

# Persönliche PDF-Datei für Birgit Riediger, Fritz Handerer

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

## Multifamilientherapie und Adoleszenz – Eine psychodynamische Sicht auf das Konzept

DOI 10.1055/s-0043-103853

PiD - Psychotherapie im Dialog 2017; 18 (02): 84-88

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

### Verlag und Copyright:

© 2017 by  
Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN 1438-7026

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags





Birgit Riediger • Fritz Handerer

# Multifamilientherapie und Adoleszenz

## *Eine psychodynamische Sicht auf das Konzept*

*Multifamilientherapie ist ein junges Verfahren, in dem mehrere Familien gemeinsam Lösungswege für ihre Probleme erarbeiten – ohne Lösungsvorschläge der Therapeuten. In diesem Beitrag wird die Multifamilientherapie vorgestellt und die besondere Bewältigung adoleszenter Entwicklungsblockaden am Beispiel von Familienklassen aufgezeigt.*

### Was ist Multifamilientherapie?

**Therapie im Alltag** Im April 2012 hielt Eia Asen im Rahmen einer Tagung in Göttingen einen Vortrag, in dem er ein relatives junges Behandlungsverfahren, die Multifamilientherapie (MFT), vorstellte, das sich komplett von anderen Behandlungsmethoden unterschied. Er arbeitete mit mehreren Familien, Kindern und Eltern zusammen. Die Therapie fand in ganz alltäglichen Kontexten statt, da wo es gerade brannte. Er begleitete die Familien beim Einkaufen, drehte Videos in Essenssituationen, zeigte aber auch Gruppensitzungen.

**Lösungswege selber finden** In Problemsituationen wurden keinerlei Lösungsvorschläge seitens der Therapeuten angelegt. Vielmehr wurden die Familien intensiv angehalten, Lösungswege selbst oder mit Hilfe der Mitpatienten zu erarbeiten. Sehr eindrücklich war ein Video, in dem mehrere Eltern und Jugendliche in einem sogenannten „Familienklassenzimmer“ gemeinsam an den Schwierigkeiten ihrer Kinder arbeiteten.

**Von anderen Familien profitieren** In der Multifamilientherapie wird davon ausgegangen, dass dysfunktionale Verhaltensweisen innerhalb einer Familie differenzierter bearbeitet werden können, wenn diese Familien durch die Sichtweise und die Erfahrungen anderer Familien mit ähnlichen

Schwierigkeiten bereichert und unterstützt werden. Die Klientengruppe ist der virtuelle Co-Therapeut.

**Multifamilientherapie ist ein Verfahren, in dem unterschiedliche Familien ohne Fokussierung auf einen psychiatrischen Störungsanteil ressourcenorientiert in einem progressionsgeleiteten Kontext dazu angeregt werden, interaktionelle Schwierigkeiten im Familiensystem zu identifizieren, als veränderungswürdig zu betrachten und eine Veränderung letztendlich in unterschiedlich großen Schritten einzuleiten und zu festigen.**

**Blinde Flecken überlisten** Es wird davon ausgegangen, dass man sensibel für die Probleme anderer ist, aber für ähnliche Probleme in der eigenen Familie oder bei einem selbst blinde Flecken hat. Dieses Erkenntnis wird in der Multifamilientherapie dazu genutzt, andere Familien direkt in den Prozess der Veränderung und somit in den Prozess der Gesundung mit einzubeziehen.

**Kein hierarchisches Gefälle** Man könnte also sagen, dass die Gruppe einem einzelnen System oder auch einzelnen Mitgliedern dieses Familiensystems eine Vielzahl differenzierter Außenperspektiven liefert, die diese Familien insofern besser für einen Gesundungsprozess nutzen können, da zwischen den Klienten untereinander kein hierarchisches Gefälle existiert. Dies hat

grundlegende Auswirkungen auf die Veränderungsbereitschaft und den Widerstand im therapeutischen Prozess.

