

SYSTEMISCHE THERAPIE



Eia Asen

Michael Scholz (Hrsg.)

Handbuch der Multifamilientherapie



CARL-AUER

Carl-Auer



Systemische Therapie und Beratung

In den Büchern der Reihe zur systemischen Therapie und Beratung präsentiert der Carl-Auer Verlag grundlegende Texte, die seit seiner Gründung einen zentralen Stellenwert im Verlag einnehmen. Im breiten Spektrum dieser Reihe finden sich Bücher über neuere Entwicklungen der systemischen Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien und Kindern ebenso wie Klassiker der Familien- und Paartherapie aus dem In- und Ausland, umfassende Lehr- und Handbücher ebenso wie aktuelle Forschungsergebnisse. Mit den roten Bänden steht eine Bibliothek des systemischen Wissens der letzten Jahrzehnte zur Verfügung, die theoretische Reflexion mit praktischer Relevanz verbindet und als Basis für zukünftige nachhaltige Entwicklungen unverzichtbar ist. Nahezu alle bedeutenden Autoren aus dem Feld der systemischen Therapie und Beratung sind hier vertreten, nicht zu vergessen viele Pioniere der familientherapeutischen Bewegung. Neue Akzente werden von jungen und kreativen Autoren gesetzt. Wer systemische Therapie und Beratung in ihrer Vielfalt und ihren transdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenhängen verstehen will, kommt um diese Reihe nicht herum.

Tom Levoid

Herausgeber der Reihe *Systemische Therapie und Beratung*

Zu diesem Buch gibt es Zusatzmaterial online unter
www.carl-auer.de/machbar/handbuch_der_multifamilientherapie

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. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Burkhard Peter (München)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	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 Aufnahme-prozedere 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 Hauerl</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

Geleitwort

Björn Enno Hermans

Die Reise zum *Marlborough Modell* heißt ein Abschnitt dieses Buches. Tatsächlich waren »Reise« und »Reiseführer« auch meine ersten Assoziationen bei der Lektüre. Dieser vor Ihnen liegende Reiseführer beschreibt äußerst umfassend und detailreich den aktuellen Stand der Multifamilienarbeit. Besonders freut mich, dass deutlich wird, wie sehr sich die Reisemöglichkeiten ständig erweitern und vielfältiger werden.

Als ich selbst im Jahr 2006 zum ersten Mal in die Welt der Multifamilientherapie eintauchte, waren die Wege zu MFT-Reisezielen oft weit und unzugänglich. Nur relativ wenige Reisende schienen sich ebenfalls dorthin auf den Weg gemacht zu haben.

Michael Scholz hat bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) 2012 in Freiburg auf einer Deutschlandkarte dargestellt, an welchen Orten Multifamilientherapie praktiziert wird. Etwa 80 farbige Punkte symbolisierten damals ihre Verbreitung in Klinik und Jugendhilfe. Heute wären es weit über 200. Warum sich Multifamilientherapie zu Recht so verbreitet hat, wird in diesem Buch deutlich. Wir werden mitgenommen auf eine Reise auf die drei Kontinente »klinischer Kontext«, »Jugendhilfe« und »Schule«. Wie immer auf Reisen fällt unterwegs das Fremde schneller auf als das Vertraute. Wer sich etwas umschaute, wird aber bald auch Gemeinsamkeiten auf allen drei Kontinenten entdecken.

Neugierig habe ich meine Lektüre auf dem klinischen Kontinent begonnen. Neben den interessanten Beschreibungen der eher klassischen Länder »Tagesklinik« und »Eltern-Kind-Station« hat mich erstaunt, welche Länder ich bisher noch nicht bereist hatte: Neu waren für mich die MFT-Arbeit im somatisch-klinischen Kontext und auch mit erwachsenen Indexpatienten. Das Kidstime-Konzept und die Arbeit mit Kriegsveteranen kannte ich bislang nur von kurzen Tagungsausflügen; hier im Buch werden diese Landstriche ausführlicher beschrieben.

Konsequent heißt das letzte Land des Kontinents »Kinder aus der Klemme«: Multifamilientherapie mit hochstrittigen Eltern. Da uns diese Zielgruppe sicher genauso häufig im klinischen Kontext wie auch in der Jugendhilfe begegnet, geht die Reise durch dieses Transitland direkt weiter auf den benachbarten Kontinent.

Auch hier wollte ich zunächst die mir noch unvertrauten Länder kennenlernen und landete so bei der mentalisierungsinspirierten Arbeit mit gewalttätigen Familien. Eine echte Erweiterung der klassischen MFT-Idee! Auch die kleine, sehr spezifische Region der Arbeit mit einer Jugendszene ist einen Abstecher wert. Und die Küstenlandschaft, in der es um die spielerische Arbeit mit jungen KITA-Kindern

und ihren Eltern geht, macht gleich gute Laune. Mir fällt auf, dass dieser Kontinent »Jugendhilfe« hier im Reiseführer kleiner wirkt als der klinische Kontinent. Von der Praxis in Deutschland habe ich einen anderen Eindruck. Es wäre also schön, wenn die Jugendhilfe zukünftig noch mehr Lust bekäme, ihre tollen Reismöglichkeiten im Rahmen der Multifamilientherapie zu beschreiben.

Der letzte Kontinent heißt Schule. Auf den ersten Blick wirken die Länder und Reiseziele den vorherigen sehr ähnlich. Je länger aber die Reise, desto mehr konzeptionelle Unterschiede fallen auf. Auch der soziale Kontext spielt eine Rolle. So unterscheidet sich die Arbeit z. B. zwischen Land und Stadt erheblich.

Will man wissen, ob sich die Reise lohnt, orientiert man sich häufig an Testberichten und Bewertungsportalen. Auf unserer MFT-Reise entsprechen die Testberichte wissenschaftlichen Untersuchungen und die Bewertungsportale Forschungsdatenbanken. Ein Kapitel zum aktuellen Forschungsstand stellt die vorhandenen guten Ergebnisse dar und ermuntert gleichzeitig zu mehr Forschungsaktivitäten in diesem Feld.

Schließlich müssen Reisen auch bezahlt werden. Finanzierungsmöglichkeiten finden in diesem Buch angemessen und bewundernswert praxisnah Erwähnung. Hinweise bis auf die Ebene einzelner Abrechnungsziffern sind für Praktiker ein großer Gewinn.

