arbeit in Zwangskontexten.....	328
4.5.4	Strukturen, Haltungen und Methoden der Familienschule...	329
4.5.5	Ergebnisse.....	332

4.6	Mentalisierungsinspirierte Arbeit an einer dänischen Familienschule	333
	<i>Tommy Hjordt, Pernille Vinther Christensen, Eva Glück Cadan, Torben Rasmussen, Anders Strand & Henriette Wilson</i>	
4.6.1	Arbeitskontext und -modell	333
4.6.2	Arbeit in der »Familienstube«	336
4.6.3	Arbeit in der Familienschulgruppe	339
4.6.4	Gefühlsarbeit	343
4.6.5	Ausblick	345
4.7	Familienklassenzimmer – auch in der Schweiz!	346
	<i>Jens Frost & Peter Vogt</i>	
4.7.1	Schulischer Kontext	346
4.7.2	MFT im schulischen Kontext – ein neues Angebot für Schulen?	347
4.7.3	Implementierung des FKZ in einer Sonderschule	348
4.7.4	Multifamiliengruppenarbeit als situative Unterstützung	349
4.7.5	Familienklassenzimmer in der Regelschule	350
4.7.6	Fazit und Ausblick	351
5	Forschung	353
	Einführende Bemerkung	353
5.1	Evidenzbasis	354
	<i>Zoé Gelin, Solange Cook-Darzens & Stéphan Hendrick</i>	
5.1.1	Schizophrenie und Psychose	354
5.1.2	Affektive Störungen	357
5.1.3	Essstörungen	361
5.1.4	Substanzmissbrauch, Alkoholabhängigkeit und Süchte	364
5.1.5	Sozialer und schulischer Ausschluss	366
5.1.6	Chronische organische Krankheiten	367
5.1.7	Weitere Krankheiten und Störungen	370
5.1.8	Prozessforschung	372
5.1.9	Fazit und Ausblick	375
5.2	MFT-Forschung in Deutschland	376
	<i>Michael Scholz</i>	
5.2.1	Die Studien von Scholz (1984) und Selisko (1994)	376
5.2.2	Die Studie von Süß-Falkenberg (2005, 2006)	378
5.2.3	Die Studie von Rix (2006)	381
5.2.4	Die Studie von Klein und Fink (2016)	381
5.2.5	Die Studie von Hackenbruch (2010)	383
5.2.6	Magdeburger Untersuchungen	383

5.2.7	Die Studie von Born (2012)	385
5.2.8	Fazit und Ausblick	386
6	Vernetzung und Finanzierung	387
	Einführende Bemerkung	387
6.1	Vernetzung und Weiterentwicklung der MFT in Deutschland	388
	<i>Heidjer Schwegmann, Christian Scharfe & Michael Scholz</i>	
6.2	Finanzierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	390
	<i>Cornelia Stefan</i>	
6.2.1	MFT in der psychiatrischen Institutsambulanz.....	391
6.2.2	MFT in einer KV-Praxis	393
6.2.3	Bilanz.....	394
6.3	Finanzierungsmodelle in der Jugendhilfe	394
	<i>Karin Bracht & Heidjer Schwegmann</i>	
6.3.1	Regelfinanzierung	394
6.3.2	Projektfinanzierungen	395
6.3.3	Sozialraumbudget	395
6.3.4	Schulbezogene MFT-Finanzierung	396
6.3.5	Kooperation mit den Kostenträgern	396
6.3.6	Kosten	397
Anhang	399
Literatur	399
Register	418
Über die Autoren	438
Über die Herausgeber	443

dass es nicht mehr angebracht ist, von einem »Marlborough-Modell« zu sprechen. Man könnte vielleicht treffend ausrufen: »Das »Marlborough« ist tot. Lang lebe die MFT in ihrer Vielfalt!«

1.2 Paradigmenwechsel in der Therapeutenrolle

Michael Scholz

Die Mehrzahl der MFT-Projekte entsteht in Settings wie Jugendämtern, Schulen oder Kliniken, die oft ein traditionelles Rollenverständnis von »Helfern« haben. Dazu gehört, dass bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen die elterliche Verantwortung für das Kind an das Personal delegiert wird. Sozialarbeiter, Ärzte, Psychiater, Psychologen, Lehrer, Krankenschwestern, Pfleger, Erzieher und Therapeuten werden zu zeitweiligen Ersatzeltern – vor allem wenn das Kind stationär oder tagesklinisch aufgenommen, in ein Kinderheim oder therapeutisches Wohnheim geschickt wird.

Personal mit einer jahrelang erfolgreich praktizierten, fürsorglich-betreuenden Haltung empfindet es als besonders schwierig, die Eltern zu unterstützen, ohne dabei ungewollt oder unbewusst und in guter Absicht mit den Eltern um das Kind zu konkurrieren. Diese zutiefst menschliche, aktiv helfende, altruistisch karitative oder mütterliche/väterliche Haltung ist oft eine entscheidende Motivation, einen solchen Helferberuf zu ergreifen. Sie ist auch eine grundlegende Voraussetzung, ihn erfolgreich auszuüben. Dabei werden Betreuer zu annehmenden, liebevollen, aber auch angemessen Grenzen setzenden Elternsurrogaten, was sie trotz der anstrengenden Arbeit durch diese Grundhaltung letztlich mit tief gehender Genugtuung erfüllt. Manche Einrichtungen nutzen den Umgang von Mitarbeitern mit dem Kind sogar gezielt als Modell für die Eltern, die direkt dazu eingeladen werden, vom Personal zu lernen, »bessere Eltern« zu werden.

Der systemische Ansatz verlangt allerdings, diese traditionelle Haltung aufzugeben. Nicht die Betreuer und Therapeuten sollen die »besseren Eltern« sein, sondern sie sollen die tatsächlichen Eltern dabei unterstützen, ihre Verantwortung unbedingt wahrzunehmen, trotz ihrer augenscheinlichen Scheuklappen, Eigenheiten oder gar »Verrücktheiten« im Umgang mit ihren Kindern und mit sich selbst. Eltern allerdings erwarten oder wünschen sich sogar oft – verstärkt durch die heutige allgemeine Konsumhaltung –, vom Personal zu Beginn der Therapie und in Krisensituationen einen solchen Service oder wenigstens einen guten Rat zu erhalten, nicht selten mit verführerischen Sprüchen wie: »Sie sind doch die Fachleute.« Den Eltern die Verantwortung für ihr Kind abzunehmen bedeutet aber, mit ihnen potenziell zu konkurrieren und sie als Eltern zu entwerten, auch wenn

es Therapeuten manchmal in den Fingern juckt, dem »armen Kind« etwas Gutes zu tun und es damit bewusst oder unbewusst vor seinen »unfähigen Eltern« zu schützen.

Der *Paradigmenwechsel weg von einer kindzentrierten und hin zu einer familienzentrierten Betreuung* kann auch dadurch erschwert werden, dass die zeitweilige Abgabe ihrer Sorgen an Betreuer und Therapeuten für manche Eltern zunächst eine Entlastung ist. Die Erwartungen der Eltern, die sich zu Beginn der Behandlung ihres Kindes Unterstützung durch das Personal versprechen und hoffen, dass ihr schwieriges Kind ihnen doch wenigstens vorübergehend abgenommen wird oder man ihnen mithilfe einer »Super-Nanny« zeigen könnte, wie man es anders und besser machen könnte, laufen dem familienzentrierten Modell entgegen.

In der systemischen Familienarbeit bleibt die Verantwortung von Anfang an bei den Eltern, obschon der Therapeut voll verantwortlich für die Therapie der Familie ist. Bei der Multifamilientherapie ist diese Grundsatzhaltung noch viel expliziter, denn hier sollen sich Familien gegenseitig helfen, wenn nicht sogar »therapieren«. So ist es für traditionell kindzentriert arbeitende Fachkräfte über lange Strecken oft nicht leicht, die Verantwortung für das Kind den Eltern während der MFT ganz zu übertragen. MFT-Therapeuten sollten sich deshalb stets fragen:

- Was kann der Familie übertragen werden?
- Was kann die Gruppe selbst regeln oder organisieren?
- Was sollten wir als Therapeuten tun, damit die Eltern die Verantwortung für ihr Kind übernehmen und/oder die Gruppe aktiv und selbstständig arbeiten kann?
- Wann behindern wir durch unsere Aktivität und Fürsorge und unsere gewohnte Haltung diesen wichtigen Prozess?

1.2.1 Therapeutenpositionen

Eine der Hauptaufgaben der Therapeuten ist es, die Familien und die Teilnehmer insgesamt miteinander ins Gespräch zu bringen, sodass sie eine gemeinsame Sprache finden. Dazu dient eine Technik, die eine wesentliche Grundlage der MFT-Arbeit ist, um inter- und intrafamiliäre Verbindungen herzustellen, das *Verbinden*. Wie ein chemischer Katalysator bringen die Therapeuten Prozesse zwischen Familien in Gang, Interaktionen, die sonst nicht zustande kommen würden. Der Therapeut verweilt nicht nur bei einer Familie, sondern ist und bleibt in Bewegung und nimmt sich, sobald interfamiliäre Verbindungen geschaffen sind, sofort zurück, um die sich entwickelnden Interaktionen nicht zu stören. Mit nonverbalen Gesten, wie z. B. bewusstem Wegschauen, oder mit einem Platzwechsel signalisiert der Therapeut, dass er sich aus dem heraushält, was zwischen zwei Familien vor sich geht. Deshalb fixiert der Therapeut nicht eine bestimmte Person oder Familie, sondern seine Augen wandern (wie bei einem Scanner) zwischen den Teilnehmern der Großgruppe hin und her. Auf diese Weise demonstriert er zugleich sein Interesse

am Gesamtgeschehen und begibt sich in eine Art *Metaposition*, die es ihm erlaubt, aus der Distanz zu beobachten, was sich in und zwischen den Familien ereignet. Eine solche Distanz hat den Effekt, dass die Gruppe selbst aktiviert wird und, mehr und mehr auf sich selbst gestellt, losgelöst vom Therapeuten arbeitet. Dieser kann in dieser Position in Ruhe schwierige Interaktionen beobachten oder identifizieren, dann über mögliche Interventionen reflektieren und, falls nötig, gezielt eingreifen. Das unentwegte »Wandern« der Augen kann auch körperlich unterstützt werden. So kann der Therapeut zwischen den Familien »wandern«, sich einer Familie und einem bestimmten Mitglied nähern, um Feedback bezüglich einer Beobachtung zu geben.