### Geschichte der Multifamilientherapie

**Familien profitieren von Familien** Als den Urheber der Multifamilientherapie dürfte man Peter Laqueur bezeichnen, der in den Fünfzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts mit schizophrenen Patienten psychotherapeutisch arbeitete und nach und nach deren Familienangehörige im Gruppensetting in die Arbeit mit einbezog (Laqueur 1969, 1972, 1976). Es wurde deutlich, dass Familien bei schwer zu bewältigenden Problemen, dysfunktionalen Interaktionsmustern und chronifizierten interpersonellen Schwierigkeiten gut von ähnlich betroffenen Familien und deren Sichtweise profitieren konnten.

**Lernen am Modell und hilfreiche Feedbacks untereinander erwiesen sich als entstigmatisierend und als Regulativ der oft empfindlich gestörten narzisstischen Balance.**

**Arbeit mit Multiproblemfamilien** In England kam es zu ersten multifamilientherapeutischen Probeläufen im tagesklinischen Bereich durch Allan Cooklin. Cooklin, Direktor des Malborough Family Service London, fokussierte speziell auf die Arbeit mit Multiproblemfamilien, und es war die Arbeit mit dieser Klientel, die ihn dazu veranlasste, 1976 eine therapeutische Gemeinschaft für solche Familien ins Leben zu rufen, die „Family Day Unit“ (Familientagesklinik) (Cooklin et al. 1983). Cooklin und damals bereits Eia Asen erlebten die

übliche Fokussierung auf die Behandlung von psychischen Störungen als invalidisierend, regressionsfördernd und nicht ausreichend progressionsorientiert und entwickelten am Malborough Family Service das Konzept der Multifamilientherapie. Dieser Ansatz fand zunehmend auch in anderen Ländern Interesse und Anwendung – so in Frankreich (Benoit et al. 1980), in der Schweiz (Salem et al. 1985) und auch in Deutschland.

## Konzept und Grundgedanke

**Behandlungsvoraussetzungen – nicht immer ideal** Zu einem psychotherapeutischen Prozess gehören im Allgemeinen Behandlungsvoraussetzungen, von denen bei Multiproblemfamilien nicht unbedingt ausgegangen werden kann. Um von einer Therapie zu profitieren, braucht man einen Veränderungswunsch, eine Motivation, die Fähigkeit zur Introspektion, Leidensdruck und einen relativ geringen sekundären Krankheitsgewinn.

### Veränderungsangst und Widerstand

Es wird z. B. in der psychodynamischen Schule davon ausgegangen, dass auch bei guter Motivation und vorhandenem Veränderungswunsch allein das Wissen darum, dass ein psychotherapeutischer Prozess Veränderung bedeutet, bei Klienten unbewusst zu erheblicher Veränderungsangst führt. Um den Status quo zu erhalten, werden Kräfte wirksam, die in der psychodynamischen Schule als Widerstand bezeichnet werden (Freud 1895, König 1995b), wobei dieser Begriff in der Multifamilientherapie allerdings nicht konzeptualisiert ist. Widerstand zeigt sich unter anderem darin, dass es dem Klienten in einer Psychotherapie nur schwer möglich ist, sich mit der Haltung des Therapeuten bzw. mit dessen Konzept zu identifizieren.

**Außenschau auf mögliche Veränderungen** In der Multifamilientherapie dient die Triade Therapeut-System-Gruppe als Modell zur Einsichtsvermittlung, denn

eine Identifikation mit den Haltungen und Ansichten der Klientengruppe soll von Veränderung bedrohten Familiensystemen entsprechend den Annahmen der MFT deutlich besser gelingen.