Ein guter Reiseführer bietet natürlich neben der Beschreibung von Orten und Sehenswürdigkeiten auch etwas zur Landesgeschichte: Neben geschichtlichen Informationen ist es den beiden Herausgebern hier gelungen, vor allem aktuelle konzeptionelle Weiterentwicklungen wie die Erweiterung des Fünfschrittemodells oder die Nutzung des Mentalisierungsmodells in der Multifamilientherapie gut verständlich und direkt nutzbar zur Verfügung zu stellen.

Am Ende der Lektüre war ich angefüllt von Informationen, Ideen und Inspirationen und fühlte mich sehr darin bestätigt, die Multifamilientherapie zu einem so wichtigen Bestandteil meiner Arbeit gemacht zu haben. Ich hatte Lust, mich sofort weiter auf den Weg zu machen, Dinge weiter zu denken, auszuprobieren oder in die Weiterbildung zu integrieren.

Ich bin froh, dass sich die Multifamilientherapie in Deutschland so dynamisch entwickelt, und freue mich über den Beitrag, den die DGSF-Fachgruppe Multifamilientherapie dazu gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft MFT leistet. Mein großer Dank und meine Anerkennung gilt allen 47 Autorinnen und Autoren dieses tollen Buches und in ganz besonderer Weise den beiden Herausgebern und Pionieren der Multifamilientherapie, Eia Asen und Michael Scholz. Großartig, was mit diesem Buch gelungen ist! Ganz im Sinne eines Geleitwortes wünsche ich dem Buch und allem, was daraus erwächst, »gutes Geleit« und, wie man bei mir zu Hause im Ruhrgebiet sagt: »Glück auf«!

*Dr. Björn Enno Hermans,
Essen, im Juli 2017*

Vorwort

Peter Laqueur, Geburtshelfer oder Urgroßvater der Multifamilientherapie (MFT), wäre sicherlich stolz gewesen, hätte er miterleben können, wie sich die MFT-Bewegung in den letzten Jahren weiterentwickelt hat, mit immer neuen Anwendungsbereichen und in den unterschiedlichsten Arbeitskontexten. Seit dem Erscheinen der 2. und 3. Auflage unseres Buches *Praxis der Multifamilientherapie* (Asen u. Scholz 2012, 2015) hat sich MFT – oder auch Multifamilienarbeit (MFA), wie sie oft genannt wird – in Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz in den Bereichen der Jugendhilfe, Schule sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr verbreitet. Kollegen aus den verschiedensten Arbeitskontexten haben vielfältige und faszinierende Anwendungen entwickelt, teilweise in ganz neuen Gebieten. Wir bedanken uns bei allen Mitautoren dieses Handbuches für ihre Beiträge, die zahlreichen innovativen Ideen und Konzepte, wie auch die neuen kreativen MFT-Übungen und -Aktivitäten, die in vielen Kapiteln enthalten sind.

Wir haben darauf verzichtet, ein spezielles Kapitel über und mit neuen Übungen in dieses Buch zu integrieren, da es schon eine Reihe neuer Publikationen gibt, die solche beschreiben; auf diese wird in den jeweiligen Kapiteln hingewiesen. Sie ergänzen die Übungen und Aktivitäten, die in *Praxis der Multifamilientherapie* schon reichhaltig beschrieben sind. Da das vorliegende *Handbuch der Multifamilientherapie* als ein komplementäres Werk zu verstehen ist, das im Bedarfsfall zusammen mit der *Praxis* gelesen werden kann, werden viele der Basiskonzepte und Techniken in diesem Handbuch nicht wiederholt. Im Allgemeinen Teil 1 haben wir allerdings einige der sich in der Entwicklung befindlichen neuen Konzepte und Techniken dargestellt.

In der Pionierphase schwelgten wir anfangs sehr euphorisch über das Potenzial der MFT, und wir ermutigten viele Kollegen und Einrichtungen, einfach schnell und konkret mit der Multifamilienarbeit zu beginnen. Allerdings sind wir über die Jahre nüchterner geworden und glauben heute, nach vielen auch teilweise negativen Erfahrungen, dass es für eine solide Arbeit *nicht* ausreicht, MFT allein auf der Grundlage der Lektüre von Büchern auszuüben. Dieses Handbuch kann keine MFT-Ausbildung ersetzen, weshalb wir immer eine MFT-Grundausbildung und gegebenenfalls auch eine weitere, speziellere Ausbildung empfehlen. Obendrein sollten MFT-Fachkräfte regelmäßige Intervisionen und Supervisionen arrangieren, um ihre Arbeit kritisch und professionell zu begleiten.

Die formale MFT-Ausbildung begann in Deutschland Mitte der 1990er Jahre und verbreitete sich bis 2007 nur lokal. Durch das dann ständig zunehmende Interesse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Jugendhilfe stieg die Nachfrage für spezifische Trainings allmählich an. Nach Gründung der MFT-Fachgruppe in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) im Jahre 2013 wurden Weiterbildungsrichtlinien erarbeitet, die inhaltliche

und formale Mindestanforderungen und Qualitätsstandards festlegen und definieren, unter welchen Bedingungen der Weiterbildungsgang eines Instituts anerkannt und ein offizielles Zertifikat beim Abschluss einer entsprechenden Weiterbildung vergeben werden kann. Eine vorliegende Ausbildung zum systemischen Therapeuten¹ und eine anschließende MFT-Ausbildung berechtigen jetzt zum Tragen der Qualifikation »zertifizierter MFT-Therapeut (DGSF)«.

Nun gibt es ja viele andere Bezeichnungen für Menschen, die MFT praktizieren, ob sie nun zertifiziert sind oder nicht: Sie werden wahlweise als »MFT-Coachs«, »MFT-Arbeiter«, »MFT-Berater«, »MFT-Fachkraft« oder manchmal auch einfach als »Therapeuten« beschrieben. Wie man sich nennen darf oder kann, hängt von den jeweiligen Arbeitskontexten ab. Wir haben das bei den verschiedenen Kapitelautoren respektiert und für dieses Buch keinen vereinheitlichten Begriff benutzt. Weiterhin haben wir es den Autoren überlassen, wie sie die Nutznießer der MFT-Arbeit beschreiben, also die Familien und ihre individuellen Mitglieder: »Klienten«, »Patienten«, »Gruppenteilnehmer« – auch das ist kontextabhängig. Was die Familien und ihre Mitglieder betrifft, so haben wir bei allen Fallgeschichten ihre Namen und andere identifizierende Merkmale geändert und/oder anonymisiert.