Wie unsere Erfahrung zeigt, verwickeln einzelne Familien oder deren Mitglieder oft den Therapeuten in ein Gespräch, statt sich mit anderen Teilnehmern auszutauschen. Der Therapeut nimmt dieses »Angebot« nicht an, sondern ermutigt die Betroffenen, direkt miteinander zu kommunizieren: z. B.: »Frau Schmidt, sagen Sie bitte das Gleiche Ihrer Tochter noch mal, aber direkt.« Dabei hilft es, wenn der Therapeut ohne Stuhl arbeitet, also stehend oder auch kniend. Auf diese Weise macht er klar, dass er nur kurz »da« sein wird und es nicht zu einer »Sitzung« kommt. So *wechselt* die Therapeutenposition *zwischen Nähe und Distanz*. Häufig ist die Arbeit ohne Stuhl, wenn der Therapeut seine sitzende, ihn bindende Position verlässt und sich im Raum bewegt, viel effektiver als wenn er am Stuhl »kleben bleibt«. Aufzustehen, um sich zu bewegen, um zwischen den Familien zu wandern, sie zu umkreisen, sich zu einer Familie zu setzen oder vor einen Teilnehmer zu hocken oder sich kurzzeitig vor jemanden zu knien kann die Distanz vermindern und das übliche Gefälle vom Therapeuten zu den Teilnehmern verändern. Das schafft auf unkonventionelle Weise einen anderen Kontext, in dem ein kurzes, sehr persönliches Einzelgespräch im Beisein der Gruppe möglich ist. Diese *Beweglichkeit* ist unverzichtbar für MFT-Therapeuten. Der Therapeut kann damit innerhalb, aber auch schnell außerhalb der Interaktion sein. Er *demonstriert wechselnd Distanz und Nähe*, ähnlich wie bei einem bewegten Tanz. Manchmal kann er sogar den Raum verlassen und somit den Familien die Botschaft geben, dass sie »ihr eigenes Ding drehen« können. Allerdings ist dies nur bei hinreichender Gruppenkohäsion möglich und wenn er und seine Kollegen fest an die Eigenressourcen der Familien glauben und ihre Präsenz nicht immer für notwendig für das Gelingen einer Gruppe halten.

MFT beinhaltet viel Bewegung und erstrebt die Schaffung multipler Kontexte und Sichtweisen. Um das zu erreichen, sind Therapeuten anfangs sehr aktiv – mit dem Ziel, die Familien zur Eigenaktivität zu bewegen. Während zu Beginn der MFT »hands on« (»Hand anlegen«, aktiv sein) wichtig ist, sollten Therapeuten mit der Zeit den Mut haben, die »Hände-weg-Position« einzunehmen (»hands off«). Zu Beginn der Arbeit mit einer Gruppe sind die Therapeuten die »Macher«: Ihre Aufgabe besteht darin, Kontext und Atmosphäre für das gemeinsame Arbeiten zu schaffen.

Die Flexibilität der Therapeuten wird somit sichtbar im wechselnden Aktivitätsniveau, im Umgang mit Distanz und Nähe, im Aktivieren, Anwärmen, Fokus-

sieren und im Sich-Zurückziehen, um der Gruppe die Verantwortung zu übergeben.

MFT-Therapeuten sollten nicht nur mit Augen und Körper beweglich sein, sondern auch in ihren konzeptuellen Positionen. Anfangs ist der Therapeut meist sehr zentral und aktiv lenkend. Er ist der »Kontextmacher«. Ziel ist, alle Teilnehmer, alle Familien so schnell wie möglich anzuwärmen, zu verbinden, zum Austausch anzuregen, damit sie zu gemeinsamer Arbeit kommen. Das kann nur in einer gegenseitig akzeptierenden, wohlwollenden Weise geschehen, in der die Familien bereit sind, sich zu öffnen, ohne dass in ihnen Widerstand und Abwehr aufkommen. Dies erfordert von den Therapeuten anfangs ein qualifiziertes Vorgehen, wobei sie stets alle Teilnehmer im Auge behalten sollten. Alle Teilnehmer müssen sich angesprochen und mitgenommen fühlen. Außenseiter und zurückhaltende Menschen müssen ebenso involviert werden wie dominierende »Alphas« behutsam zu bremsen sind. Das ist keine leichte Aufgabe und erfordert von den Therapeuten ein sehr aktiv strukturierendes, immer wieder anwärmend-anregendes Vorgehen, gepaart mit Umsicht, Flexibilität und Feinfühligkeit.

1.2.2 Das Zusammenspiel der Therapeuten

Die Vorbereitung der Therapieeinheiten im Vorfeld der MFT-Sitzungen ist entscheidend für ein reibungsloses Kooperieren der Gruppe. Beide Therapeuten planen gemeinsam die Sitzung, bereiten die Interventionen vor und spielen mögliche Schwierigkeiten oder kritische Situationen zusammen gedanklich durch. Sie haben sich entweder über die Verteilung der Rollen abgestimmt oder sich bewusst für eine offene und themengenerierende Gesprächsführung entschieden. Die Therapeuten sehen sich als *Partner in gegenseitiger Ergänzung* und nur in speziellen, abgestimmten Situationen, vielleicht auch nach vorheriger Absprache, als Duo aus einem Hauptakteur und einem Assistenten. Sie wechseln sich in ihren Aktivitäten ab, übernehmen voneinander fließend den Staffelstab in der Gesprächsführung, sind aber beide immer präsent und aufmerksam gegenüber der Gruppe, den einzelnen Familien und den einzelnen Personen. Sie sitzen nicht, etwa aus Unsicherheit, nebeneinander, als »geballte Kraft«. Stattdessen sitzen sie sich gegenüber, immer weit voneinander entfernt, um sich gegenseitig sehen und gegebenenfalls durch Blickkontakt Signale und Hinweise geben zu können. Die Familien empfinden die Verteilung der Therapeuten im Raum als angenehm und wenig »bedrohlich«. Die Therapeuten versuchen, sich so zu verhalten, so miteinander zu reden und sich so abzustimmen, wie es Eltern untereinander und im Umgang mit ihren Kindern tun könnten. Sie verstehen sich als *gleichberechtigte Partner, die miteinander wohlwollend und loyal, aber auch transparent und kritisch umgehen*.

Das Therapeutenteam kann in seinem Zusammenspiel verschiedene »Besetzungen« übernehmen: Während etwa einer die Rolle des »guten, verständnisvollen und empathischen Therapeuten« übernimmt, kann sich der andere die Rolle des

»querulatorischen Querdenkers« leisten, kritische, provokante oder unbequeme Denkpositionen zu äußern. Trotz einer grundsätzlichen gegenseitigen Loyalität ist es möglich, dass Therapeuten sich über ein Thema uneinig sind, ebenso wie Eltern sich nicht immer einig sind im Umgang mit ihrem Kind. Die Therapeuten sind sich allerdings »einig in ihrer Uneinigkeit«, d. h., sie gehen transparent mit ihren unterschiedlichen Positionen um, diskutieren vor der Gruppe und mit deren Unterstützung und finden zu einem ausgehandelten Kompromiss. Dieses Zusammenspiel mitzuerleben ist auch für die Kinder und Jugendlichen in der Gruppe hilfreich. Sie können so andere Konfliktlösungsstrategien kennenlernen als die, die derzeit in ihrer eigenen Familie überwiegen. Sie erleben sich eingebunden in die Diskussionen, ohne damit überfordert zu werden.

Der momentan nicht aktive Therapeut verfolgt sehr genau diesen werdenden Prozess und beobachtet alle Gruppenmitglieder und seinen agierenden Kollegen. Keinesfalls sollte er zu passiv und zu zurückhaltend sein, sondern seinen Kollegen unterstützen, ergänzen, aber auch bremsen und, falls nötig, angemessen korrigieren statt ihm zuzusehen, wie er sich verzettelt und den Faden verliert. Das Prinzip »vier Augen sehen mehr als zwei« gilt besonders in der MFT, wenn man mit 15 bis 25 Menschen unterschiedlichen Alters arbeitet. Ein gutes Zusammenspiel, das Grenzen und Funktionen zwischen beiden verwischen lässt, ist hilfreich für die gesamte Gruppe und kann nicht nur die schwere Anfangsarbeit zu einem befriedigenden Vergnügen für beide Therapeuten machen. Die damit entstehende positive Atmosphäre begünstigt die Offenheit und regt ein gesundes Neugierverhalten an, beides Voraussetzungen für die Entwicklung einer guten Gruppenkohäsion.