**Durch den ständigen Austausch mit anderen in unterschiedlichsten Situationen können die Klienten eine direkte Außenschau von möglichen Veränderungen bekommen.**

### Einbeziehen anderer in die eigenen Schwierigkeiten

Mit dem Einbeziehen anderer Familien in die eigenen Schwierigkeiten – und wir werden darstellen, in welcher Form dies technisch geschieht – werden Familien auf eine sehr praktische Art und Weise angeregt, die Grundsätze der Multifamilientherapie zu entdecken, zu verinnerlichen und sich mit diesen zu identifizieren. Dieser Identifikationsprozess hält die Familien in Arbeit und ist eine hervorragende Form der Widerstandsbearbeitung.

### Spielerisch die Perspektive wechseln

Die Multifamilientherapie soll zu einer Förderung von Solidarität, zu einer Verminderung der sozialen Isolation, zu einer Entstigmatisierung und zur Entlastung insuffizienzbedingter Schamaffekte führen. Durch die Art und Weise, wie der multifamilientherapeutische Alltag im Detail, aber auch in strukturierten Sitzungen verläuft, werden Klienten zu neuen Sichtweisen und Perspektiven angeregt. Sie lernen am Modell, spielerisch die Perspektive zu wechseln, und Mentalisierungsprozesse werden befördert.

**Positiver Gruppendruck** Die Gruppe übernimmt häufig klarifizierende und konfrontierende Arbeit, aber auch Hilfs-Ich-Funktion. Sie antizipiert oft unaufgefordert Konsequenzen, erzeugt positiven Gruppendruck und übernimmt somit supportive Funktionen. Ressourcen werden aktiviert und die Klienten entwickeln innerhalb kürzester Zeit ein Gefühl dafür, dass ein Veränderungsprozess in Gang ist. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion wird gestärkt und sie

machen die Erfahrung, auch mit Schwierigkeiten anerkannt und wertgeschätzt zu werden (Asen & Scholz 2009, S. 20/21).

## Einblick in die Technik der Multifamilientherapie

### Vom Therapeuten zum Co-Piloten

Grundsätzlich ist es die Aufgabe des Therapeuten, möglichst schnell dafür zu sorgen, dass der „Co-Therapeut“, die Patientengruppe, seine Arbeit aufnimmt, damit sich der Therapeut in die „Co-Piloten-Position“ (Asen & Scholz 2009) begeben kann. Wenn von „der Therapeut“ gesprochen wird, sind in Wahrheit immer zwei Therapeuten gemeint, die sich die Aufgaben teilen, gemeinsam die Sitzungen, Interventionen und Übungen vorbereiten und den Ablauf planen.

**Schnell in Kontakt bringen** Generell besteht die Notwendigkeit, alle Teilnehmer so schnell wie möglich zu vernetzen und zum Austausch anzuregen. Hierbei gibt es unterschiedliche Techniken, die Familien gezielt aufzufordern, ihre Perspektiven und Ansichten jeweils anderen Familien oder der Gruppe mitzuteilen. Die Therapeuten sind zunächst sehr präsent, bringen die Systeme intensiv zu beobachtetem Problemverhalten und Kommunikationsstörungen einzelner Familien in Kontakt und ziehen sich dann zurück, um die Gruppe einerseits ihre Arbeit machen zu lassen, andererseits in „kreisender Haltung“ und durch „Allozentriertheit“ den Gruppenprozess aus der Beobachterposition zu begleiten und, falls nötig, erneut anzuwärmen (Asen & Scholz 2009).

**Das Fünf-Schritte-Modell** Eine Besonderheit in der Multifamilientherapie ist neben den systemischen Basistechniken, wie dem zirkulären Fragen, der Externalisierung und der Columbo-Technik, das sogenannte Fünf-Schritte-Modell nach Asen, kurz B-W-B-V-A genannt. Es stellt neben einer reinen Technik letztendlich auch die beschriebene therapeutische Haltung in der Multifamilientherapie dar.



Im Fünf-Schritte-Modell B-W-B-V-A steht „B“ für Beobachtung, „W“ für Wahrnehmungsvergleich, „B“ für Bewertung, „V“ für Veränderungswunsch und „A“ für Aktion/1. Schritt.