Durch die Verbreitung der MFT in diversen fachlichen Bereichen ist es inzwischen notwendig geworden, die Gräben und Missverständnisse, zum Teil auch die Voreingenommenheit, vor allem zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Jugendhilfe andererseits, zu überwinden. Die Zeit ist reif, dass disziplinübergreifend – also inter- und multidisziplinär – in allen Bereichen zusammengearbeitet wird, durch gegenseitige Ergänzung und Bereicherung und zum Wohle von Familien, die sich oft in großer Not befinden. Wie wir anstreben, dass sich Familien miteinander sinnvoll vernetzen, so unterstützen wir auch alle Initiativen, die zu einer Vernetzung der MFT-Fachkräfte führen.

Allerdings hat die Forschung mit der rasanten Entwicklung nicht Schritt gehalten. Das vorliegende Buch möchte auch dazu anregen, sich diesem wichtigen Bereich künftig intensiver zu widmen, um die wissenschaftliche Anerkennung der MFT zu fördern, damit sich eine angemessene Finanzierung in allen Anwendungsbereichen solide begründen lässt und um die Verbreitung der MFT mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu untermauern.

*Eia Asen und Michael Scholz
London/Dresden, im Februar 2017*

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf Wunsch des Verlags in diesem Buch darauf verzichtet, jeweils die weibliche und die männliche Form (hier: Therapeutinnen und Therapeuten) anzuführen. Gemeint sind jeweils beide Geschlechter, unabhängig davon, ob die männliche oder die weibliche Form benutzt wird.

1 Allgemeiner Teil

Einführende Bemerkungen

In diesem Teil des Buches werden die Entwicklung der Multifamilientherapie (MFT) wie auch prinzipielle Techniken und Haltungen der MFT-Fachkräfte dargestellt, die für die praktische Umsetzung dieses Behandlungskonzepts erforderlich sind. Das vorgestellte Londoner »Marlborough-Modells« hat wenig Platz für formale Psychoedukation, wohlgemeinte Belehrungen und Ratschläge von Profis. Stattdessen soll Familien geholfen werden, selbst Lösungen für ihre Beziehungsproblematiken zu finden und auszuprobieren – unter Einbeziehung der gesamten Gruppe.

In Kapitel 1.1 wird die *Entwicklung des Marlborough-Modells der MFT* mit Kindern und ihren Familien dargestellt. Dabei werden die verschiedenen Quellen beschrieben, aus denen diese Arbeit vor nun fast 4 Jahrzehnten in London entsprang. Sie liegen vor allem in der Antipsychiatrie, der psychodynamischen Gruppentherapie und der systemischen Einzelfamilientherapie. Wie diese Quellen sich zu einem Strom entwickelten, der jetzt durch viele Länder und Kontinente fließt, wird detailliert dargestellt.

Wie Kapitel 1.2 verdeutlicht, beinhaltet Multifamilientherapie einen massiven *Paradigmenwechsel in der Therapeutenrolle* weg von der traditionellen therapeutischen Helferposition und hin zu der Haltung, Familien nicht zu entmündigen, sondern dazu zu befähigen, anderen und sich selbst zu helfen. Bei Familien mit minderjährigen Kindern bedeutet das eine spezifische und oft nicht leichte Übergabe der Verantwortung: Nicht die Helfer haben während der MFT Verantwortung für die Kinder und ihr Wohlbefinden, sondern die Eltern. Rituale können das sichtbar und erlebbar machen.

Eine der Basistechniken bei der Multifamilienarbeit ist das *Fünfschrittemodell*, auf das Kapitel 1.3 eingeht. Es hilft MFT-Fachkräften, Ratschläge strikt zu vermeiden und den Familien zu helfen, selbstständig eigene Lösungen zu finden. Die beschriebenen drei zusätzlichen Schritte dienen dazu, die erbrachten Leistungen der Familienmitglieder angemessen zu würdigen, die Reflexion der Betroffenen anzuregen und zum Transfer in Alltagssituationen zu befähigen (Kapitel 1.3.1).

Eine andere Basistechnik, ja vielleicht sogar eine Grundhaltung, ist das sog. *Mentalisieren*, das im letzten Jahrzehnt zunehmend an Popularität und Relevanz für verschiedene Psychotherapien gewonnen hat (Kapitel 1.4). Ein Hauptziel der *mentalisierungsbasierten Therapie (MBT)* besteht darin, intrafamiliäre Bindungen zu stärken. Der Gruppenkontext hilft dabei, das auch im Austausch mit anderen

Familien zu üben, was oft leichter fällt als mit den eigenen Familienmitgliedern. In Abschn. 1.4.12 und 1.4.13 wird auf die Besonderheiten des Mentalisierens in einem Gruppensetting eingegangen, in dem sowohl Eltern als auch Kinder unterschiedlicher Altersgruppen zu berücksichtigen sind.

1.1 Entwicklung der Multifamilientherapie

Eia Asen

1.1.1 Die Reise zum Marlborough-Modell

Dieses Kapitel hat nicht den Anspruch, die MFT-Entwicklung seit den 1940er Jahren umfassend zu beschreiben, dies ist anderswo besser nachzulesen (Cook-Darzens 2007, Asen u. Scholz 2012). Es beschränkt sich bewusst auf die entscheidenden Einflüsse der Multifamilienarbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Familien. Dieser Ansatz wurde bekannt als *Marlborough-Modell* (Asen et al. 2001) – er entstand Anfang der 1980er Jahre in London und hat von dort aus langsam und allmählich verschiedene Länder des europäischen Kontinents, einschließlich Deutschland, »erobert«. Das war keineswegs ein Kreuzzug oder gar eine bequeme Reise. Hier soll aufgezeigt werden, wie das alles über viele Jahre an Momentum gewann.