Ist dieser wichtige erste Schritt gelungen, sollte die Verantwortung zunehmend und wo immer möglich der Gruppe übertragen werden. Das geschieht unter anderem, indem sich die Therapeuten zurückziehen und eine beobachtende, »kreisende« Haltung einnehmen. Das zeitweilige vollständige Sich-Zurückziehen beider Therapeuten, indem sie den Raum verlassen, wenn die Gruppe beginnt, selbstständig zu arbeiten, ist ein Signal für das Vertrauen, dass sie als Gruppe wirklich eigenverantwortlich arbeiten können. Mit diesem durch das Verhalten der Therapeuten initiierten Prozess wird das Prinzip der Eigenverantwortung des Einzelnen, der Eltern, der Familie, der Gruppe entscheidend unterstützt.

Im Therapeutenteam kommt es immer wieder vor, dass einer diese Grundregel zeitweilig aus dem Auge verliert, vor allem, wenn er aktiv und strukturierend tätig ist. Hier ist es Aufgabe des nicht agierenden, beobachtenden Kollegen zu bremsen. Das könnte folgendermaßen geschehen:

- Variante 1: Einleitung eines offenen kurzen Austauschs zwischen den Therapeuten vor der Gruppe auf der Metaebene: *»Stopp! Kann ich mal kurz unterbrechen? (An den agierenden Therapeuten gewandt:) Ich glaube, du bist jetzt zu aktiv. Denkst du nicht auch, dass die Familie oder die Gruppe das selbst übernehmen kann?«*

- Variante 2 mit ähnlichem Beginn, fortgeführt unter Einbeziehung der Gruppe:
»Was meinen die anderen? Sollen wir als Therapeuten das übernehmen oder Familie X selbst? Was würde der Familie mehr helfen? Was meinen Sie, Frau Y?«

1.2.3 Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung hat in allen Psychotherapien den größten Anteil an der Wirkung (Grawe 1994, 1998): 30 % gehen auf das Konto unbeeinflussbarer Wirkungsfaktoren wie z. B. die Genetik, 30 % trägt die psychotherapeutische Methode bei; die therapeutische Beziehung wirkt dagegen mit einem Anteil von 40 % – und zwar unabhängig von der Methode. Bei einer von hoher Kompetenz der Therapeuten getragenen MFT mit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ergibt sich eine Wirkfaktorensomme von 70 %.

Eine therapeutische Beziehung ist eigentlich immer die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Einzelnen. In Gruppenkontexten könnte es zunächst den Anschein haben, als würde die therapeutische Beziehung in der MFT weniger berücksichtigt werden. Schon der Grundsatz »Eltern sind für ihre Kinder voll verantwortlich« könnte missverstanden werden. Wenn die Verantwortung den Eltern übergeben wird, haben die Therapeuten dennoch stets das Kindeswohl im Auge. Auch Kernschlagwörter wie »Therapeuten als Kopiloten« oder »Therapeuten auf dem Rücksitz« könnten ebenfalls missverstanden werden – als bräuchten Therapeuten keine Beziehung zu den Gruppenteilnehmern. Um aber im Verlauf des therapeutischen Prozesses den Familien mehr Verantwortung zu übergeben, damit die Therapeuten sich wirklich »auf den Rücksitz begeben können«, braucht es ein Gespür für den richtigen Zeitpunkt und die passende Situation. Außerdem setzt dies eine gegenseitige Vertrautheit und Sicherheit voraus, also eine tragfähige therapeutische Beziehung, für deren Gelingen hauptsächlich die Therapeuten verantwortlich sind.

Wie entwickelt man nun die therapeutische Beziehung? Schon die vorbereiteten motivierenden Gespräche sollen Vertrauen aufbauen. Dabei sind nicht nur die Worte, sondern auch die nonverbale Kommunikation wichtig, etwa Tonfall, Körperhaltung, Mimik, Gestik und Blickkontakt. Potenzielle MFT-Teilnehmer haben leicht nachvollziehbare Ängste, etwa dass sie ihre familiäre »Schmutzwäsche« in aller Öffentlichkeit waschen sollen oder dass sie missverstanden oder kritisiert werden. Auf diese Befürchtungen einzugehen erfordert eine nicht wertende Akzeptanz, Feingefühl, Sensibilität sowie Sicherheit, damit die Familie sich gut angenommen fühlt und schließlich doch an der MFT teilnimmt. Zu Beginn einer neuen Gruppe spüren die meisten Teilnehmer noch einmal intensive Unsicherheit und Angst, und auch diese Empfindungen sind normal. Es ist die Aufgabe der Therapeuten, den Teilnehmern die Angst zu nehmen oder sie zumindest zu mindern und gleichzeitig die Familien behutsam zu verbinden. Dazu gehört eine freundliche Begrüßung. Die Therapeuten stellen sich als Erste vor, ohne lange Erklärungen und Reden. Sie

müssen den Ablauf der Gruppe hinreichend strukturieren, denn Struktur bindet Angst. Wird die Gruppe zwar freundlich, aber wenig strukturierend laufen gelassen, kann ebenfalls Angst und Unsicherheit aufkommen. Eine zu große Freundlichkeit der Therapeuten wird oft als Ausdruck ihrer eigenen Unsicherheit empfunden.

Jeder Gruppenteilnehmer, ob jung oder alt, wird persönlich angesprochen und behutsam in die Runde einbezogen. Sprechen Teilnehmer gleich zu Beginn gravierende eigene Probleme an und gehen Therapeuten sofort darauf ein, kann das ebenfalls Angst hervorrufen und dazu führen, dass Familien nicht wiederkommen. Bei augenscheinlich dringenden Problemen, die sich nicht verschieben lassen, kann ein Therapeut außerhalb der Gruppe einzeln mit dem Betroffenen sprechen. Man kann auch zunächst eine hinreichende Gruppenkohäsion schaffen, um das Problem mit der gesamten Gruppe zu bearbeiten. Die Gründe dafür sollten der Gruppe auf jeden Fall erklärt werden.

Sehr unsichere Teilnehmer brauchen besondere Aufmerksamkeit. Sie werden behutsam ins Gespräch einbezogen. Ein Therapeut kann sich auch zeitweilig neben sie setzen, denn Nähe kann Angst binden. Bei gehemmten, unsicheren Teilnehmern ist es günstig, dem Betroffenen gegenüber in der Pause persönlich eine kleine Wertschätzung zu äußern und dies nicht in der Gruppe »an die große Glocke zu hängen«.

1.2.4 Verantwortungsübergabe in der MFT

Die Übernahme der Verantwortung der Eltern für ihr Kind ist eines der wichtigsten Prinzipien der MFT. Das ist den Eltern in Familientageskliniken oder auf Familienstationen leichter zu vermitteln, weil die Eltern dann ohnehin rund um die Uhr bei ihrem Kind sind. Die Situation ist weitaus komplizierter, wenn MFT stundenweise in bestehende tagesklinische oder stationäre Behandlungskonzepte integriert ist. Hier können die Eltern für ihre Kinder nur während der MFT verantwortlich sein. Im stationären Bereich sind die Mitarbeiter, ob in der Kinderpsychiatrie oder der Jugendhilfe, 24 Stunden pro Tag für die betreuten Kinder und Jugendlichen verantwortlich. In der Regel haben Kinder zu den Mitarbeitern eine gute Beziehung, die durch das Bezugsschwesternsystem in der Kinderpsychiatrie noch enger sein kann und therapeutisch auch erwünscht ist. Während der MFT haben die Kinder zudem noch einen »Heimvorteil«: Es ist *ihre* Station und *ihre* Tagesklinik. So kommt es, dass Eltern vor allem in den ersten Gruppen unsicher sind und »fremdeln«. Manche Kinder setzen sich deshalb zu Beginn einer Gruppe nicht zu ihren Eltern, sondern zu ihren »Ersatzmüttern«. Das können Eltern als kränkend empfinden, wodurch sie noch unsicherer werden, aber auch die »Ersatzmütter« fühlen sich dabei nicht wohl. Wenn diese sensiblen Übergänge nicht geregelt sind, wissen Mitarbeiter nicht, ob das Kind bei ihnen sitzen bleiben kann oder zu den Eltern gehen sollte. Um diese schwierige Situation klar zu strukturieren, hat sich das *Ritual der Verantwortungsübergabe* bewährt. Die Mitarbeiter übergeben die Verantwortung, die sie bisher für die Kinder hatten, an die Eltern.

Eine Möglichkeit ist, jede Mutter und jeden Vater direkt anzusprechen: »Frau Müller, ich war bis jetzt für Ihren Max verantwortlich. Ich übergebe jetzt die Verantwortung an Sie.« Mutter und Kind werden gebeten aufzustehen, sich die Hände zu geben, sich anzusehen und Folgendes zu sagen. Mutter: »Max, ich bin jetzt für dich verantwortlich.« Max: »Mama, du bist jetzt für mich verantwortlich.« Falls der Vater anwesend ist, sollte er ebenfalls seinem Kind sagen, dass er auch verantwortlich ist. Die Mitteilung muss klar und deutlich formuliert sein, also nicht in der Form: »Ich übergebe jetzt die Verantwortung an Sie« oder »Nehmen Sie die Verantwortung an?« Gerade Letzteres kann schnell missverstanden werden. Es gibt immer wieder Eltern, die dann nicht für ihr Kind verantwortlich sein wollen und aus verschiedensten Gründen möchten, dass die Mitarbeiter weiter für ihr Kind zuständig sind.