**Am Anfang steht die Beobachtung** Zunächst teilt der Therapeut seine eigene Beobachtung zu einem Kommunikations- oder Verhaltensproblems innerhalb einer Familie mit und versichert sich, ob der Klient diese Wahrnehmung teilt. Dann wird der Klient dazu angeregt, diese Wahrnehmung in seiner Erwünschtheit zu bewerten. Als Nächstes muss er eine Entscheidung treffen. Soll das beobachtete Verhalten verändert werden – und wenn ja, was könnten die ersten Schritte sein?

**Keine Lösungen vorgeben** Das Fünf-Schritte-Modell impliziert, dass der Therapeut zu keiner Zeit die Verantwortung für Lösungsvorschläge, auch in Bezug auf die Probleme im Umgang mit den Kindern, übernimmt. Die Verantwortung für die Kinder und für die Gestaltung des Umgangs mit ihnen bleibt stets bei den Eltern, auch wenn die oft lange Zeit rat- und hilflos gewesenen Eltern in einer gewissen Passivität verhaftet sind. Auch aus psychodynamischer Sicht hätte eine Befriedigung solcher regressiver Wünsche durch Vorgabe von Lösungsmöglichkeiten eine Verstärkung des sekundären Krankheitsgewinns zur Folge und wäre progressionshinderlich.

**Strukturelle Störungsanteile** Rudolph (2004) beschreibt ein solches chronifiziertes „Nicht-wissen-wie“ im Sinne einer allgemeinen Ziel- und Orientierungslosigkeit als ein besonderes Merkmal strukturell gestörter Patienten. Strukturelle Störungsanteile findet man häufig auch bei Klienten aus Multiproblemfamilien.

**Funktionale Verhaltensweisen sofort ausprobieren** Im Unterschied zu rein gesprächspsychotherapeutischen Verfahren lösen sich Asen & Scholz komplett vom

gängigen defizitorientierten Störungsmodell und setzen radikal auf die Aktivierung verschütteter oder nicht freigelegter interpersoneller Ressourcen in Form kompletter Verantwortungsübernahme durch die Klienten, und sie beziehen zudem die Handlungsebene mit ein.

**Die Klienten werden in kritischen Situationen aufgefordert, funktionalere Verhaltens- und Kommunikationsweisen sofort auszuprobieren. Die Reaktionen der anderen dienen der Realitätsprüfung, der Korrektur des eigenen Selbstkonzeptes, der Entwicklung von Arbeitsstolz und somit der Regulierung der narzisstischen Balance und der Entwicklung von Antizipation.**

**Sehr aktive Techniken** Diese Verantwortungsübernahme wird mit außerordentlich aktiven Schritten und Techniken gefördert und gefordert. Die Multifamilientherapie kennt die Innenkreis- und Außenkreistechnik genauso wie Videofeedback, Rollentauschtechniken oder auch Adoptivelternschaften, in denen verschiedene Systeme die Kinder tauschen und sich so ihrer eigenen Fähigkeiten bei anderen Kindern gewahr werden.

**Spiel für Spaß** Neben diesen bereits vorgestellten Techniken gibt es jedoch auch klassische Sitzungsstrukturen. So wird eine Multifamilientherapiesitzung häufig mit einem sogenannten „Spiel“ eröffnet. Dieses Spiel dient einerseits der Vernetzung der Klienten untereinander, verbessert spielerisch die Kommunikation, fördert Kennenlernprozesse und schafft eine lustvolle Arbeitsatmosphäre. Zudem fördert es eine Fähigkeit, die vielen dieser Problemklienten fehlt: die Fähigkeit zum Genuss. Viele der Klienten, die wir im ÖHK Mühlhausen im Rahmen von 6- bis 8-wöchigen stationären Aufenthalten behandelt haben, beschreiben im Nachgang, dass sie seit Jahren das erste Mal wieder zusammen mit ihren Kindern Spaß gehabt haben.