Es ist schwer zu sagen, wann genau diese Reise begann. Es war jedenfalls irgendwann Mitte der 1970er Jahre in London, wo damals die »Antipsychiatrie« (Cooper 1971) voll im Schwung war und sogar im britischen nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) kleine Nischen fand. R. D. Laing (1994), bei dem ich ein Jahr lang (1976) in Supervision war, wie auch seine Mitstreiter und Kollegen David Cooper und Aaron Esterson (Laing a. Cooper 1964), waren damals unsere Helden. Erving Goffmans Kritik der »Asyle« (Goffman 1993) und Thomas Szasz' Attacke auf das medizinische Modell sowie seine totalen Zweifel an der Existenz von »Geisteskrankheiten« (Szasz 1974, dt. 2013) waren weitere wichtige Einflüsse. Sie überzeugten uns damals, dass es für psychiatrische Diagnosen keine objektiven klinischen Kriterien gab und gibt und dass psychische »Krankheiten« verstehbare Versuche sind, unter unerträglichen Familienbedingungen und kapitalistischen Ausbeutungsverhältnissen zu überleben. Psychiater und Psychotherapeuten konnten so nur »Techniker der Repression und Wiederanpassung« sein. Psychiatrische Patienten wurden als »Opfer« des Systems gesehen und vielleicht sogar als die eigentlichen »Normalen« in unserer Gesellschaft (Basaglia 1973), sie waren die »identifizierten« Symptomträger eines korrupten Sozialsystems. Was diese »Antipsychiater«, aus heutiger Sicht, verband, war ihre Kritik an der Medizinalisierung von abweichendem Verhalten: »Störendem« Verhalten wurden innerpsychische Gründe zugesprochen, angeblich diagnostizierbar, obschon sie doch oft »eigent-

lich« soziale oder politische Probleme darstellten. Franco Basaglias radikale Ideen und therapeutische Praktiken, in Nordostitalien entwickelt, schienen sehr einleuchtend, doch schwer übertragbar zu sein. So sahen wir uns nach implementierbaren therapeutischen Modellen um, die unserem sozialpolitischen Verständnis nahe lagen und dennoch im National Health Service akzeptabel sein konnten. Dabei stießen wir auf das Modell der »therapeutischen Gemeinschaft«, man könnte es auch als »Multipatiententherapie« bezeichnen, das stark von Prinzipien der klassischen Gruppentherapie beeinflusst war (Foulkes 1964), mit Wirkfaktoren wie gegenseitiger Unterstützung, konstruktiver Kritik, Modelllernen und gemeinsamem Erfahrungsaustausch (Yalom 2010).

Begriff und Konzept der »therapeutischen Gemeinschaft« wurden von Tom Main (1981) und Maxwell Jones (1976) geprägt. Sie hielten die bisherigen Konzepte psychiatrischer Krankenhäuser für unzureichend und forderten (Main 1981): »Die Institution selbst muss therapeutisch werden.« Sie wollten vor allem das therapeutische Potenzial der Patienten bestätigt und gefördert sehen und ihnen ermöglichen, für sich selbst und füreinander therapeutische Funktionen zu übernehmen. Jones (1976) postulierte als Grundlage gemeinschaftstherapeutischer Arbeit solle freie Kommunikation zwischen allen Beteiligten entstehen und bestehen, mit Informationsfluss von unten nach oben wie auch umgekehrt, also die Aufhebung traditioneller Berufshierarchien und stattdessen die gleichberechtigte Mitbeteiligung der Patienten. Transparente und regelmäßige Reflexion aller Prozesse in der Gemeinschaft, mit *allen* Beteiligten, galt als wichtiges therapeutisches Prinzip und als Grundlage des sozialen Lernens. Da sich die therapeutische Gemeinschaft als »offenes System« verstand, im stetigen Austausch mit der Umwelt, sollten auch Angehörige in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.

Die »Zeitgenossen« Antipsychiatrie und therapeutische Gemeinschaft waren typische Produkte der liberalen 1960er und 1970er Jahre, in denen Innovation und Experimentierfreudigkeit nicht nur geduldet, sondern sogar erwünscht waren, vor allem im National Health Service. So gelang es Alan Cooklin, einem Kinder- und Jugendpsychiater, der 1975 klinischer Direktor des Londoner »Marlborough Day Hospitals« wurde, die zu dem Zeitpunkt doch recht unerprobte systemische Familientherapie als Hauptbehandlungsmodell einzuführen. Die Klinik wurde schnell umgetauft in »Marlborough Family Service«, eben ein »Familiendienst«, ein Name, der bei vielen Zuweisenden Kopfschütteln auslöste. Es gab dann auch viel Kritik, vor allem von arrivierten Kinder- und Jugendpsychiatern, die »unsere« Klinik speziell und Familientherapie generell schlichthin für unseriös erklärten. Mehr Unterstützung fanden wir bei Jugendämtern und auch einigen Schulen, die beklagten, die traditionellen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen hätten schwer emotional oder verhaltensgestörten Kindern und Schülern sowie deren »Multiproblemfamilien« wenig anzubieten. So konzentrierten wir uns vor allem auf schwer misshandelte oder vernachlässigte Kinder und deren Familien sowie auf Schüler, die in keine Regelschule zu passen schienen. Allerdings muss-

ten wir erst einmal diverse Erfahrungen sammeln, um ein neues Konzept zu entwerfen.

1.1.2 Die frühe systemische Szene

Systemische Familientherapie war in den 1970er Jahren in Großbritannien noch in einem relativ frühen Entwicklungsstadium. Zwar kamen die Stars der »Szene« zu regelmäßigen Workshops und Show-Konferenzen nach London und in unsere klinische Einrichtung – z. B. Minuchin, Whitaker, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Watzlawick, de Shazer und andere – aber diesen kurzen »Highs« folgten dann oft lange »Lows«, wenn es darum ging, die innovativen therapeutischen Manöver und Techniken in den klinischen Alltag zu übersetzen.

Hilfe kam dann in Person von Salvador Minuchin, einem der vielen »Urväter« der Familientherapiebewegung, der 1979 und 1981 jeweils für viele Monate an unserer Klinik zusammen mit uns arbeitete und uns inspirierte. Die bahnbrechende Arbeit seines Teams mit Unterschichtfamilien und Slumbewohnern (Minuchin et al. 1967) schien besonders relevant, da es sich um Multiproblemfamilien handelte, sehr ähnlich denen, die auch unser Hauptklientel darstellten. Diese Familien schienen strukturschwach, wenn nicht gar »chaotisch« zu sein in Bezug auf ihre Grenzziehungen, Hierarchien, Entscheidungsprozesse, mit einem charakteristischen »Bindungs-Ausstoßung-Zyklus« (Schweitzer 1997), also Beziehungsmustern, die zwischen intensivem Bindungsverhalten (Verstrickung, übermäßige Kontrolle) und starken Ausstoßdynamiken (Desinteresse, mangelnde Kontrolle, Vernachlässigung) schwanken. Minuchins normatives Modell beschäftigte sich mit Beziehungsstrukturen und versuchte die Komplexität von Systemen möglichst realistisch abzubilden und sie dadurch steuerbar und planbar zu machen (Schwing u. Fryszer 2009). Minuchins struktureller Ansatz erforderte eine detaillierte Analyse des »Systems Familie«, um dessen Funktionsweise und »dysfunktionale« Interaktionen und Kommunikationen auszumachen und die dadurch entstandenen Symptomatiken zu beseitigen (Minuchin, Colapinto a. Minuchin 2000).