In den ersten MFT-Gruppen sollte diese Übergabe mit *jedem* Kind durchgeführt werden. Am Ende der Gruppenstunde übergibt der Elternteil die Verantwortung an die Mitarbeiterin: »Max, jetzt ist wieder Frau Schneider für dich verantwortlich.« Die Mitarbeiterin antwortet: »Max, jetzt sind wir wieder für dich verantwortlich.« Dieses Ritual schleift sich in kurzer Zeit ein und wird dann so selbstverständlich, dass alle zugleich angesprochen werden können: »Liebe Kinder, bis jetzt waren wir für euch verantwortlich. Jetzt sind eure Eltern für euch wieder verantwortlich.« Eltern und Kinder nehmen sich in der Regel gleich an den Händen, was die Bindung auffrischt. Wird diese kurze, aber wichtige Prozedur vergessen, fordert nicht selten ein Kind sie für sich ein: »Mama, du bist heute noch nicht verantwortlich für mich, bitte sag, dass du es jetzt bist.«

Eine andere Variante, die Verantwortungsübergabe besonders für jüngere Kinder transparent und sichtbar zu machen, ist folgende: Die Therapeuten verwenden ein Säckchen mit bunten Glasmurmeln, woraus sich die Eltern zu Beginn als Symbol für die Verantwortung eine Murmel nehmen und aufbewahren. Die Kinder können sich ebenfalls eine Murmel aussuchen und den Eltern übergeben. Am Ende werden alle Murmeln wieder in das Säckchen gelegt, das ein Mitarbeiter dann an sich nimmt.

Offenbar brauchen Kinder ein solches Ritual, das auch der Bindung guttut. Den Eltern und dem Personal wird damit der Rollenwechsel klar und unkompliziert vermittelt. Falls ein Elternteil sich in der Pause nicht um sein Kind kümmert, kann ein Mitarbeiter ihn freundlich erinnern: »Herr Schmidt, denken Sie noch an ihre Verantwortung?« Die Verantwortungsübergabe für Jugendliche ist ebenfalls notwendig, sollte aber moderater und sachlicher gestaltet werden.

Es ist allerdings selbstverständlich, dass die Mitarbeiter schon aus rechtlichen Gründen immer die Verantwortung tragen und in akuten Risikosituationen sofort handeln müssen, wenn Eltern nicht dazu in der Lage sind oder gerade ihr Kind nicht im Auge haben, auch wenn ihnen formal die Verantwortung übergeben wurde.

1.3 Das »erweiterte Fünfschrittemodell«

Michael Scholz

Eine systemische Basistechnik, die seit Jahren zum Standard in der Arbeit mit Familien gehört, ist das *Fünfschrittemodell* (Asen 1997). Es wird angewendet, wenn das Verhalten von Eltern in einer Situation dem Kind gegenüber nicht angemessen oder erfolglos ist oder wenn Eltern ein auffälliges Verhalten ihres Kindes nicht wahrnehmen oder nicht darauf reagieren und einfach so tolerieren. Das Modell vermeidet die seitens der Eltern von den Therapeuten erwarteten und erhofften Ratschläge; stattdessen wird Eltern Schritt für Schritt geholfen, selbst ihre eigenen, für sie und das Kind angemessenen Lösungen im Umgang miteinander zu finden. Das stärkt das elterliche Selbstvertrauen (»ich kann doch etwas«) und erhöht ihre Selbstwirksamkeit. Damit ist das Fünfschrittemodell ein geeignetes Instrument, um den Paradigmenwechsel zu realisieren und so eine der wichtigsten Grundlagen der MFT praktisch umzusetzen: die Eigenverantwortung der Eltern für ihr Kind.

Das Fünfschrittemodell ist *handlungsbezogen* und hat *nicht* die interaktive, emotional differenzierende Ebene des Mentalisierens, nämlich das Hineinfühlen in einen anderen und in unsere eigenen emotionalen Reaktionen (Kapitel 1.4). Stattdessen fokussiert es auf eine konkret beobachtbare problematische Situation mit dem Ziel, dass Eltern selbst eine »Intervention« (er)finden. Diese mag nicht die gleiche sein, zu der Therapeuten geraten hätten, aber sie ist maßgeschneidert zunächst für eine spezifische Situation und deshalb passender für die Eltern und ihr Kind.

Das Fünfschrittemodell kann sowohl in der Einzelarbeit als auch in der MFT-Gruppe verwendet werden, eben in Situationen, in der Eltern von Helfern Ratschläge erwarten. Es ist wichtig, dass alle Teammitglieder das Fünfschrittemodell anwenden, um eine kohärente Umgangsweise zu schaffen.

Die fünf wichtigsten Schritte sind:

- 1) **B**eobachtung
- 2) **B**eobachtungsvergleich
- 3) **B**ewertungsvergleich
- 4) **W**unsch nach Veränderung
- 5) **A**ktion – der erste Schritt

oder mnemonisch kurz: **B–B–B–W–A**.

Schritt 1: Beobachtung

Die MFT-Fachkraft beginnt damit, dem Elternteil oder dem Kind seine Beobachtung einer auffälligen Interaktion und Kommunikation mitzuteilen. Hierbei ist

eine neutrale, wertfreie Beschreibung, kongruent mit Mimik, Gestik und Tonfall, eine wichtige Voraussetzung. Sonst spüren Eltern sehr schnell, was Therapeuten für »richtig« halten, womit ihre selbstständige Entscheidung beeinflusst werden kann. Dieser 1. Schritt, das Mitteilen unserer Beobachtung, könnte so formuliert werden:

»Ich sehe/beobachte/bemerke, dass ...

- ... Sie wollen, dass Hans seine Schuhe anzieht, er das aber nicht macht.«
- ... du, Hans, dich entschlossen hast, genau das Gegenteil von dem zu machen, was deine Mutter will.«
- ... Sie beide [die Eltern] miteinander sprechen wollen, aber Peter immer dazwischenfunkelt.«

Schritt 2: Beobachtungsvergleich

Nun werden die Wahrnehmungen der MFT-Fachkraft mit denen der Eltern oder Kinder verglichen: »Sehen Sie das auch so, oder liege ich da total falsch?«

Schon in der Formulierung wird vermittelt, dass die MFT-Fachkraft ihre Beobachtung infrage stellen kann, um es z. B. einer Mutter zu erleichtern, deren eigene Beobachtung mit der der MFT-Fachkraft zu vergleichen. Die Fachkraft muss sich vergewissern, dass Ihre Wahrnehmung von der Mutter ähnlich gesehen wird. Ist das nicht der Fall und versteht die Mutter nicht, wovon die MFT-Fachkraft überhaupt spricht, dann empfiehlt es sich, nicht auf weitere Diskussionen einzugehen, sondern einzulenken: »Das habe ich wohl falsch gesehen/verstanden.«

Schritt 3: Bewertungsvergleich

Dieser »Schritt« umfasst zwei Stufen:

- 1) Übereinstimmung
- 2) Keine Übereinstimmung

Stufe 1: Übereinstimmung

Falls es eine Übereinstimmung gibt, kann der 3. Schritt, die Frage nach der Bewertung, folgen: »Wollen Sie, dass es so ist? Ist Ihnen das recht oder nicht?«

Dies erlaubt der Mutter, mit »Ja« oder »Nein« zu antworten, und die MFT-Fachkraft kann dann die Antworten im Detail explorieren. In dem Fall, dass die Antwort »Nein« lautet, die Mutter also nicht will, dass ihr Kind weiterhin schreit, kann die MFT-Fachkraft Folgendes sagen:

»Sie sagen also, dass Sie nicht wollen, dass Hans laut schreit.« (Mutter nickt.) Hier nun stimmt die Mutter mit dem, was der Therapeut als »auffällig« empfand oder »diagnostizierte«, überein, und sie bestätigt, dass dieses Verhalten auch von ihr nicht erwünscht ist. Die MFT-Fachkraft und Mutter können also zusammenarbeiten, weil beide ein ähnliches Ziel zu haben scheinen.

Stufe 2: Keine Übereinstimmung

Allerdings kann es sein, dass das Problem nicht so von den Eltern gesehen, sondern verneint oder bagatellisiert wird. Hier empfiehlt es sich, *nicht* in eine symmetrische Eskalation einzusteigen, sondern gezielte Fragen über Vor- und Nachteile des »Problems« zu stellen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten – *Varianten* – wie man damit umgehen kann.

- 1. *Variante*: MFT-FACHKRAFT: »Sie sagen, dass es Ihnen egal ist, ob Hans laut schreit oder nicht – und augenscheinlich schreit er auch den ganzen Tag im Kindergarten. Was wären Ihrer Meinung nach die Vor- und Nachteile, wenn er einfach für die nächsten paar Stunden so weiterschreien würde? Was, glauben Sie, würde im Kindergarten passieren? Was wären die besten und was die schlimmsten Folgen?«

Auf diese Weise werden Familienmitglieder angehalten, über das Pro und Kontra von Verhaltensweisen nachzudenken, und sie haben so die Möglichkeit, über ihre anfängliche Meinung zu reflektieren und sie dann beizubehalten, zu modifizieren oder zu ändern.

- 2. *Variante*: Bei aggressiven Verhalten von Kindern, wenn das Kind z. B. dauernd an der Kleidung der Mutter zieht oder sie boxt, antworten einige Eltern: »Wenn er das mit mir macht, da habe ich mich dran gewöhnt. Er muss sich doch irgendwo ausleben können. Hauptsache, er lässt das in der Schule.« Hier empfiehlt es sich, der Mutter Brücken zu bauen, damit sie ihm durch klare Grenzsetzungen Verhaltensregeln vermitteln kann.

MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, Sie haben ja eine gute Beziehung zu Ihrem Jungen und wie ich Sie verstanden habe, möchten Sie ja vermeiden, dass er in der Schule ständig getadelt wird. Könnten Sie sich vorstellen, dass, wenn Sie ihm vermitteln, er so etwas mit Ihnen nicht machen darf, es ihm dann auch leichter fallen würde, diese Regel in der Schule zu akzeptieren? Was meinen Sie dazu? Wollen Sie es vielleicht einmal probieren. Glauben Sie nicht, dass er die Probleme in der Schule besser in Griff kriegen wird, wenn er das von Ihnen lernt? Zwar nicht von heute auf morgen, aber auf lange Sicht könnte es dazu führen, dass er sich auch in der Schule angepasster verhält.«

- 3. *Variante*: Der Mutter eine professionelle Entwicklungsprognose anbieten, wenn diese annimmt, das Verhalten werde sich von allein geben oder könne zumindest nicht schlechter werden:

MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, jetzt ist Ihr Junge sieben, aber er wird älter, und nach meiner Erfahrung wird das in der Pubertät mit 10, 11, 12, 13 Jahren immer schlimmer werden. Er wird dann immer auffälliger in seinem Verhalten und noch später, in der Lehre oder vielleicht im Gymnasium, wird er massive Schwierigkeiten haben. Wie wird dann sein Verhältnis zu Mädchen werden? Meine Großmutter hat immer gesagt: ›Wehret den Anfängen.«

Schritt 4: Veränderungswunsch

Der 4. Schritt lädt Eltern (und Kinder) explizit dazu ein, ihre speziellen Änderungsvorstellungen zu äußern.

MFT-FACHKRAFT: »Wenn es nicht so weitergehen soll, wie würden Sie es denn gern haben?« In dem oben zitierten Fallbeispiel könnte die Mutter antworten: »Dass er aufhört zu schreien.«

Schritt 5: Aktion

Nach der Einladung an die Eltern, sich über die eigenen Vorstellungen oder Visionen zu äußern, folgt der 5. Schritt.

MFT-FACHKRAFT: »Was müssten Sie wohl jetzt tun oder sagen, damit er sich verhält, wie Sie es haben wollen?« Nicht selten reagieren Eltern auf diese Fragen eher zögernd und zurückhaltend, oder sie haben selbst keine Vorstellungen. Diesen scheinbaren Denk- und Handlungsblockaden kann man mit verschiedenen Techniken – *Varianten* – begegnen.

1. Variante: »Blumenstrauß«

Die MFT-Fachkraft kann, um die Eltern, in dem obigen Fall die Mutter, anzuregen, ihr einen »Blumenstrauß« mit einer Vielzahl von Lösungen anbieten, z. B. Strafen, Versprechungen, übertriebenen, überzogenen Ideen. Das soll die Mutter dazu animieren, selbst Ideen zu finden oder sich für einen Vorschlag entscheiden, der sich dann in eine Aktion umwandeln lassen kann:

MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, vielleicht bieten Sie ihm an, dass er heute ganz lange Fernsehen darf, wenn er das macht, was Sie wollen. Oder Sie könnten ihm 5 Euro versprechen oder dass er vielleicht morgen nicht in die Schule muss oder dass er ein neues Fahrrad kriegt oder ein großes Eis oder dass Sie ihm sein Lieblingsessen kochen oder dass er am Wochenende Hausarrest kriegt oder sein Taschengeld gesperrt wird oder dass er nächste Woche nicht Fußball spielen darf oder sonst irgendwas ... Oder fällt Ihnen vielleicht noch etwas anderes oder Besseres ein?«

In diesem Blumenstrauß, der ruhig ein bisschen übertrieben sein darf, werden ein oder zwei angemessene Lösungen eingestreut, im gleichen Tonfall, ohne sie damit hervorzuheben. Auf welche »Blume« die Wahl fällt, ist dann auf diese Weise allein den Eltern bzw. dem Elternteil überlassen.

2. Variante: »Parallele Geschichtchen«

Hier bringt die MFT-Fachkraft ihre klinische Erfahrung ins Spiel, indem sie davon berichtet, wie andere Eltern in ähnlichen Situationen vorgegangen sind: »Frau Müller, ich hab da mal eine Familie betreut, da hatte die Mutter in einer ähnlichen Situation folgende Idee ...« Die MFT-Fachkraft animiert dann die Mutter: »Was hindert Sie daran, das jetzt zu tun? Was wäre der erste Schritt, genau dahin zu kommen, wo

Sie hinwollen?« Die »Geschichtchen« anderer Eltern und deren Lösungsstrategien fungieren als eine Art Katalysator, mit dem Ziel, Denken und Handeln in Gang zu bringen.

3. Variante: »Gruppenideen«

In der Gruppe können über zirkuläres Fragen Meinungen und Ideen anderer Teilnehmer eingeholt werden, vor allem auch die der Kinder, um Eltern andere Sichtweisen und potenzielle Lösungen anzubieten. Ein Beispiel: MFT-FACHKRAFT: »Angenommen, Sie hier in der Gruppe wären in so einer Situation, woran würden Sie / würdet Ihr denken und was würden Sie / würdet Ihr tun? Wie würde das Kind wohl reagieren? Und wenn die Reaktion so ausfällt, wie sollte die Mutter in diesem Fall damit umgehen?«

1.3.1 Das erweiterte Fünfschrittemodell: »fünf plus drei«

Das oben beschriebene Fünfschrittemodell lässt sich mit dem Trio *Wertschätzung, Reflexion und Transformation* inhaltlich und strukturell erweitern. Dies soll helfen, das Erlebte zu vertiefen und den Transfer zum Alltag vorzubereiten und zu erleichtern.

Wertschätzung

Wenn Eltern, vor allem in Anfangsstadien der MFT, entgegen ihrer Erwartung, von MFT-Fachkräften Ratschläge und Tipps zu bekommen, selbstständig passende Lösungen gefunden haben und wenn ihr Kind das tut, was sie von ihm erwarten, ist das nicht selbstverständlich. Eltern sind dann selbst aktiv geworden und haben entsprechend dem Paradigmenwechsel *selbst* die Verantwortung übernommen. Das kann ihr Selbstvertrauen stärken und ist der Beginn einer besseren Selbstwirksamkeit.

Die Änderung ihrer Erwartungshaltung und der Erfolg der Eltern sollten deshalb gewürdigt und damit emotional verankert werden, sie brauchen Anerkennung und Wertschätzung:

MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, ich staune. Ich hätte vor 5 Minuten nicht gedacht, dass Sie eine solch erfolgreiche Lösung allein finden könnten. Das haben Sie wirklich gut gemacht. Ich freue mich sehr, ich gratuliere Ihnen.«

Nicht selten reagieren Eltern dann folgendermaßen: »Ich bin selbst überrascht. Wenn das auch zu Hause so ginge.« Äußern Eltern sich so, könnte man ihnen antworten, dass darauf später noch eingegangen wird. Wir glauben, dass es wichtig ist, dass sich nach der Wertschätzung zunächst die Reflexion anschließen sollte. Dazu wird die Gruppe befragt. MFT-FACHKRAFT: »Wer hätte von Ihnen anfangs gedacht, dass Frau Müller das schafft? Wie finden Sie das, dass Frau Müller das geschafft hat? Sagen Sie das Frau Müller bitte selbst.«

Reflexion

Der nächste »Schritt« dient dazu, die *intrafamiliären* Reflexionen anzukurbeln: Zu diesem Zweck fokussiert sich die MFT-Fachkraft – in Anwesenheit anderer Familien – spezifisch auf die beobachtete und mit dem Fünfschrittemodell bearbeitete Interaktion in einer Familie. In dem oben zitierten Beispiel wird also jetzt das Kind beteiligt und eine Interaktion zwischen Mutter und Kind initiiert, um beide emotional zu verbinden. MFT-FACHKRAFT: »Max, du hast jetzt das gemacht, was deine Mutter gesagt hat; du sitzt jetzt auf dem Stuhl neben ihr. Warum hast du das jetzt eigentlich gemacht?« MAX: »Weil sie nicht geschrien und nicht geschlagen hat, und dann ist sie zu mir gekommen.« MFT-FACHKRAFT: »Max, sag das doch deiner Mutter bitte selbst.« MAX (sieht die Mutter an): »Mama, du hast nicht geschimpft und mir nicht wehgetan.« Wenn die direkte Interaktion zwischen Mutter und Kind angeregt wird, wird das Gesagte emotionaler empfunden und verbindet mehr. MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, was meinen Sie dazu, wie finden Sie das, was Max gerade gesagt hat? Sagen Sie ihm das bitte selbst.«

Transformation

Das erst einmal in der Einzel- oder Gruppenarbeit Erreichte ist nicht ohne Weiteres unter Alltagsbedingungen wiederholbar. Der »Transfer nach Hause« ist oft schwer, zumal Kinder eine bewundernswerte Expertise haben, ihren »Heimvorteil« auszunutzen. Deshalb sollten Transformationsüberlegungen fester Bestandteil eines jeden therapeutischen Prozesses sein.

1. Variante

MFT-FACHKRAFT: »Max, wie wird das Zuhause sein? Geht das da auch so leicht, oder bestimmst du wieder, was du machen willst?« »Frau Müller, was meinen Sie, wird das Zuhause auch so einfach gehen, oder ist das etwas ganz anderes?«

Wenn die Mutter antwortet, »Da wird Max wieder versuchen zu machen, was er will«, kann die MFT-Fachkraft fragen: »Max, was müsste deine Mutter tun, dass es Zuhause auch so klappt wie hier?«

MAX: »Sie soll nicht schreien und mir nicht wehtun, aber sie muss mir richtig sagen, was ich machen soll.«

MFT-FACHKRAFT: »Max, sag das deiner Mutter selbst.«

2. Variante

Die Spannung kann spielerisch angeheizt werden, um den Ehrgeiz der Mutter zu wecken und auch auf eventuelle Misserfolge vorzubereiten:

MFT-FACHKRAFT: »Wer wird Zuhause gewinnen, du oder deine Mutter?«

MAX: »Ich!«

MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, haben Sie das gehört? Zu Hause bestimmt wieder Max. Ich bin gespannt, wer da gewinnt. Wir sehen uns wieder in der nächsten Woche.«

3. Variante

Falls die Zeit nicht drängt und weiteres Interesse vorliegt, könnten häusliche Bedingungen auch genauer angesprochen werden, um die Strategie zu adaptieren und um eventuell den ersten Schritt in die gewünschte Richtung realistisch zu gestalten.