**Übungen für Familienidentität und Ressourcen** Meist schließt sich eine sogenannte „Übung“ an. Diese Übungen haben sehr unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten. Sie dienen z.B. dem bewussten Erleben der eigenen Familienidentität oder der Fokussierung auf Ressourcen. Typische Übungen hierfür wären z.B. das künstlerische Gestalten eines Familienwappens, Familienskulpturarbeit oder die Entwicklung eines Familientraumschlösses. Es können aber auch Schwierigkeiten und Konfliktsituationen bearbeitet werden, wie z.B. in der Übung „Klaps oder Schlagen?“. Die Sitzungen werden dann beendet, indem die Familien ihre Arbeitsergebnisse vorstellen und diskutieren – und ggf. zum Ausklang wieder ein Spiel gemacht wird.

## Familientherapie und Adoleszenz – verträgt sich das?

### Entidealisierung der Elternimages

Eine der wesentlichen Aufgaben der Adoleszenz ist nach Auffassung psychoanalytischer und entwicklungspsychologischer Ansätze die Loslösung und Individuation von den infantilen Liebesobjekten (Corey 1946, Blos 1973, Streeck-Fischer 2006) und die Generierung einer erwachsenen Identität. Die notwendige Entidealisierung der Elternimages bei gleichzeitig andrängendem Triebdruck führen zu einer Labilisierung von Ich-Ideal und Über-Ich (Blos 1973). Das heißt, Jugendliche sind entwicklungsbedingt stör anfällig für Regelverstöße und strapazieren die Beziehung zu Eltern und zu Autoritäten in erheblichem Maß durch das Verleugnen positiver (elterlicher) Aspekte.

**Die Schamkrise** Dieses Wegwenden von den Eltern ohne stabiles inneres Selbstkonzept geht mit einer Hinwendung zur Peer-group einher. Scham und Gefühle von Unfähigkeit, bzw. unpassend und minderwertig zu sein, führen zur adoleszenten Schamkrise. Typische adoleszente Verhaltensweisen und narzisstische Übergangskonfigurationen (Streeck-Fischer 2006) dienen einerseits der Abwehr unerträglicher Scha-

maffekte, andererseits der Rollenfindung in der Peergroup. Selbsterhöhung, Verleugnung eigener Defizite, grobe Entwertung anderer, Leistungsverweigerung und aggressive Konfliktlösungsstrategien als auch Borderline-ähnliche Beziehungsgestaltungen (Streeck-Fischer 2006) kommen ebenso oft vor wie narzisstisch/omnipotente Selbstgenügsamkeit, gepaart mit sozialem Rückzug und mit Abwehr von Schamaffekten durch Identifikation mit Idolen.

**Das Dilemma des narzisstischen Durchgangsstadiums** Insofern stellt das narzisstische Durchgangsstadium (Blos 1973) mit seinen Bewältigungsstrategien ein Dilemma dar: Einerseits ist es zur Entwicklung einer erwachsenen Identität und zur Beförderung von Loslös- und Individuationsprozessen dringend erforderlich, andererseits kann es besonders bei adoleszentenkritischem Verlauf zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit führen und somit zur Blockade in der Bewältigung altersentsprechender Entwicklungsaufgaben.

**MFT setzt den Schwerpunkt nicht auf Adoleszenz als eigene Entwicklungsstufe mit eigenen Erfordernissen (wie oben dargestellt). Ihr Blick richtet sich auf die real beobachtbaren Interaktionsprobleme in sozialen Bezügen.**

### Verantwortungsübernahme der Eltern

Während in den meisten Psychotherapieschulen in der Arbeit mit Eltern adoleszenter Jugendlicher darauf fokussiert wird, die Eltern dabei zu unterstützen, den Jugendlichen die Verantwortung nach und nach zu übergeben und ihnen die anstehende Separation durch Unterstützung autonomer Schritte zu ermöglichen, setzt die Multifamilientherapie auf Präsenz und Verantwortungsübernahme der Eltern für die Entwicklung ihrer Kinder anhand einer autoritativen Haltung. Ein Beispiel hierfür ist das an der Malborough Family School entwickelte Konzept der Familienklassen und

Familienklassenzimmer. Aufgrund ihres Erfolgs ist sie mittlerweile in MFEC (Malborough Family Education Center) umbenannt.