Ein anderer wichtiger Einfluss auf das »Marlborough-Modell« war die Arbeit von Ross Speck, einem kanadischen Psychiater. Er interessierte sich für das soziale Netzwerk von Familien, einschließlich deren Freunden und Nachbarn. Es ging ihm und seinen Mitarbeitern um den Aufbau und das Nutzen sozialer Beziehungen. Sie entwickelten einen Ansatz, um die Ressourcen sozialer Netze miteinander zu verknüpfen, und nannten ihn »Netzwerktherapie« (Speck a. Attneave 1972). An den Netzwerktreffen, die in akuten Krisensituationen ad hoc stattfinden, manchmal innerhalb von 24–48 Stunden, nehmen bis zu 40 Personen teil, um ihre Ideen und Energien zusammenzubringen. Sie sollen das soziale System der Familie mobilisieren, um mit der Krise fertig zu werden und weiteren möglichen Krisen vorzubeugen. Die Teilnehmer werden in Absprache mit den Therapeuten von der Familie bestimmt. Netzwerktherapie ist kurz und intensiv, mit dem Ziel,

ein aktives Unterstützungssystem aufzubauen, das der Familie helfen kann, lange nachdem die Therapeuten nicht mehr involviert sind. Die Therapeuten sind also eine Art Katalysator, der etwas in Gang bringt, aber dann die weiteren Aktionen und »Reaktionen« sich selbst überlässt. Netzwerke sollen flexibel sein und die verschiedensten Aufgaben wahrnehmen – einschließlich praktischer Hilfestellungen, z. B. ein Drop-in-Babysitting-Dienst, Arbeitsberatung, Unterstützung bei Transportproblemen sowie Rat und Tat, wie man einen rebellierenden Jugendlichen kurz bei Freunden oder Bekannten unterbringen kann.

In den 1980 und 1990er Jahren wirkten viele neue Ideen und Einflüsse auf uns ein. Vor allem die jahrzehntelange Zusammenarbeit mit L. Boscolo und G. Cecchin half unseren bis dahin doch sehr normativ ausgerichteten strukturellen Ansatz zu modernisieren. Diese Mailänder Kollegen schienen jedes normative Vorgehen total abzulehnen. Ihr therapeutisches Ziel bestand meist darin, den (»dysfunktionalen«) Gleichgewichtszustand des Systems zu verstören – dabei handelt es sich nicht nur um die Kernfamilie, sondern auch um das erweiterte System, einschließlich des Helfernetzwerks (Selvini Palazzoli et al. 1983). Dieser Ansatz war ergebnisneutral: Darin gab es keine Expertenvision von dem, was »besser« für Familien sein mochte. Stattdessen sollte es dem System selbst überlassen werden herauszufinden, wie ein neues Gleichgewicht, ein neuer Modus Vivendi für die Familie, aussehen sollte. Das erforderte den Glauben an die »Weisheit« des Systems und an dessen Ressourcen sowie ein Wegbewegen vom »Besserwissen« der Experten und Spezialisten.

1.1.3 Spielen, spielen und spielen

Das Interesse an der Kinderperspektive war in der klassischen systemischen Familientherapie in den ersten Jahrzehnten oft nicht zentral. Kinderfreundliche Vorgehensweisen haben sich nur langsam durchgesetzt. Langsam wurde die Erfahrung gemacht, dass primär diskursorientierte therapeutische Verfahren bei Kindern meist nicht gut ankamen: Aktion, Rollenspiel, Malen, Spielen schienen und scheinen oft die von Kindern bevorzugten Kommunikationsformen zu sein. Kinder offenen und erleben ihre Ideen und Gefühle kreativ im Spiel, denn im Spiel ist (fast) alles möglich und erlaubt. Wir lernen in unserer Entwicklung vom Säuglingsalter an die Welt vor allem durch spielerisches Explorieren kennen, z. B. durch unsere Sinne, durch taktiles »Begreifen«, Beriechen, Abschmecken und Zuhören. Alles, was Kleinkinder sehen und hören, was sie fühlen und in Händen halten können, wird schnell zum Spiel. Bei Zweijährigen hat sich die Imagination so weit entwickelt, dass wir »Als-ob-Spielfertigkeiten« einsetzen können: Wir »tun so, als ob« ein Bauklotz eine wirkliche Person ist oder eine Puppe sprechen kann – unsere Fantasie kennt keine Grenzen. Nicht viel später wollen wir *mit* anderen Kindern spielen, und in Rollenspielen sind wir kurz jemand anderes. Spätestens im Kindergarten werden wir auf Spielregeln aufmerksam gemacht; diese müssen eingehalten werden. Sie zu brechen oder gar zu schummeln kann sich schnell rächen. So erlernen wir durch

Spielen die Regeln des sozialen Zusammenlebens. Friedrich Schiller sagte (in seinen »Briefen über die ästhetische Erziehung des Menschen« 1795): »Der Mensch ... ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.« Im Spiel entwickeln sich Fähigkeiten, die später zum Überleben benötigt werden: Wer nicht spielt, lernt weder die eigenen Grenzen kennen noch die anderer Menschen. Im Spiel können wir Situationen so verändern, dass Neues und bislang Unvorstellbares entsteht, und Lösungen für scheinbar nicht mehr lösbare Probleme können entdeckt werden. Oft soll angeblich im Erwachsenenalter der »bittere Ernst des Lebens« beginnen, die Spielfreude wird verdrängt, oder man hat sie sogar »verspielt«.

In der Multifamilientherapie wird das Potenzial des Spielens bewusst genutzt, in vielen Übungen und Aktivitäten, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden. Hier werden Eltern dazu angeregt, mit ihren Kindern etwas Gemeinsames zu tun, und so werden Interaktions- und Kommunikationsmuster sichtbar und über das Spiel veränderbar, mit und durch das Einbeziehen anderer Familien.