In der Gruppe müssen die MFT-Fachkräfte unentwegt abwägen, ob das Thema für andere Eltern ebenfalls ansteht, ob die Gruppe noch genügend aufmerksam ist und das Interesse der Eltern und der Kinder ausreicht, um weiterzuarbeiten. Solche Überlegungen können auf der Metaebene vor der Gruppe zwischen den MFT-Fachkräften angesprochen werden, um dann die Gruppe in die Diskussion und Entscheidungsfindung einzubinden. Die weitere Bearbeitung kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

1.3.2 Resümee

Das Fünfschrittemodell hilft im »Hier und Jetzt« auf akute intrafamiliäre Dynamiken einzugehen und sie »live« zu bearbeiten. Wenn diese Intervention in der Gruppe geschieht, verfolgen die anderen Familien das Geschehen sehr genau und können aufgefordert werden, ihre eigenen Vorstellungen einzubringen. Das geschieht durch gezielte Fragen (»zirkuläres Verbinden«), die Familien miteinander ins Gespräch bringen sollen. Erfahrungen zeigen, dass ratsuchende oder unsichere Familien sich anfangs an die MFT-Fachkräfte und nicht an die anderen Familien wenden. Sie sehen (oder konstruieren) die MFT-Fachkräfte als »Experten« und erleben sich selbst miteinander als hilflos. Erteilt man unsicheren und hilflosen Eltern Ratschläge, so verstärkt das oft nur die elterliche Inkompetenz und Unsicherheit. Ratschläge werden von MFT-Fachkräften als »Experten« zwar erwartet, und wir geben sie vielleicht auch manchmal gern, denn das entspricht unserer Kompetenz als professionellen Helfern und stärkt unser Ansehen und unseren Glauben an uns selbst. Es schmeichelt vielleicht sogar ein wenig unserem Narzissmus. Wollen wir die Eltern aber zum eigenen Handeln und Nachdenken bewegen, kommt schnell Widerstand auf, und sie sagen: »Wie soll *ich* das wissen, *Sie* sind doch der Experte!« – oder die Betroffenen suchen sich einen »besseren« Ratgeber.

MFT-FACHKRAFT: »Frau Müller, Sie möchten gern von mir einen guten Rat haben. Aber meinen Sie nicht, es wäre vielleicht besser für Sie und Ihren Jungen, Sie würden selbst versuchen, eine Lösung zu finden, die für Sie im Umgang mit ihrem Kind die richtige ist? Ich möchte Ihnen lieber dabei helfen, dass Sie Ihre Lösung finden.«

Das Fünfschrittemodell schützt MFT-Fachkräfte, sich nicht wie gewohnt als Experten zu geben und Ratschläge zu erteilen. So führt es Eltern schrittweise und behutsam dazu, aus ihrer Passivität und Hilflosigkeit herauszufinden, eigene

2.5 Kinder und Jugendliche mit einer Autismusspektrumstörung

Anas Nashef & Lisa Mohr

2.5.1 Arbeitskontext

Obschon sich MFT in den verschiedensten Kontexten bewährt hat, einschließlich in der Arbeit mit behinderten Kindern (Retzlaff, Brazil u. Goll-Kopka 2008), blieb sie bisher dem Kontext von Autismusspektrumstörungen (ASS) fast völlig fern. Dies hat möglicherweise damit zu tun, dass ASS tief greifende Entwicklungsstörungen darstellen, in deren Rahmen Beeinträchtigungen der Kommunikation und Interaktion einen zentralen Stellenwert haben und potenzielle Hindernisse bei der Gruppenarbeit darstellen. Das in diesem Kapitel beschriebene Projekt entwickelte sich im Rahmen einer Kooperation zwischen dem »Autismus-Therapiezentrum Langen-Debstedt« und »JUPS«, einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der initiale Impuls entstand nicht bei der Arbeit mit den ASS-Betroffenen, sondern mit deren Geschwistern. Der anfangs salopp formulierte Interessengegenstand lautete hierbei: »Wo bleiben Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit einer ASS?«

Wie andere Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung befinden sich auch solche mit Geschwistern mit einer ASS in einer besonderen Situation (Girsberger 2015; Kasten 2003). Diese geht mit bestimmten Herausforderungen, Gefühlen und Bewältigungsstrategien einher, ohne dass diese in der Regel im Fokus des Interesses stehen. Wir hatten die Erfahrung gemacht, dass gehäuft Geschwister von ASS-Betroffenen in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie mit unterschiedlichen Auffälligkeiten vorgestellt wurden. Dort fanden bereits im Vorfeld der hier dargestellten MFT-Gruppe mehrere ambulante MFT-Gruppen mit jeweils anderem Fokus statt. Das Kooperationsprojekt brachte die multifamilientherapeutische Qualifikation der Therapeutin und Praxismitarbeiterin (L. M.) und die störungsbezogene therapeutische Qualifikation des Leiters des Autismus-Therapiezentrums (A. N.) zusammen – eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung solch eines speziellen therapeutischen Angebots.

2.5.2 Autismusspektrumstörungen und kommunikative Besonderheiten von MFT-Gruppen

Allen ASS sind Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie Einschränkungen durch stereotype und repetitive Verhaltensmuster gemein. Im Rahmen der MFT-Gruppe betreuten wir Kinder und Jugendliche, die mit dem »Asperger-Syndrom« (Asperger 1944) diagnostiziert worden waren. Dieses ist

durch lebensbereichsübergreifende, sozioemotionale und kommunikative Besonderheiten charakterisiert. Daher sind Gruppenkontexte wie MFT für Betroffene in vielerlei Hinsicht eine besondere Herausforderung. In Situationen mit nur einem Gegenüber ist Betroffenen mit einer Bezugsperson eine gewisse Aufnahme kommunikativer und emotionaler Signale möglich. Doch in einem Gruppensetting ist das für ein Kind mit ASS in besonderem Maße erschwert – eben wegen der kommunikativen und emotionalen Ballung.

Die von einer Einzelperson gesendeten Signale sind in ihren unterschiedlichen Spielarten komplex genug, eine Multifamiliengruppe aber stellt eine Vervielfachung dieser Komplexität dar. Die Interaktion in einer Gruppe geht mitunter schnell und reizreich vonstatten; es gibt Aktionen und vielfältige, mitunter simultane Reaktionen nonverbaler und verbaler Natur, unterschiedliche Lautstärken, Redetempi und Intonationen. Es besteht eine Vielfalt von Kommunikations- und Sprachqualitäten: Manche drücken sich direkt aus, andere mit ironischen Untertönen; manche sind formal, andere verwenden die Umgangssprache oder peer-groupbezogene Ausdrucksweisen; bisweilen werden Signale an einzelne Personen gerichtet, bisweilen an die gesamte Gruppe. Obendrein werden diverse Emotionen mit unterschiedlichen Nuancen geäußert, von verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit jeweils anderer personenbezogener Ausprägung. In einer Gruppe wird Kontakt zu anderen Gruppenmitgliedern aufgenommen, manchmal formal, manchmal nicht; manchmal werden wichtige Inhalte besprochen, manchmal unterhält man sich über Unwesentliches.

2.5.3 Gruppenstruktur, Teilnehmer und subjektives Familienbild

Unser MFT-Projekt fand in einer geschlossenen Gruppe mit sechs Familien statt. Eine Familie kam in der zweiten Sitzung dazu, nachdem eine andere die Teilnahme abgebrochen hatte (Nashef u. Mohr 2015). Das Setting der geschlossenen Gruppe wurde gewählt einerseits mit der Erfahrung zweier anderer MFT-Gruppen – mit jeweils anderem inhaltlichen Fokus im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen (KJP-)Bereich – und andererseits, um der großen Veränderungsunsicherheit von ASS-Betroffenen Rechnung zu tragen.

Die sieben Gruppentermine fanden über einen Zeitraum von 5 Monaten statt und für die Dauer von jeweils 3 Zeitstunden. Die ersten vier Sitzungen wurden im Abstand von jeweils 2–3 Wochen abgehalten und die letzten drei etwa in Vierwochenabständen. Der kürzere Zeitabstand zu Beginn diente dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsatmosphäre und der Gruppenkohärenz. Jede Sitzung gliederte sich in zwei Arbeitsphasen, getrennt durch eine Pause für informelle Gespräche und zum »Austoben« der jüngeren Kinder.

Die breite Altersspanne der Betroffenen (7, 8, 10, 12, 16 und 18 Jahre) ermöglichte den Familien einen Vergleich der verschiedenen Entwicklungsphasen und wirkte sich in vielerlei Hinsicht positiv aus. Im Unterschied dazu bewährte sich

bei den oben erwähnten KJP-Gruppen das recht einheitliche Entwicklungsalter der Indexpatienten, auch im Sinne eines weiteren gemeinsamen Nenners der MFT-Gruppe (Drümmer u. Mohr 2012; Spierling u. Mohr 2014). Während in den KJP-Gruppen Väter und Mütter aller Familien nicht kontinuierlich teilnahmen, waren die Mütter in der ASS-Gruppe bei jeder Sitzung anwesend. Die Teilnahme der Väter variierte wie bei den ambulanten KJP-Gruppen stark, zwei Väter nahmen nie teil, drei andere waren konstant anwesend.