### Das Konzept der Familienklassen und Familienklassenzimmer

**Lehrer, Therapeut, Schüler, Eltern** Familienklassen und Familienklassenzimmer sind jahrgangsübergreifend organisiert und werden von speziell ausgebildeten Lehrern (wenigstens ein multifamilientherapeutischer Grundkurs) und einem Familientherapeuten moderiert. Insgesamt nehmen bis zu 10 Schüler und wenigstens ein Elternteil oder eine relevante Erziehungsperson teil. Am MFEC London sind je nach Intensität der Störung die Schüler bis zu viermal wöchentlich mit täglich 2–3 Stunden intensiv in eine Familienschule integriert. Für den Rest der Stundenzahl nehmen sie in ihrer Regelschule am Unterricht teil, um dort die Anbindung nicht zu verlieren.

**Verschiedene Modelle** Dieses Konzept hat mittlerweile Modifikationen und Ergänzungen erfahren. U. a. wird es z. B. an Regelschulen einmal wöchentlich in Form von Familienklassenzimmern durchgeführt. Auch in Deutschland findet man inzwischen Familienklassen. Beispiele hierfür sind das im teilstationären Bereich angesiedelte FiSch-Projekt in den Tageskliniken Husum, Schleswig und Flensburg (Behme-Matthiessen et al. 2009). Familienklassenzimmer gibt es aber auch im Regelschulbereich so z. B. an Bremer Oberschulen (Bremer Modell) und in hessischen Grundschulen (Grundschule Aßlar).

**Destruktives Verhalten in der Schule** Jugendliche, die in Familienschulen oder Familienklassenzimmern unterstützt werden, haben meist Verhaltensstörungen, vermeiden die Schule, zeigen oppositionelles und aggressives Verhalten, haben Probleme in den klassischen Schultugenden und Leistungsstörungen. Solche Problemjugendlichen agieren destruktives Verhalten und können im Regelschulkontext das Gruppen-

klima der Lerngruppe nachhaltig stören. Oft versuchen sie, mit dissozialen Verhaltensweisen die Gruppennorm zu dominieren. Meist stehen die Lehrer hilflos und ohnmächtig da, fühlen sich ausgehebelt und geben den Eltern die Schuld (Asen & Scholz 2009). Die Eltern wiederum halten häufig die Schule für unfähig, ihrem Lehr- und Erziehungsauftrag nachzukommen.

### Schwierigkeiten in der Schule können auch dort in Arbeit gebracht werden

Das Konzept der Familienklassen setzt darauf, dass weder Eltern noch Lehrer sich durch Schuldverschiebung und Verharren in Resignation aus der Verantwortung nehmen können. Verantwortungsübernahme durch die Eltern heißt Präsenz und Kooperation mit Lehrern und mit dem Kind.

**MFT setzt darauf, dass Schwierigkeiten, die im schulischen Kontext auftreten, auch dort in Arbeit gebracht werden können. Die Grundannahme, dass man als betroffenes System möglicherweise für sich noch keinen eigenen Lösungsweg antizipiert, aber Familien, die im gleichen Boot sitzen, hilfreich sein könnten, kommt auch hier zur Anwendung.**

**Alle sind verantwortlich** Die Eltern sind für das Verhalten ihrer Kinder und die Kooperation mit dem Lehrer verantwortlich, die Lehrer für die Wissensvermittlung. Alle zusammen haben zum Ziel, durch Bereitstellung und Gewährleistung einer prosozialen Arbeitsatmosphäre und durch sofortiges Aufgreifen und Bearbeiten dysfunktionaler Kommunikations- und Verhaltensweisen aller Teilnehmer das Verhalten und die Lernbereitschaft der Jugendlichen zu verbessern und sie sukzessive in die Regelschule zu reintegrieren.