Es ist im Nachhinein schwer zu bestimmen, aus welchen verschiedenen Richtungen das Feld signifikant beeinflusst wurde. Kinderpsychotherapeuten wie Winnicott (1971) waren kreative Vertreter spielerischer Verfahren und inspirierten viele von uns. Techniken aus der Welt des Psychodramas (Moreno 1923, 1974; Yablonsky 1981) boten sich an, diese im Gruppenkontext auszuprobieren. Die Zusammenarbeit mit Kunst- und Ergotherapeuten, z. B. dem Dresdener Dietmar Selig (Selig et al. 2002; Schemmel, Selig u. Janschek-Schlesinger 2008), trug viel dazu bei, innovative MFT-Übungen zu entwerfen und zu verfeinern. Andere Impulse kamen durch »spielffreudige« Kollegen (z. B. Ariel, Carel a. Tyano 1985; Gammer 2007; Retzlaff 2008).

1.1.4 Fazit

Systemisches Arbeiten kann als eine Handlungsperspektive verstanden werden, die Orientierung für Hypothesenbildung und Interventionsplanung gewährt (Schwing u. Fryszer 2009). Diese Perspektive erlaubt uns eine Vielzahl verschiedener Techniken und Methoden, die auf diversen theoretischen Annahmen und Modellen beruhen, schulenübergreifend und in Kombination zu nutzen. MFT ist ein gutes Beispiel dafür, dass psychodynamische, verhaltenstherapeutische und psychodramatische Ansätze im Rahmen von systemischer Arbeit effektiv miteinander kombiniert werden können. Parallel zur Entwicklung der systemischen Einzelfamilientherapie haben in den letzten beiden Jahrzehnten weitere neue Einflüsse die MFT mitgeprägt, etwa narrative (White u. Epstein 2013) und lösungsfokussierte Konzepte und Techniken (de Shazer 1989) einerseits oder vom Konstruktivismus (von Glaserfeld 1998) und sozialem Konstruktivismus (Anderson u. Goolishian 1992) inspirierte Ideen und Praktiken andererseits. So hat sich das ehemalige »Marlborough-Modell« über die Jahrzehnte sehr gewandelt, und es gibt – Gott sei Dank! – die verschiedensten Anwendungen und Variationen: in der Tat so viele,

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 Wirkfaktorensumme 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 vorbereitenden 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

Lösungen zu entwickeln und in selbstständiges Handeln umzusetzen. Statt Fragen direkt zu beantworten, sollten MFT-Fachkräfte immer erst versuchen, das Expertentum bei den Familien zu finden und damit deren Ressourcen zu wecken und anzuregen. In der Gruppe werden Teilnehmer (Eltern wie Kinder) einbezogen, z. B. einem Vater Vorschläge zu unterbreiten, unter denen er dann selbst auswählt, was er versuchen will. Auch die Wertschätzung sollte dann auf jeden Fall über Rückmeldungen aus der Gruppe erfolgen.

Das Fünfschrittemodell ist nicht nur in der MFT-Gruppe und in der Einzeltherapie hilfreich, sondern kann auch anderen Mitarbeitern helfen, den Wünschen der Eltern nach Ratschlägen mit einer sehr effektiven Alternative zu begegnen. Es besteht die Gefahr, dass Eltern sich an Mitarbeiter wenden, die weiterhin glauben, mit wohlgemeinten Ratschlägen helfen zu können, wenn die MFT in kindzentrierten Settings wie Stationen, Tageskliniken, Wochen- und Tagesgruppen integriert ist. Für Pflegepersonal, Erzieher, Sozialarbeiter und Therapeuten, die nicht multifamilientherapeutisch arbeiten, ist eine spezifische MFT-Weiterbildung nicht erforderlich. Empfehlenswert ist jedoch ein praktisches Training des »Fünfschrittemodells plus drei«.

1.4 Das Mentalisierungsmodell und seine praktische Umsetzung in der Multifamilientherapie

Eia Asen

Wir *mentalisieren*, wenn wir versuchen, die innere psychische Verfassung bei uns selbst und bei anderen Menschen sowie ihre Wechselwirkungen differenzierend und angemessen wahrzunehmen. Wir können *explizit mentalisieren*, indem wir bewusst mentale Zustände – Gefühle, Absichten, Bedürfnisse, Einstellungen, Bewertungen, Motive, Fantasien und Gedanken – in Worte zu fassen versuchen. Aber oft machen wir das ganz automatisch und »vorbewusst«, und dann mentalisieren wir *implizit*, indem wir das Verhalten von uns und von anderen interpretieren. Das gelingt uns manchmal besser und manchmal weniger; dies ist kaum verwunderlich, denn Gefühlslagen kann man höchstens annäherungsweise erfassen – und das gilt nicht nur bei anderen, sondern auch bei sich selbst. Fehlinterpretationen können zu Missverständnissen führen und diese wiederum zu impulsiven und konfusen Interaktionen, bei denen wir die anderen nicht so sehen, wie sie sind – und sie uns auch nicht!

Beim Mentalisieren geht es um die aufmerksame Beachtung und Reflexion des eigenen psychischen Zustands und der psychischen Verfassung anderer Menschen. Ziel der »mentalisierungsbasierten« oder »mentalisierungsstützenden« oder »mentalisierungsfördernden Therapie« – diese drei Begriffe werden zur Zeit auswechselbar benutzt – ist, das Mentalisieren anzuregen und zu optimieren. Das

etwas unglückliche Wort »Mentalisierung« klingt allerdings so, als ob man von einem Ergebnis oder gar einem Produkt spricht. Das Verb »mentalisieren« hingegen ist sicher zutreffender, da es sich um einen aktiven, intersubjektiven Prozess handelt.

Die Begriffe Mentalisation, Mentalisierung und Mentalisieren wurden erstmals von französischen Psychoanalytikern vor nun schon fast 3 Jahrzehnten in die psychotherapeutische Welt eingeführt (Marty 1991), allerdings mit anderen Bedeutungen als die von Peter Fonagy's Team in London erarbeiteten (Fonagy et al. 1991). Hier enthält der Begriff Mentalisieren zugleich sowohl eine selbstreflexive wie auch eine interpersonelle Komponente, die es ermöglicht, die dahinterstehenden Konzepte auch für Gruppenkontexte aller Art – einschließlich MFT –, soziale Netzwerke und Organisationen einzusetzen (Schultz-Venrath 2013, S. 81).