Um einen Prä-post-Vergleich zu ermöglichen, wurden den Familien in den vor- und nachbereitenden Einzelterminen das »subjektive Familienbild« (SFB, Mattejat u. Scholz 1994) vorgelegt. Das SFB ist ein subjektives Verfahren, das die intrafamiliären Beziehungsqualitäten aus der Sicht der einzelnen Familienmitglieder abbildet.

2.5.4 Verlauf der Multifamilientherapie

Die ersten drei der insgesamt sieben MFT-Sitzungen dienten dem Kennenlernen, dem Sich-als-Gruppe-Zusammenfinden sowie der Themensammlung (Tabelle 3). Rasch zeigte sich z. B. im Rahmen der MFT-Übung »Familienwappen«, dass für alle Familien der innerfamiliäre Zusammenhalt im Vordergrund stand.

Im Kontext der Psychoedukation eröffneten die Arbeit in unterschiedlichen Kleingruppen (jeweils getrennt für Mütter, Väter, Geschwister, Betroffene) und die anschließende Reflexion mit Innen- und Außenkreis mannigfaltige Aspekte aus den verschiedensten Perspektiven. Die Fragestellung lautete hierbei: »Was ist gut daran, als ASS-Betroffener zu leben bzw. mit einem betroffenen Menschen zusammenzuleben, und was ist daran schwierig?« Bei allen Nichtbetroffenen stand das Gewinnbringende und Beeindruckende am Zusammenleben mit ihren ASS-betroffenen Kindern/Geschwistern im Mittelpunkt. Beispiele für Antworten:

- »Mein Bruder kann schneller denken als reden.«
- »Er weiß so viel.«
- »Ich lerne von meinem Sohn jeden Tag, dass es nicht das Wichtigste ist, was unser Nachbar denkt.«

Es gab hier aber auch den Raum für gegenseitige Entlastungen, indem die Anstrengungen des Alltags zur Sprache kamen, die je nach Untergruppe und Perspektive differierten. Konstruktiv und ergreifend zugleich war, wie die Betroffenen sich wechselseitig gespiegelt sahen. Sie, die sich so häufig als »einzigartig« erleben, fanden sich innerhalb der Betroffenenengruppe gespiegelt, gestärkt und bestätigt.

Ausnahmslos hatte das Thema »Schule« für alle Familien einen sehr hohen Stellenwert. Zugang zu diesem Lebensbereich wurde in der Sitzung 3 in den drei Untergruppen für Eltern, Jugendliche und Kinder gesucht, die jeweils ihre Vorstellungen zu ihrer persönlichen Traumschule sammelten und konkretisierten (Tabelle 3). Die positive und ressourcenorientierte Vorgehensweise sowie die multiperspektivische Beleuchtung dieses komplexen Themas trugen deutlich zu einem Sich-Lösen von

2 Multifamilientherapie im klinischen Kontext

Sitzung	Phase	Inhalte
1	Kennenlernen	Begrüßungsrunde Familien über Familienrätsel vorstellen Gruppenregeln erstellen
	Anwärmen	Soziometrie/Aufstellungen MFT-Übung »Familienwappen«
	Fester Bestandteil	Kaffeepause, informelle Gespräche, Tobezeit für die Kinder
	Psycho- edukation	Arbeit in Untergruppen aus Müttern/Vätern/Betroffenen/Geschwistern zu den Themen: Was ist gut daran, ein »Asperger« zu sein/mit einem »Asperger« zu leben? Was ist schwierig daran? Reflexion mit Innen- und Außenkreis
	Fester Bestandteil	Feedback und Abschied
2	Kennenlernen	MFT-Übung »Familienfluss«: Familien tauschen sich untereinander aus Eine Familie stellt ihre Geschichte in der Großgruppe vor
	Planung Arbeitsphase	Themensammlung
	Fester Bestandteil	Thema für das nächste Mal wählen
3	Arbeitsphase	<i>Thema Schule</i> : Wie sieht unsere Traumschule aus? In drei Untergruppen: Erwachsene/Jugendliche/Kinder
4	Arbeitsphase	<i>Thema Aggression</i> : – Familien erarbeiten einen Wohnungsplan und zeichnen ein, wo es meistens »knallt« – Arbeit in getrennten Untergruppen für Erwachsene und Jugendliche: Eskalations- und Deeskalationsmodell – Toleranzfenster – Kinder: Malen im Körperumriss, wo welche Gefühle sitzen – Austausch in der Großgruppe
5	Arbeitsphase	<i>Thema Hürden des Alltags</i> : Spielerischer Einstieg: Alle malen die Hürden des Alltags in ihren Familien auf Reihum besprechen und Lösungen entwickeln
6	Arbeitsphase	<i>Thema 1: Freundschaften</i> (Untergruppe Kinder/Jugendliche) – Plakate/Bilder zum Thema erstellen <i>Thema 2: Auswirkungen auf Partnerschaft</i> (Untergruppe Eltern) – Regler Austausch zum Thema Anmerkung: Themenmix wurde aus Zeitmangel gewählt und hat sich nicht bewährt Änderungsvorschläge: Nur Thema Freundschaft in Gesamtgruppe bearbeiten. Elternnarrative nutzen, indem sie aus ihrer Kindheit/Jugend berichten. Thema Partnerschaft ist geeignet für eventuellen Sondertermin nur für Eltern
7	Integration, Ausblick, Abschied	<i>Thema Zukunft</i> : Zeitreise für jede Familie <i>Thema Abschied</i> : Alle Familien legen Wunschkarten in die »Koffer« der anderen

Tab. 3: Verlauf der MFT

der passiven Opferrolle hin zur Entwicklung konkret zu realisierender Lösungen bei. Am Ende stand beispielsweise das Vorhaben, dass ein 18-jähriger ASS-Betroffener zusammen mit einer Familie zu einem Gespräch mit den Lehrkräften geht.

In der Jugendlichengruppe zeigte sich, wie sehr Nichtbetroffene von ASS-Betroffenen profitieren können, ganz im Sinne des inklusiven Ansatzes. Alle Jugendlichen waren sich einig darin, was eine bessere Schule auszeichnet:

- bewältigbare Hausaufgaben
- wenig Leistungsdruck
- viel Multimedia
- Rückzugsräume
- klare Strukturen
- qualifiziertes Personal, das über ASS Bescheid weiß
- Vertrauenspersonen
- individuelle Anforderungen und Zeugnisse.

Mit diesen wenigen Aspekten sind die wesentlichen Rahmenbedingungen einer gelingenden inklusiven Schule benannt: ein Beispiel dafür, dass Inklusion bereits bei der Planung eines inklusiven Projekts gelebt werden muss, also alle Beteiligten miteinzubeziehen sind.

Auch bei den Folgetreffen dominierte lösungs- und ressourcenorientiertes Arbeiten an den Themen »Konflikte im häuslichen Umfeld«, »Hürden des Alltags« und »Gefühlseskalation und -deeskalation« (Tabelle 3). Im Gegensatz zu den KJP-Gruppen war dabei keine besondere Motivation durch die Therapeuten erforderlich, um die Gruppe zum Arbeiten zu bewegen. Vor allem die Mütter waren stets bereit, die jeweiligen Gruppen- bzw. Familienaktivitäten direkt anzugehen und kreativ umzusetzen. Von Beginn an war die Arbeitsatmosphäre sehr wohlwollend und akzeptierend. Man spürte, dass ASS-Familien gewöhnt sind, auf andere einzugehen, jeden mit seinen Eigenheiten anzunehmen und einzubeziehen. An der Fülle der entwickelten kreativen Lösungen zeigte sich die familiäre Lebenserfahrung, im Alltag stets kreativ sein zu müssen und Ideen zu entwickeln, wie mit den Hürden des Alltags zu umgehen ist oder wie sie zu überwinden sind.

Wie gut sich die Gruppenkohärenz entwickelte, wurde beim letzten Treffen deutlich, als alle Familien eine spielerische »Zukunftsreise« unternahmen und einen Ausblick auf die individuellen Lebensziele der einzelnen Familienmitglieder wagten. Auch dabei war die große Altersspanne der teilnehmenden Betroffenen vorteilhaft: Der 18-Jährige führte den jüngeren Kindern vor Augen, wie sie in etwa 10 Jahren sein werden. Und dieser direkte Vergleich vermittelte den Eltern viel Hoffnung auf das Entwicklungspotenzial ihrer jüngeren Kinder.

Am deutlichsten war die individuelle Entwicklung während der MFT-Zeit bei einer 16-jährigen ASS-Betroffenen erkennbar: Lena war sehr zurückhaltend und äußerte sich in sozialen Situationen grundsätzlich nicht. Obwohl ihr der MFT-Gruppenkontext enorme Anstrengungen abverlangte, versuchte sie mit aller Kraft

dabeizubleiben und verhielt sich sehr angepasst. Im Verlauf der MFT übernahm sie eine Entlastungsstrategie des 18-jährigen ASS-Betroffenen, der die Gruppe immer wieder für einige Minuten verließ. Dies erlebte sie und die gesamte Gruppe als normal. Auch sie konnte die Gruppe nach wenigen Sitzungen spontan für kurze Zeit verlassen und wiederholte die Strategie in den folgenden Treffen. Wie sehr sie diese Pausen zu entlasten schienen, zeigte sich in den letzten zwei Sitzungen: Sie sprach auf eigene Initiative in der Gruppe und machte die MFT-Übung »Zukunftsreise« nicht nur mit, sondern begleitete sie sprachlich und selbstbewusst.

