

Eia Asen/Michael Scholz

# **Praxis der Multifamilientherapie**

Unter Mitarbeit von  
Neil Dawson, Brenda McHugh, Maud Rix,  
Beate Schell, Katja Scholz und Derek Taylor

2009

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold	Prof. Dr. Kersten Reich
Prof. Dr. Dirk Baecker	Prof. Dr. Wolf Ritscher
Prof. Dr. Bernhard Blanke	Dr. Wilhelm Rotthaus
Prof. Dr. Ulrich Clement	Prof. Dr. Arist von Schlippe
Prof. Dr. Jörg Fengler	Dr. Gunther Schmidt
Dr. Barbara Heitger	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp	Jakob R. Schneider
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand	Prof. Dr. Jochen Schweitzer
Prof. Dr. Karl L. Holtz	Prof. Dr. Fritz B. Simon
Prof. Dr. Heiko Kleve	Dr. Therese Steiner
Dr. Roswita Königswieser	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin
Prof. Dr. Jürgen Kriz	Karsten Trebesch
Prof. Dr. Friedebert Kröger	Bernhard Trenkle
Tom Levold	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler
Dr. Kurt Ludewig	Prof. Dr. Reinhard Voß
Prof. Dr. Siegfried Mrochen	Dr. Gunthard Weber
Dr. Burkhard Peter	Prof. Dr. Rudolf Wimmer
Prof. Dr. Bernhard Pörksen	Prof. Dr. Michael Wirsching

Satz u. Grafik: Drißner-Design u. DTP, Meßstetten  
Umschlaggestaltung: Goebel/Riemer  
Printed in Germany  
Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, [www.fgb.de](http://www.fgb.de)

Erste Auflage 2009  
ISBN 978-3-89670-662-1  
© 2009 Carl-Auer-Systeme Verlag GmbH, Heidelberg  
Alle Rechte vorbehalten

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](http://www.carl-auer.de).

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

Carl-Auer Verlag  
Häusserstraße 14  
69115 Heidelberg  
Tel. o 62 21-64 38 o  
Fax o 62 21-64 38 22  
E-Mail: [info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

# Vorbemerkungen

## Für wen dieses Buch gedacht ist

Dieses Buch ist für all diejenigen bestimmt, die sich professionell auf den Gebieten der Jugendhilfe, der Schule und der medizinisch-psychologischen Dienste in Kliniken, Ambulanzen und freien Niederlassungen betätigen und Interesse an systemischer Arbeit haben. Multifamilien-therapie (MFT) wird eher selten als alleiniges Verfahren angewandt, sondern meist komplementär und adjuvant zu den häufig multimodalen Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten bei emotionalen und sozialen Störungen. Die Konzepte und das therapeutische Modell, die in diesem Buch beschrieben sind, wurden über mehr als drei Jahrzehnte zunächst am Marlborough Family Service in London entwickelt und dann seit Mitte der 1990er Jahre auch in Deutschland, vor allem an der Dresdner Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eingesetzt.

## Möglichkeiten und Grenzen dieses Buchs

Dieses Buch kann und soll:

- einen Überblick über den aktuellen Stand des Verfahrens geben;
- Kollegen inspirieren, sich mit Ideen der MFT anzufreunden, sich auch ernsthaft damit auseinanderzusetzen, eventuell ein Training in diesem Verfahren zu beginnen, um dann vielleicht mit einem kleinen Projekt anzufangen;
- Interessierte dazu anregen, dieses relativ junge Verfahren noch in anderen, bisher unerschlossenen Bereichen einzusetzen und/oder in traditionellen Kontexten zu erproben.

Dieses Buch kann und will nicht:

- ein detailliertes Manual für die spezifische Behandlung von bestimmten Störungsbildern sein;
- authentisch über MFT-Projekte von Kollegen berichten, mit denen wir nie zusammengearbeitet haben;
- umfassend alle erforderlichen und bewährten therapeutischen Interventionen zu bestimmten Krankheitsbildern wiedergeben.

