

Carl-Auer



Eia Asen/Michael Scholz

Praxis der Multifamilientherapie

Unter Mitarbeit von
Maud Rix und Katja Scholz

Zweite, vollständig überarbeitete
und erweiterte Auflage, 2012

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	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 (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	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/ Schwäbisch Hall)	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. Michael Wirsching (Freiburg)

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Satz u. Grafik: Driffler-Design u. DTP, Meßstetten

Printed in Germany

Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, www.fgb.de

Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 2012

ISBN 978-3-89670-822-9

© 2009, 2012 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung 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.

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

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14
69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21-64 38 0
Fax 0 62 21-64 38 22
info@carl-auer.de

Inhalt

Vorwort	9
Vorbemerkungen und Danksagung	12
Möglichkeiten und Grenzen dieses Buchs	14
1. Miteinander – voneinander:	
Einführung in die Multifamilientherapie	15
Die Entwicklung der Multifamilientherapie	15
Prinzipien der Multifamilientherapie	18
MFT-Settings und die Integration in bestehende Behandlungsformen	21
Arbeit mit multikulturellen Gruppen	22
2. Die Therapeuten	24
Paradigmenwechsel in der Therapeutenrolle	24
Therapeutische Grundhaltung	27
Das Zusammenspiel der Therapeuten	28
Die Verantwortung der Therapeuten, ihre Beweglichkeit und das nonverbale Verhalten	29
Therapeutenpositionen	34
Typische Problemsituationen	41
3. Basistechniken	44
Beispiele für zirkuläres Fragen in der Multifamilientherapie. ...	44
Zirkuläres Fragen mit aktivem Zuhören	45
Externalisieren	45
»Columbo«-Technik	46
5-Schritte-Modell nach Asen	46
Sprechchöre	50
Reflecting Team (Innenkreis – Außenkreis)	50
Blitzlicht	51
Mentalisieren	51
Subgruppen	57
Videofeedback	58
Rollentausch	58
Adoptivverfahren	59
Urkunden	59
Resümee	59

4. Spezifische Übungen	61
Gruppen-Übungen.....	65
G1 <i>Einführungsabend und Einführung von neuen Familien</i>	65
G2 <i>Kennenlernen</i>	68
G3 <i>Speed-Dating – blitzschnell kennenlernen</i>	69
G4 <i>Seinen Platz finden</i>	71
G5 <i>Wie alles begann</i>	73
G6 <i>Besondere Eigenschaften</i>	75
G7 <i>Lügendetektor</i>	76
G8 <i>Wer hat schon mal ...?</i>	77
G9 <i>Amöbenspiel</i>	78
G10 <i>Rechts-links-Wechsel</i>	80
G11 <i>Besuch der Außerirdischen</i>	81
G12 <i>Fallschirmspiel</i>	82
G13 <i>Kreisspiel</i>	83
G14 <i>Märchenwelt</i>	84
G15 <i>Eingefrorene Gefühlsstatuen</i>	85
G16 <i>Gefühlsmalerei</i>	86
G17 <i>Gruppenstärketier</i>	87
G18 <i>Tierfamilien im Zauberwald</i>	88
G19 <i>Königreich</i>	89
G20 <i>Robinson Crusoe</i>	90
G21 <i>Blindes Vertrauen – Blindekuh</i>	91
G22 <i>Überraschungsgeburtstagsparty</i>	93
G23 <i>Dirigent im Mehrfamilienorchester</i>	94
G24 <i>Holländische Nackenmassage</i>	95
G25 <i>Tauziehen</i>	97
G26 <i>Anonyme Briefe</i>	98
G27 <i>Gemeinsame Mahlzeiten</i>	99
G28 <i>Ausflüge</i>	101
G29 <i>Erinnerungsbüchlein</i>	102
G30 <i>Zeitstrahl</i>	103
G31 <i>Komplimenterunde</i>	105
G32 <i>Verabschiedung</i>	106
Familien-Übungen.....	107
F1 <i>Familienwappen</i>	107
F2 <i>Zehn Familiengebote – die Familienverfassung</i>	109
F3 <i>Magische Fernbedienung</i>	110