Holmes hat fünf verschiedene Ebenen des Mentalisierens klar dargestellt (2012, S. 12):

- *Selbst-Mentalisieren*: sich der eigenen Gefühle bewusst sein;
- *andere Mentalisieren*: sich der Gefühle anderer bewusst sein;
- *Selbst-mit-anderen-Mentalisieren*: sich bewusst sein, was man selbst gegenüber anderen fühlen könnte;
- *Andere-mit-Selbst-Mentalisieren*: sich bewusst sein, was andere in Bezug auf mich fühlen könnten
- *Selbst-und-andere-Mentalisieren*: sich die Interaktionen zwischen sich selbst und anderen »neutral« – aus einer Metaperspektive – bewusst machen.

1.4.1 Mentalisierungsdimensionen und balanciertes Mentalisieren

Es lassen sich vier Dimensionen des Mentalisierens beschreiben, die polar gegenübergestellt sind (Fonagy et al. 2015):

- Eine dieser Dimensionen ist schon angesprochen worden, das *implizite und explizite* (automatische und kontrollierte) Mentalisieren.
- Eine weitere Dimension ist die Fokussierung auf *interne* im Gegensatz zu *externen* Vorgängen, auf was sich geistig und seelisch im Inneren – sozusagen in den Köpfen und Bäuchen – abspielt und was sich äußerlich zeigt. Ist man vor allem auf das Lesen von Mimik und Körpersprache ausgerichtet, besteht die Gefahr, interne mentale Zustände zu vernachlässigen.
- Bei der dritten Dimension handelt es sich um den Unterschied zwischen *selbstorientiertem* und *fremdorientiertem* Mentalisieren. Einigen Menschen fällt es leichter, die geistig-seelischen Zustände anderer zu mentalisieren und weniger das eigene Erleben reflektierend-nachdenkend zu erfassen.
- Die vierte Dimension des Mentalisierens besteht aus den Polen *kognitiv* und *affektiv*: An einem Pol dieses Spektrums haben wir das exklusive Fokussieren auf rationales Verstehen und Logik; und am anderen Ende dieses Spektrums steht die übermäßige Präokkupation mit Affekten.

Es ist optimal, wenn Menschen sich flexibel zwischen diesen Polen bewegen können: Dann können sie manchmal automatisch und schnell *implizit* mentalisieren, wenn alles gut läuft, und auf *explizites* Mentalisieren umschalten, wenn mehr Aufmerksamkeit verlangt ist. Flexibel mentalisierende Menschen vermögen den Brennpunkt zeitweilig auf *innere* Prozesse (Bedürfnisse, Wünsche, Vorstellungen) zu richten, aber auch auf *externe* Aspekte (Handlungen, Gesichtsausdrücke, Körpersprache) fokussieren; sie können ihre eigenen Gefühle *selbstorientiert* beleuchten und ein anderes Mal *fremdorientiert* die von anderen Menschen. Sie haben sowohl ein gutes *kognitives* wie *emotionales* Verständnis mentaler Prozesse.

Sind Menschen allerdings jeweils auf einen Pol fixiert, ist ihre Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Therapeutische Interventionen versuchen Menschen und Familien zu helfen, sich flexibel zwischen beiden Polen dieser vier Dimensionen zu bewegen und auch das »Zwischenland« anzusprechen. Es geht darum, ein Gleichgewicht herzustellen, und in der MFT sieht das folgendermaßen aus: Geht es zu kognitiv in der Gruppe zu, dann bringen die Therapeuten den emotionalen Fokus ins Gespräch; wird nur impliziert mentalisiert, dann kommen spezifische Techniken (siehe die mentalisierungsstützenden Fragen unten) zum Einsatz, um explizites Mentalisieren zu fördern; ist der Fokus zu sehr extern, dann versuchen die Therapeuten, Interesse an internen mentalen Prozessen zu stimulieren; und wenn Gruppenmitglieder zu sehr auf andere fixiert sind, dann nutzt man Interventionen, die sich mit dem Selbst beschäftigen. Zwanghaftes Konzentrieren auf explizites Mentalisieren kann zu einer rigiden Formel werden und zum Pseudomentalisieren – oder Schwafeln – einladen.

Es gibt beträchtliche individuelle Unterschiede und Fluktuationen, wie mentalisierungsfähig wir sind – d. h. wie leicht uns das Mentalisieren fällt, wie schnell wir es wiedergewinnen können, wenn es verloren gegangen ist, und wie rigide und unflexibel unser Mentalisieren werden kann. Wenn wir emotional sehr erregt sind, scheint unser Frontalhirn, in dem ein wichtiger Teil unseres Mentalisierens abläuft, wie ein Computer abzuschalten. Wir können dann, wie man so schön sagt, »den Wald nicht mehr vor lauter Bäumen sehen«. Das hat spezifische therapeutische Konsequenzen, auch in der MFT. Sind z. B. einige Gruppenteilnehmer emotional zu sehr erregt, macht es wenig Sinn, sie aufzufordern, sich und andere zu mentalisieren. Das geht einfach nicht in der Hitze des Gefechts, sondern erst wenn die Gruppenmitglieder emotional »heruntergefahren« sind. Während ein gewisser Grad von Erregung therapeutisch wichtig ist, um neue Prozesse anzukurbeln, beeinträchtigt zu viel Erregung temporär die Mentalisierungsfähigkeit. Einer der Gründe, warum audiovisuelles Aufzeichnen von Multifamiliengruppenarbeit so hilfreich sein kann, ist, dass dies späteres Videofeedback im Gruppenkontext ermöglicht, wenn die eigene Erregung verraucht ist und effektives Mentalisieren wieder einsetzen kann.

1.4.2 Mentalisieren und Bindung – die inneren Arbeitsmodelle

Mentalisieren erlernt man zuerst in frühen Bindungsbeziehungen. Allerdings wird in diesem Zusammenhang »Bindung« nicht nur als ein biologisches Verhaltenssystem konzeptualisiert, sondern auch als der Kontext für ein sich entwickelndes internes Repräsentationssystem. In diesem erfährt man, was »selbst« und was »andere« sind, und experimentiert mit den ersten sozialen Beziehungen. In frühen Bindungsbeziehungen lernt man auch die eigenen Affekte zu regulieren. Das Bindungsbedürfnis ist biologisch determiniert, es ist für unsere geistig-seelische Entwicklung unerlässlich. Vom Säuglingsalter an verinnerlichen wir durch wiederholt erfahrene typische Interaktionsmuster und Erfahrungen mit unseren Bezugspersonen zunehmend unsere Erwartungen über zukünftiges Verhalten und Interaktionen und integrieren sie in ein Gesamtbild, das prägend dafür ist, wie wir interagieren und kommunizieren. Diese sog. *inneren Arbeitsmodelle* werden zum Prototyp für die Bildung späterer Beziehungen und formen die emotionalen und sozialen Regulationsprozesse.