# 1. Entwicklung und Prinzipien der Multifamilientherapie (MFT)

Multifamilientherapie basiert zum größten Teil auf Erkenntnissen, Konzepten und Techniken aus der Gruppen- und systemischen Einzelfamilientherapie. In einer Gruppe besteht die Möglichkeit, problematische Verhaltensweisen und Symptomatiken einer Familie differenzierter zu bearbeiten, da Mitglieder aus anderen Familien neue und andere Perspektiven entwickeln können – vor allem, wenn sie mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Es ist eine allgemeine Erkenntnis, dass Menschen in Konfliktsituationen für das eigene Problem meist eine eingeengte Sichtweise haben, aber eine hohe Sensitivität für ähnliche Probleme bei anderen. Diese menschliche Besonderheit kann in der Arbeit mit mehreren Familien genutzt werden, wenn systemisch eine Gruppenatmosphäre mit gegenseitiger Anteilnahme, mit Verstehen und Transparenz geschaffen wird. Während es für eine Einzelperson oder eine Familie oft schwierig ist, sich über die eigene Perspektive zu erheben und so ihre eigenen Schwierigkeiten zu erkennen und zu »behandeln«, gibt es in einer Gruppe von Familien eine Vielzahl von differenzierten Außenperspektiven. Ziel der Arbeit ist es, dass die einzelne Familie und ihre Mitglieder die Potenz der Gruppe als Chance für sich selbst erleben. Diese aktive Einbeziehung der Familie bei der Wahrnehmung des gleichen Problems bei ihrem Gegenüber stärkt auch das eigene Selbstwertgefühl. Das macht Familien offener für die Wahrnehmung und Veränderung derselben Schwierigkeiten bei sich selbst.

## Die Entwicklung der Multifamilientherapie

Die Praxis der simultanen Arbeit mit mehreren Familien entwickelte sich in den Vereinigten Staaten, wo in den 1940er und 1950er Jahren verschiedene Teams die Großgruppenarbeit mit chronisch psychotischen Patienten und deren Angehörigen ausprobierten (Ross 1948; Kahn a. Prestwood 1954; Abrahams a. Varon 1953). Unterschiedliche Ideen und Formate wurden benutzt – einschließlich Psychodrama wie auch Paartherapie in Gruppensettings (Boas 1962; Gottlieb a. Patison 1966). Allerdings wird Peter Laqueur meist als der »Vater« der

Multifamilientherapie bezeichnet. Er arbeitete in den 1950er Jahren in New York mit schizophrenen Patienten und begann, die Angehörigen direkt in den Heilungsprozess miteinzubeziehen (Laqueur et al. 1964; Laqueur 1972). Es zeigte sich, dass gruppentherapeutische Wirkfaktoren, wie gemeinsamer Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung, konstruktive Kritik und Modell-Lernen, bei der Begegnung von verschiedenen Familien mit ähnlichen Störungen hilfreich sein können. Angehörige, die spezifische Schwierigkeiten mit ihren psychotischen Familienmitgliedern hatten, erfuhren, dass es fast identische Probleme auch anderswo gab. Sie lernten, dass sie sich gegenseitig dabei helfen konnten, Erfahrungen auszutauschen, neue Lösungen zu finden und sich hilfreiches Feedback zu geben. Laqueurs positive Ergebnisse inspirierten dann auch andere Kliniker in den USA. Innerhalb von wenigen Jahren entwickelten Erwachsenenpsychiater und -psychologen verschiedene Modelle, wie man Patienten mit Schizophrenie und anderen Psychosen im Kontext gemeinsam mit mehreren Familien helfen kann (Detre et al. 1961; McFarlane 1982; Anderson 1983). Aber auch in anderen Kontinenten, etwa in Europa und Südamerika, fand dieser Ansatz Interesse, wie z. B. in Frankreich (Benoit et al. 1980), Belgien (Igodt 1983) und der Schweiz (Salem et al. 1985). In Argentinien experimentierte Badaracco (2000) schon in den 1960er Jahren mit einem psychoanalytisch inspirierten multifamilientherapeutischen Ansatz bei institutionalisierten, chronisch psychotischen Patienten. Andere Teams adaptierten die sich entwickelnden Methoden und Techniken der Multifamilientherapie und benutzten diese bei der Arbeit mit verschiedenen Krankheitsbildern und Störungen (Strelnick 1977; O'Shea a. Phelps 1985). In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Multifamilientherapie im Erwachsenenbereich sehr an Popularität gewonnen, z. B. bei der Arbeit mit Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen (Anderson et al. 1986; Keitner et al. 2002; Lemmens et al. 2007), mit bipolaren Krankheitsbildern (Moltz a. Newmark 2002), bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit (Kaufman a. Kaufman 1979), bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Berkowitz a. Gunderson 2002) und Bulimie (Wooley a. Lewis 1987), bei der Huntington-Chorea (Murburg et al. 1988) und anderen Formen von chronischen organischen Erkrankungen (Gonzalez et al. 1989) wie auch bei chronischen Schmerzzuständen (Lemmens et al. 2005). Bei Kindern und Jugendlichen gibt es ebenfalls schon seit Jahrzehnten erfolgreiche Anwendungsgebiete, nicht nur im klinischen, sondern