F4	Zieleebäume	112
F5	Familienbilder und -collagen	114
F6	Familienvehikel.....	115
F7	Familie in Tieren	116
F8	Erinnerungströdelmarkt	117
F9	Familienbeziehungs-Landkarte.....	118
F10	Beziehungsweberei.....	120
F11	Familienstammbaum	121
F12	Lebenskreise.....	122
F13	Traumhaus	124
F14	Familienkoffer.....	125
F15	Konsequenzenkiller	126
F16	Alters- und störungsspezifische Grenzen	127
F17	Tonskulpturen.....	128
F18	Konfliktlandschaft	130
F19	Gehirn-Scanning	131
F20	Lebensfluss.....	133
F21	Live-Skulptur.....	134
F22	Reibung erzeugt Wärme.....	138
F23	Versöhnung.....	139
F24	Stellenanzeige.....	141
F25	Reframing – nicht kränkende Sätze bilden	142
F26	Masken.....	143
F27	Tiefgefrorene Konflikte	145
F28	Stimmungsbarometer – Gefühlsskalen.....	146
F29	Alltag nach Unfall.....	149

Störungsbezogene (problemfokussierte,
symptom-spezifische) Übungen

S1	Briefe an das Problem	151
S2	Tricks und Kniffe	153
S3	Klaps oder Schlag?.....	155
S4	Fußabtreter	156
S5	Eskalationsuhr – Teufelsspirale	158
S6	Sketche.....	160
S7	»Super Nanny« oder Superkumpel.....	161
S8	Plakate oder Videofilme	163
S9	Pressekonferenz.....	165
S10	Adoptionsessen	167

<i>S11 Essenscollagen</i>	168
<i>S12 Drittes Frühstück</i>	170
<i>S13 Visualisierung der Körperschemastörung</i>	172
<i>S14 Psycho-Selbstedukation</i>	174
5. Spezielle Anwendungsgebiete	176
Arbeit mit Multiproblemfamilien	176
Reflexionstreffen	181
Gutachterliche Arbeit	184
Schritte ins Elternsein	186
ADHS, Asperger-Syndrom und andere kinderpsychiatrische Diagnosen	187
Arbeit mit und in Schulen	190
Familienklassenzimmer	197
Anorexia nervosa	199
Bulimia nervosa	205
Schizophrenie und andere Psychosen	205
Affektive Störungen	207
6. Praktische Erwägungen	209
Wie wirksam ist die Multifamilientherapie?	209
Was wirkt nun bei der Multifamilientherapie?	213
Personalbedarf und Arbeitskontexte	214
Finanzielle Grundlagen	218
Vertraulichkeit und Schweigepflicht	219
Dokumentation	221
Aus- und Weiterbildung	222
Arbeitende Eltern	225
Sprachbarrieren	226
Kontraindikationen zur Multifamilientherapie	226
Anhang	228
Richtlinien für die Weiterbildung in Multifamilientherapie	228
Literatur	232
Über die Autoren	240

1. Miteinander – voneinander: Einführung in die Multifamilientherapie

Multifamilientherapie basiert im Wesentlichen auf Erkenntnissen, Konzepten und Techniken der Gruppen- und systemischen Einzelfamilientherapie. In einer Gruppe besteht die Möglichkeit, problematische Verhaltensweisen und Symptomaten 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 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 eine 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. Pattison 1966). Allerdings wird Peter Laqueur meist als der »Vater« der Multi-