Wenn das von Anfang an gelingt, dann ist eine früh erworbene Bindungssicherheit ein Schutzfaktor, eine Art »Impfung«, gegen psychische Erkrankungen; sie stärkt unsere Resilienz. Bindungsstörungen hingegen können die Fähigkeit, Beziehungen zu entwickeln, erheblich untergraben. Ist z. B. ein inneres Arbeitsmodell so orientiert, dass man von der primären Bindungsperson (z. B. der Mutter) automatisch Ablehnung erwartet, dann kann sich das innere Arbeitsmodell einer »unzureichenden« und »nicht liebenswerten« Person entwickeln. Das wiederum organisiert, wie und ob man später Beziehungen mit anderen Menschen aufbauen, aufrechterhalten und vertiefen kann.

1.4.3 Das Spiegeln mentaler Zustände von Säuglingen

Wie schon angedeutet, erlernt man das Mentalisieren in und durch die frühesten Interaktionen mit den Eltern und anderen wichtigen Beziehungspersonen. Eltern versuchen meist zu ergründen, was in ihren Kleinstkindern wohl vorgehen mag, und das hat oft den experimentellen Charakter von Versuch und Irrtum. Wenn Eltern Säuglingen mentale Zustände zutrauen – und das ist wahrlich nicht immer der Fall –, dann reagieren sie oft nichtwissend und fragend auf die häufig schwer entzifferbaren Kommunikationen ihres Kindes. Das kann zu einer Sequenz von Fragen führen wie z. B.: *»Hast du Hunger? Bist du verärgert? Brauchst du eine neue Windel? Musst du ein Bäuerchen machen? Hast du mich nicht lieb?«* Diese scheinbar rhetorischen Fragen sind wichtig bei der Entwicklung der Interaktionen und Kommunikationen zwischen Eltern und Kind. Die meisten Eltern reagieren spontan auf die vielfältigen Emotionen ihrer Kleinstkinder, und damit werden diese von den Eltern automatisch »markiert gespiegelt«. Das heißt, dass sie die Kinder verändert abbilden, indem sie deren erahnte Gefühle abmildern oder sie verstärken oder ihnen einen anderen Affekt beimischen.

So erfährt der Säugling, dass die primäre Bezugsperson auf *seine* Emotionen reagiert, dass *seine* mentalen Zustände gespiegelt werden und es sich nicht um die persönlichen Gefühlsausdrücke der Mutter oder des Vaters handelt. Durch diese Spiegelungen – und durch die Aufmerksamkeit, die ihm die Beziehungsperson widmet – entdeckt sich das Kind selbst. In Anlehnung an Descartes' Diktum »*Ich denke, also bin ich*« (Cogito, ergo sum), ließe sich das aus der Säuglingsperspektive auch so formulieren: »*Ich bin, weil du mich be-denkst und mich repräsentierst.*«

Wenn die primäre Bezugsperson, und das ist meistens die Mutter oder der Vater, allerdings nicht in der Lage ist, die mentalen Zustände des Säuglings kongruent und kontinuierlich zu erfassen und zu spiegeln – sei es, weil die elterlichen Bedürfnisse Priorität haben oder negative Zuschreibungen in den Vordergrund treten oder die Eltern vom Affekt des Kindes überwältigt werden –, dann kann es zu einer Bindungsentwicklungsstörung kommen. Postnatal depressive Mütter oder Väter sind beispielsweise oft nicht in der Lage, den Affekt ihres Kleinstkindes markiert und mehr oder weniger akkurat zu spiegeln. Eine fehlende Spiegelung erlaubt nicht den Aufbau einer »Gedächtnisspur« (Kirsch, Brockmann u. Taubner 2016). Wir sprechen hier auch von einer »sekundären Repräsentanz«, in deren Abwesenheit die Entwicklung eines verlässlichen inneren Arbeitsmodells und somit auch die Affektregulation folgenscher gestört werden können.

1.4.4 Epistemische Wachsamkeit und epistemisches Vertrauen

Verlässliche innere Arbeitsmodelle werden dann am besten entwickelt, wenn wir unseren wichtigen Bindungs- oder Bezugspersonen vertrauen können. Das innovative Konzept des *epistemischen Vertrauens* (Sperber et al. 2010, Fonagy a. Alison 2014) beschreibt das basale Vertrauen in eine Bezugsperson, von der man »sicher« und ohne Zweifel lernen kann und deren Kommunikationen man trauen kann. »Epistemisch« ist ein aus der Erkenntnisphilosophie entliehener Begriff, der das *Wissen um den Wahrheitsgrad des Wissens* beschreibt. Wollen Kinder z. B. von ihren Schullehrern etwas Neues lernen, dann prüfen sie generell die Informationen und Kommunikationen auf ihren Wahrheitsgrad, bevor sie diese in ihre Erfahrungen und ihr Wissen integrieren, vor allem wenn sie den Lehrer nicht gut kennen oder ihm (noch) nicht trauen. Diese vorsichtige Einstellung, die man auch *epistemische Wachsamkeit* nennen könnte, hilft uns, die Welt kritisch anzuschauen und uns nicht (zu) leicht täuschen zu lassen. Diese Haltung bewahrt uns davor, uns falsches Wissen anzueignen und dieses unbedacht weiterzugeben. Müssten wir allerdings jedes Mal, wenn wir vor einer neuen Situation stehen oder etwas Neues lernen wollen, *epistemisch wachsam* damit umgehen, wäre das sehr anstrengend. Stattdessen schenken wir wichtigen Bezugspersonen nach und nach Vertrauen – Eltern und Freunden, bestimmten Erzieherinnen, Lehrern etc. Oft übernehmen wir dann »automatisch« deren Wissen und Weisheit(en), eben weil wir ihnen vertrauen. Sichere Bindungsbeziehungen fördern epistemisches Vertrauen, aber zunächst müssen wir unsere *epistemische Wachsamkeit*