auch im schulischen Bereich und in Jugendfürsorgeeinrichtungen. So ist die Multifamilientherapie auch effektiv bei verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (Asen et al. 1989), bei Obdachlosen (Fraenkel 2006), Schul- und Lernstörungen (Dawson a. McHugh 1994; Retzlaff et al. 2008), Ess-Störungen (Dare a. Eisler 2000; Scholz a. Asen 2001; Colahan a. Robinson 2002; Asen a. Schmidt 2005), chronisch organisch erkrankten Kindern (Steinglass 1998; Wamboldt a. Levin 1995; Saayman et al. 2006) und dem weiten Spektrum von emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (McKay et al. 2002). Es gibt weiterhin eine Anzahl von anderen Multifamilienprojekten mit Kindern und Jugendlichen, die verschiedene Krankheitsbilder oder Störungen präsentieren, wie Asperger-Syndrom, ADHS, Psychosen, Turner-Syndrom, »Schreikinder« und Gewaltfamilien (Asen 2002).

In Großbritannien fasste die Multifamilientherapie in den 1970er Jahren vor allem im tagesklinischen Bereich Fuß. Das war zu einer Zeit, in der R. D. Laings »antipsychiatrische« Ideen (Laing 1960) noch auf fruchtbaren Boden fielen und die »Schuld« für Psychosen im Jugendalter oft der Familie zugeschoben wurde (Laing a. Esterson 1964). Die *Therapeutische Gemeinschaft* (Jones 1968) war damals ein anderer wichtiger Einfluss, und psychisches Leiden und psychiatrische Probleme wurden oft im sozialen Kontext gesehen und verstanden. Dazu kam noch das erwachende Interesse an Salvador Minuchins Arbeit mit unterprivilegierten und marginalisierten Familien, den Familien aus den Slums (Minuchin et al. 1967; Minuchin et al. 2000), und sein Interesse an der Arbeit des Marlborough Family Service London, wo er zweimal vor nun schon fast 30 Jahren mitarbeitete. Es war diese Arbeit mit sogenannten »Multiproblemfamilien«, die den damaligen Direktor des Marlborough Family Service, Alan Cooklin, dazu veranlasste, 1976 eine therapeutische Gemeinschaft für solche Familien ins Leben zu rufen, die »Family Day Unit« (Familientagesklinik) (Asen et al. 1981; Cooklin et al. 1982; Asen 1992). In den letzten drei Jahrzehnten hat diese Einrichtung viele Veränderungen durchgemacht und ist zu einem international anerkannten Modell geworden (s. Kap. 4). Damals handelte es sich jedoch um ein außergewöhnliches, wenn nicht riskantes Experiment. Das Projekt war an einer psychiatrischen Tagesklinik in Zentral-London angesiedelt, dem Marlborough Day Hospital, das allerdings schnell in »Marlborough

Family Service« (»Marlborough Familiendienst«) umgetauft wurde, vor allem, um von traditionellen Krankheitsdefinitionen und »Patiententum«-Vorstellungen wegzukommen. Es ist diese Einrichtung, an der vor allem die Multifamilienprojekte und -ansätze entstanden sind, die sich erst in England und dann auch in anderen europäischen Ländern und auf anderen Kontinenten entwickelt haben. Von diesen Projekten, die vom »Marlborough-Modell« (Asen et al. 2001) inspiriert wurden, soll in diesem Buch in erster Linie die Rede sein.

## **Prinzipien der Multifamilientherapie**

Theorie und Techniken der Multifamilientherapie (MFT) beruhen auf systemischen Prinzipien. Zusätzlich ermöglicht die therapeutische Arbeit in einer Mehrfamiliengruppe die Nutzung spezifischer gruppentherapeutischer Wirkfaktoren (Yalom 2007; Coughlin a. Wimberger 1968; Tschuschke 2001), wie z. B. gegenseitige Unterstützung, konstruktive Kritik, Modell-Lernen, Rollenspiel und Feedback. Die Kraft der Gruppenarbeit wird auch weiter durch allgemeine Wirkfaktoren gestärkt (Revenstorf 1992), z. B. die Erkenntnis, dass Leid keine isolierte Erfahrung ist und auch andere Menschen davon betroffen sind. Die Hoffnung auf Veränderungsmöglichkeiten ist ein anderer Faktor, der in der Gruppenarbeit eine wichtige Rolle spielt. Bei der MFT führt die Anwesenheit verschiedener Familien mit ähnlichen Störungen, Schwierigkeiten oder Krankheitsbildern dazu, dass man sich gegenseitig dabei hilft, neue Lösungen zu finden, Ideen auszutauschen und Feedback innerhalb der Gruppe anzubieten. Für diese Familien ist es eine neue Erfahrung, mit anderen Familien, die meist ähnliche Schwierigkeiten haben, zusammen zu sein. Das hilft, eine erlebte soziale Isolation und eine Stigmatisierung, sei sie nun vorhanden oder nur empfunden, zu reduzieren. Familien sind weniger defensiv, da sie – wie sie oft sagen – »alle im gleichen Boot sitzen«. Das führt zu mehr Offenheit und Selbstreflexion und eröffnet damit bessere Möglichkeiten für Veränderungen. Kontakte werden schnell geknüpft, und es kommt eine »wohlwollende Neugierde« (Cecchin 1987) in Bezug auf andere Familien und deren Leiden und Lösungsversuche auf. Man beginnt, sich gegenseitig zu beobachten und zu kommentieren, z. B. was man an anderen »gut« und »nicht so gut« findet. Da sich Familien in anderen Familien sozusagen »gespiegelt« sehen, lassen sich Reflexionen über andere mit Selbstreflexionen kombinieren. Das