familientherapie bezeichnet. Er arbeitete in den 1950er Jahren in New York mit schizophrenen Patienten und begann, die Angehörigen direkt in den Heilungsprozess miteinzubeziehen (Laqueur 1969, 1972, 1973, 1976; Laqueur et al. 1964). 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 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 (Leichter a. Shulman 1974; Hardcastle 1977; Strelnick 1977; Benningfeld 1978; Frager 1978; 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; Fristad et al. 2003; Lemmens et al. 2007), mit bipolaren Krankheitsbildern (Brennan 1995; Moltz a. Newmark 2002), Zwangstörungen (Barrett et al. 2005); 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; Scholz et al. 2003a; 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 (Bach u. Scholz 1979; McKay et al. 2002). Es gibt weiterhin eine Anzahl von anderen Multifamilienprojekten mit Kindern und Jugendlichen, die verschiedene Krankheitsbilder oder Störungen präsentieren, wie das Asperger-Syndrom, ADHS, Psychosen, das Turner-Syndrom, »Schreikinder« und Gewaltfamilien (Asen 2002; Asen u. Scholz 2008).

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. 1982; Cooklin et al. 1983; 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 sogar riskantes Experiment. Das Projekt war an einer psychiat-

rischen 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 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.

Auch in Ostdeutschland gab es in den 1970er Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Bestrebungen, die stationäre kindzentrierte Therapie mit Elterngruppen zu kombinieren. Tuchscheerer in Uchtspringe/Altmark und Scholz in Leipzig flankierten die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit regelmäßigen Elterngruppen. Tuchscheerer arbeitete mit pädagogischen (Informations-)Gruppen und psychodynamischen Gruppen mit neoanalytischer Orientierung (Ebersbach et al. 2011), Scholz begann damals schon die störungsspezifische Kompetenz der Eltern, die familiären Bindungen und die Sensibilität zwischen Eltern und Kindern über Rollenspiele und Videofeedback mit zunehmender Einbeziehung der Kinder zu verbessern. Kombiniert wurden diese Gruppen mit Einzelfamilien Therapien (Bach u. Scholz 1979; Scholz u. Israel 2011).

Prinzipien der Multifamilientherapie

Theorie und Techniken der Multifamilientherapie basieren hauptsächlich auf systemischen Prinzipien, die durch tiefenpsychologische Elemente ergänzt werden. Zusätzlich ermöglicht die therapeutische Arbeit in einer Mehrfamiliengruppe die Nutzung spezifischer gruppentherapeutischer Wirkfaktoren (Yalom 2007; Coughlin a. Wimberger 1968; Behr 1996; 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. Es ist möglich, die multiplen Interaktionen und Prozesse, die

sich gleichzeitig und oft überschneidend während der Gruppenarbeit abspielen, auf fünf verschiedenen Ebenen zu beschreiben (Cassano 1989): innerhalb der einzelnen Familien (intrafamiliär); zwischen den Familien (interfamiliär); zwischen den Therapeuten und den einzelnen Familienmitgliedern (Therapeut – Klient); in der gesamten Gruppe, die Therapeuten und Familien einschließt (Intra-Gruppe) und zwischen der gesamten Gruppe und dem weiteren Kontext (Extra-Gruppe). 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 sowohl in geschlossenen wie auch in halboffenen Gruppen durchführen. Es ist möglich, dass alle Familien zur gleichen Zeit starten und die Arbeit zusammen beenden. In halboffenen Gruppen wird mit Familien gearbeitet, die sich in den unterschiedlichsten 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 in Zeitlupe, und sie »begutachten« sich selbst aus einer Metaperspektive.