Zusammengefasst zeichneten sich die Familien während des gesamten Prozesses aus durch

- hohe Erziehungskompetenz,
- hohes Expertenwissen über ihre Kinder mit ASS,
- kompetentes Management des Gruppengeschehens,
- hohe Verantwortlichkeit für ihre und ganz selbstverständlich auch für die anderen Kinder,
- eigenverantwortliche Organisation der Pausengestaltung,
- durchgängige Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit,
- bedingungslose Akzeptanz aller Teilnehmer,
- hohe Präsenz aller anwesenden Väter bei deutlich höherem Engagement der Mütter,
- wehrhafte Darstellung nach außen,
- seltenes Thematisieren von Schuld, Versagen oder Defiziten in der Erziehung der Kinder mit ASS.

2.5.4.1 Geschwister von Teilnehmenden mit ASS

Die Familien von Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten weisen oft spezifische Dynamiken auf, von denen man viele als »Familien-Stärken« (Retzlaff 2016) bezeichnen kann. Die Diagnose einer Behinderung ihres Kindes kann bei Eltern zum Verlust von Selbstwirksamkeit, Autonomie und Kontrolle führen, wenn sie glauben, ihr Leben nun nicht mehr selbst frei gestalten zu können: Die Behinderung wird ein signifikanter Bestandteil vieler Interaktionen (Tsirigotis 2014) und kann zu problematischen innerfamiliären Kommunikationsmustern führen. Davon sind auch Geschwister betroffen, deren Alltag mit verschiedenen Belastungen einhergeht – vor allem die stärkere Fokussierung der Eltern auf das behinderte Kind ist hier zu nennen. Diese birgt die Gefahr, dass die Bedürfnisse des Geschwisterkindes weniger Beachtung finden. Bei Familien mit einem ASS-betroffenen Kind gehen besondere Belastungen der Geschwister auf Verhaltensweisen und Dynamiken zurück, die direkt mit der autistischen Störung zusammenhängen, etwa das – verglichen mit anderen Familien – größere Konfliktpotenzial zwischen den Geschwistern (Girsberger 2015), die Beziehungsqualität (Orsmond u. Selzer 2007) oder spezifische Anpassungsnotwendigkeiten z. B. bei ritualisierten Verhaltensweisen der ASS-Be-

troffenen. Darüber hinaus erleben Geschwisterkinder häufig ablehnende Reaktionen der Umwelt gegenüber ihren ASS-betroffenen Bruder oder ihre Schwester und nicht zuletzt auch Ablehnung ihrer eigenen Person als Familienangehöriger. Was war davon in der MFT-Gruppe erfahrbar oder sichtbar? Und an welchen Punkten konnten Veränderungen initiiert werden? Nachfolgend werden die Entwicklungen der Geschwistergruppe im Rahmen der MFT skizziert. Diese umfasste zwei jüngere Schwestern (2 und 3 Jahre), zwei jüngere Brüder (7 und 10 Jahre), eine jugendliche Schwester (16 Jahre) und eine erwachsene Schwester (26 Jahre).

Im Allgemeinen war die Toleranz der Gruppe gegenüber dem Bedürfnis der Kleinkinder nach Bewegung und zum Teil lautstarker Kommunikation groß. Für die Eltern der Einzelkinder war es entlastend zu erleben, dass nicht nur ASS-Betroffene diese Bedürfnisse haben. Die Eltern eines 12-jährigen, pubertierenden ASS-Betroffenen erlebten mitunter dank der Rückmeldungen anderer Eltern, dass ihr Sohn sich tolerant und angemessen als »großer Bruder« auf seine 2-jährige Schwester einlassen konnte, was ihm bei seinem 7-jährigen Bruder kaum gelang. Die 16-jährige ASS-Betroffene ohne eigene jüngere Geschwister erlebte im Umgang mit den Kleinkindern einen deutlichen Zuwachs an Selbstwirksamkeit. Einerseits erforderte der Umgang mit den Kleinen ein hohes Maß an Toleranz gegenüber Lautstärke und Unruhe. Andererseits halfen ihr die Akzeptanz durch die Kleinen und deren Unbefangenheit dabei, sich auf deren Spiel einzulassen, mit ihnen herumzualbern und so adäquaten und positiven Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Dies meldete sie der Gruppe als die für sie wertvollste Erfahrung zurück.

Neben dem 7-jährigen Nichtbetroffenen nahmen zwei von ASS betroffene Altersgenossen (7 und 8 Jahre alt) an der Gruppe teil. Hier kehrte sich die gesellschaftliche Realität gewissermaßen um: Die beiden ASS-Betroffenen waren im MFT-Kontext ausnahmsweise einmal in der Überzahl, bezogen sich im Spiel überwiegend aufeinander und grenzten den Nichtbetroffenen meist aus, was aber offenbar für alle Beteiligten kein Problem darstellte. Diese altersgemäße und der Entwicklung entsprechende Reaktion war für die Eltern eine wichtige Beobachtung insofern, als sie die Ausgrenzung ihrer ASS-betroffenen Kinder meist und in erster Linie syndrombezogen erlebt hatten.

Die 16-jährige nicht betroffene Schwester schien am meisten von der MFT zu profitieren. Entscheidend dafür war die unterstützende Wirkung der sozial hochkompetenten 26-jährigen Teilnehmerin, deren Bruder als ASS-Betroffener ebenfalls an der Gruppe teilnahm. Die 26-Jährige schien bereits wiederholt biografische Selbstreflexion als »Mitbehinderte«, als die sie sich selbst bezeichnete, betrieben zu haben und brachte ihre Erfahrungen in die Gruppe ein. So benannte sie in der Geschwisteruntergruppe bei der Psychoedukationseinheit ein »respektables Helfersyndrom«, das sie als Schwester erworben habe. In der anschließenden Reflexionsrunde bejahte sie spontan und deutlich die allgemeine Frage einer Mutter, ob sie sich als Kind vernachlässigt gefühlt habe, weil der Fokus der elterlichen Aufmerksamkeit immer auf ihrem Bruder mit dem ASS lag. Der Sechzehnjährigen gelang es in

der mangels Schuldgefühlen unbelasteten Situation offen zuzustimmen, dass diese Aussage auch für sie persönlich zutrifft. Dies griff ihre Mutter auf, bestätigte die Wahrnehmung ihrer Tochter und brachte direkt zum Ausdruck, wie leid ihr das tue. Sie unterstrich zudem in direkt an ihre Tochter gerichteten Worten, dass diese kein schlechtes Gewissen haben müsse. Diesen berührenden Moment rundeten einige Erwachsene mit ihren Rückmeldungen ab, wie viel Verständnis sie für die besondere Situation der Geschwisterkinder haben und wie sehr sie deren Leistung wertschätzten. Bei den Folgesitzungen zeigte sich die Sechzehnjährige dann deutlich selbstbewusster als zu Beginn der MFT. Hatte sie bis dahin eine eher passive und beobachtende Stellung inne, nahm sie nun zunehmend aktiver und interessierter am Geschehen teil. So stellte sie ihr Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug bei der Übung zu den innerfamiliären Konfliktherden in den Mittelpunkt und merkte selbstbewusst an, sie könne ihren jüngeren Bruder »manchmal an die Wand klatschen«. Der Vater musste dem Angesprochenen, seinem ASS-betroffenen Sohn, diese Metapher der Schwester, erst einmal »übersetzen«, weil der sich besorgt erkundigt hatte, ob sie das denn überhaupt dürfe. Der Vater vermittelte dem Sohn zugleich, auch für ihn gebe es Grenzen, und die Schwester dürfe diese auch setzen. Den Zuwachs an Selbstbewusstsein meldete die Sechzehnjährige im Abschlussgespräch mit der Familie zurück, und auch ihre Eltern bestätigten diesen Entwicklungsschritt; besonders deutlich bildete sich dieser Gewinn im subjektiven Familienbild im Anschluss an die Gruppe ab. Außerdem betonte die Jugendliche, die Gruppe habe ihr eine Idee von der zukünftigen Entwicklung ihres betroffenen Bruders vermittelt. Dieses Vorbereitetsein auf die Zukunft habe sie als entlastend erlebt.

2.5.5 Resümee

Therapeutische und pädagogische Interventionen bei Autismusspektrumstörungen (ASS) sind seit vielen Jahrzehnten in der Mehrzahl individuumzentriert und umfassen deshalb vorwiegend Verfahren, die stark auf den Einzelnen ausgerichtet sind. Obgleich die Indikation dieses Zugangs unumstritten ist, erscheint ein breiterer systemischer Rahmen in vielerlei Hinsicht erforderlich zu sein. Gerade aufgrund syndromimmanenter Kriterien und der damit einhergehenden spezifischen Familiendynamik ist das familiäre Umfeld einschließlich der Geschwister bei jeder Intervention einzubeziehen. Literaturrecherchen ergeben das desillusionierende Bild einer kaum vorhandenen Fachliteratur zu relevanten Interventionen, bei denen explizit Bezug auf Geschwisterkinder von ASS-Betroffenen genommen wird. Dieser Mangel wurde in unserer MFT-Gruppe insofern bestätigt, als die Mehrheit der teilnehmenden Geschwisterkinder zum ersten Mal die Möglichkeit erhielten, ihren Gedanken, Sorgen und Gefühlen in einem therapeutischen Kontext Ausdruck zu verleihen.

Unsere initialen Vorbehalte hinsichtlich der Eignung der MFT für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer ASS relativierten sich