hilft, neue Perspektiven zu entwickeln – vor allem, weil auch gegenseitige Kommentare, einschließlich Kritiken, von den Familien und ihren Mitgliedern oft besser gehört und verstanden werden, als wenn sie von Therapeuten geäußert würden (Asen 2005).

Multifamilienarbeit kann man in offenen Gruppen durchführen, mit Familien, die sich in den unterschiedlichen Stufen des therapeutischen Prozesses befinden. So können die schon »erfahreneren« den »neuen« Familien Mut machen und sie unterstützen, die Selbsthilfekräfte und Ressourcen der Familien zu fördern. Selbst kleine Erfolge können sichtbar gemacht werden, oft durch Einsatz von Videofeedback. Familien erleben sich so im »Playback« und auch, wenn sie wollen, in Zeitlupe, und sie »begutachten« sich selbst aus einer Metaperspektive. Bei der Multifamilientherapie sind Familien zentral in den Prozess ihrer eigenen Gesundung eingebunden, und die Therapeuten entwickeln sich allmählich zu »Kopiloten«, die sich zunehmend an die Peripherie des therapeutischen Geschehens auf einen »Rücksitz« begeben können (Asen 2006). Die meisten Familien lassen sich schnell von dieser Art der Familienarbeit überzeugen und sind somit die besten »Botschafter« dieses Modells, dessen Potenzial sie nicht nur anderen »neuen« und meist skeptischen Familien bestens erklären können.

Die MFT vereint die Vorteile einer Einzelfamilientherapie mit den Besonderheiten einer Gruppentherapie. Zudem wird der spezifischen Situation, in der sich Eltern mit einem psychisch kranken Kind, mit einem Problemkind befinden, in besonderer Weise Rechnung getragen (Scholz 2000). Im Folgenden sind die Beweggründe, die zur Multifamilientherapie geführt haben, kurz aufgelistet:

### Argumente für die Multifamilientherapie

- Förderung von Solidarität:  
»Wir sitzen alle im gleichen Boot.«
- Stigmatisierung und schambedingte Isolation überwinden:  
»Wir sind ja nicht die einzigen.«
- Anregung zu neuen Sichtweisen und Perspektiven:  
»Ich sehe sehr genau beim anderen Dinge, für die ich bei mir selbst blind bin.«

- Voneinander lernen:  
»Wie die anderen das machen, find ich gut.«
- Sich in anderen »gespiegelt« sehen:  
»Wir sind wie ihr.«
- Positive Nutzung des Gruppendrucks:  
»Ich kann hier nicht kneifen.«
- Gegenseitige Unterstützung und Rückmeldung:  
»Toll, wie ihr das macht – und wie seht ihr uns?!«
- Kompetenzen entdecken/erweitern:  
»Ich kann doch mehr, als ich dachte, ich bin doch gar nicht so hilflos.«
- Mit »Pflegefamilien« und Surrogaten experimentieren:  
»Ich kann mit anderen Kindern ganz gut – und wie deine Eltern mit meinem Kind umgehen, ist Klasse.«
- Erleben intensivieren:  
»Hier brodelt es, es tut sich was.«
- Hoffnung wecken:  
»Licht am Ende des Tunnels, auch für uns.«
- Neue Verhaltens-/Erziehungsmuster im »Schonraum« üben:  
»Ich kann hier was ausprobieren, auch wenn es mal schief geht.«
- Selbstreflexion stärken:  
»Ich sehe mich hier genauer und anders.«
- Offenheit durch »öffentlichen« Austausch schaffen:  
»Niemand verteufelt mich, ich kann mich öffnen.«