Bei der Multifamilientherapie sind Familien direkt in den Prozess ihrer eigenen Veränderungen im Laufe der Gesundung eingebunden: Die Therapeuten entwickeln sich situativ zu »Kopiloten«, die sich 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 anderen »neuen« und meist skeptischen Familien bestens erklären können. In der Praxis ist es oft so, dass eine MFT Gruppe »geschlossen« anfängt, aber bei frei werdenden Plätzen neue Familien eingebunden werden 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.«

MFT-Settings und die Integration in bestehende Behandlungsformen

Multifamilientherapie lässt sich ambulant durchführen, meist mit einer 2–4-stündigen Sitzung oder ganztägig, ein- bis zweimal wöchentlich oder mit bis zu einer Sitzung alle 2–4 Wochen. MFT kann auch tagesklinisch und stationär ganztägig durchgeführt werden. In Familientageskliniken kommen Familien für 6–8 Stunden tageweise über mehrere Wochen zusammen. Wenn Familien stationär aufgenommen werden, sind sie bis auf Wochenendbeurlaubungen immer zusammen. Viele Einrichtungen integrieren auch die MFT stundenweise oder ganztägig in bestehende kindzentrierte tagesklinische oder stationäre Behandlungs- bzw. Betreuungsformen. Multifamilientherapie als Setting besteht nicht nur aus systemischer Interaktionsarbeit im Familiengruppenkontext, sondern es fließen auch andere, mehr traditionelle Therapieformen ein, wie systemische Einzelfamilienthe-

rapie und methodenübergreifende Individualtherapie. Bei ganztägiger MFT-Arbeit gibt es die Möglichkeit, aus dem Augenblick heraus mit einem Familienmitglied einzeln zu sprechen und auch Interventionen mit Paaren und Einzelfamilien in besonderen Situationen durchzuführen. So ist MFT nicht nur eine Form der systemischen Therapie, sondern auch ein Kontext, in dem multimodale therapeutische Arbeit erfolgen kann.

Multifamilientherapie ist eine Herausforderung, nicht nur für Familien, sondern auch für das Personal, und sie erfordert viel Engagement von allen. Wenn die Arbeit gut strukturiert ist, mit genauen Zeitplänen und häufigen Übergängen von einer Aktivität und einem Kontext zum anderen, dann führt das dazu, dass die Familienmitglieder – und die Therapeuten – innerhalb ganz kurzer Zeiträume ständig ihre Rollen und Aufgaben ändern müssen. Das erzeugt eine Art »Treibhauseffekt«, durch den alle Teilnehmer häufig ihre verschiedenen Standpunkte verändern. So finden Familien neue Sichtweisen in Bezug auf ihre Probleme und Beziehungen, was konkrete problemspezifische Veränderungen erst ermöglicht.

Arbeit mit multikulturellen Gruppen

Wenn Familien aus verschiedenen Kulturen oder sozialen Schichten in einem Mehrfamilienkontext zusammenkommen, kann das oft Ängste vor dem »Anderen« und damit verbundene Vorurteile wachrufen. Eine andere Hautfarbe, andere Sprache, andere Gestik, andere Werte und Vorstellungen, andere Essgewohnheiten, andere Gerüche – all das mag Befürchtungen oder Skepsis, Distanz bis zur Ablehnung erzeugen. Wenn obendrein ein oder mehrere Dolmetscher eingesetzt werden müssen, dann verlangsamt sich dazu auch noch der Gruppenprozess, was zu weiterer Unruhe und Ungeduld führen kann. Das könnte bei Therapeuten Überlegungen auslösen, ob es wirklich möglich ist, in Gruppenkontexten mit Familien zu arbeiten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, da das schwierige Gruppendynamiken mit sich bringen kann. Allerdings hat interkulturelle Arbeit auch ein Riesenpotenzial, sich mit dem »Anderen« auseinanderzusetzen und dem »Fremden« gegenüber Respekt und Wertschätzung zu finden. Wenn Familien anfangen, zusammen zu kochen und eine multikulturelle Mahlzeit zusammenstellen, und sich beim Kochen Geschichten aus ihren Heimatländern erzählen, dann kommt es meist früher

oder später zu einem Gefühlsaustausch, der von allen Beteiligten als bereichernd erlebt wird. So kann Multifamilienarbeit fast nebenbei zu einem antirassistischen Training werden, Vorurteile abbauen und zu einem gesunden und vorbehaltlosen Interesse an anderen Kulturen und Werten führen (Asen 2007).