### Konkrete Ziele, strukturierter Prozess

Dies geschieht in einem zielorientierten und in einzelne Sequenzen strukturierten Prozess. Mit den Schülern, Regelschullehrern und Eltern werden zunächst bewusst konkret gehaltene Ziele vereinbart. Der täg-

liche Stundenplan beinhaltet pädagogische und therapeutische Ziele.

### Sich gegenseitig aufmerksam machen

Familien, Lehrer, Therapeut und Jugendliche treffen sich zum vereinbarten Termin und beginnen zunächst mit einer informellen Runde, begleitet von einem Frühstückssnack. In dieser Runde tauschen sie sich bereits über Erfolge oder stattgehabte Konflikte aus. Dann beginnt eine Schulstunde Unterricht, in der Wissen vermittelt wird. Die Eltern sitzen im Außenkreis, beobachten ihre Kinder, können sich gegenseitig darauf aufmerksam machen, was sie bei ihren und den jeweils anderen Kindern wahrnehmen, und auch bei Fehlverhalten aktiv eingreifen.

**Die Familienlerngruppe** Nach dieser ersten Schulstunde findet an jedem Tag eine „Familienlerngruppe“ statt. Familien, Lehrer und Schüler diskutieren unter dem Vorsitz eines Erziehungsberechtigten oder Schülers, was sie beobachtet haben. Mindestens einmal pro Woche wird die Runde genutzt, um sich mit den speziellen Zielen jedes einzelnen Schülers zu befassen. Mit Schülern und Eltern werden ganz konkrete positive als auch negative Konsequenzpläne erarbeitet. Auch diese sind wiederum graduell an das Ausmaß des gezeigten erwünschten Verhaltens angepasst.

**Interaktion – auch in der Pause** Je nach Dauer eines solchen Schultages können sich Pausensituationen anschließen, in denen wiederum die Interaktion aller untereinander beobachtet wird, die Familien nach der B-W-B-V-A-Technik miteinander in Arbeit gebracht werden und somit als Reflecting Team für andere Familien dienen. Dann folgt eine weitere Schulstunde oder eine MFT-Übung.

### Dokumentation und Rückmeldung

Der Erfolg der Verhaltensänderung wird nicht nur wöchentlich überprüft, vielmehr wird das Erreichen der Verhaltensziele über den gesamten Prozess dokumentiert und neben den Betroffenen auch den Regelschulen rückgemeldet. Je weiter die Schüler in Bezug

auf die internalisierten prosozialen und pädagogischen Verhaltensziele fortgeschritten sind, desto höher wird der Anteil an Regelschulstunden und desto geringer die elterliche Präsenz in den Familienklassen.

### Fazit

Multifamilientherapie wirkt. Studien belegen die Wirksamkeit z. B. bei Schizophrenie und Anorexie und zeigen hochsignifikante Verbesserungen der Verhaltensziele. Wesentliche Wirkfaktoren sind die intensive Ressourcenaktivierung und die Generierung des Prinzips Hoffnung. Mit der Schaffung einer Triade durch Einbeziehung der Gruppe wird Distanz geschaffen und Identifikationsprozesse mit den Erfordernissen der Therapie befördert. Unerträgliche Zustände verlieren ihre Schwere und werden bearbeitbarer. Jugendliche lernen, dass Konflikte in einer sozialen Gemeinschaft zu lösen sind und affektive Zustände nicht zwangsläufig zu Ohnmacht führen. Sie erleben die Eltern als ehrlich bemüht und veränderungswillig. Die Übernahme von Verantwortung erleben sie als Interesse an ihrer Entwicklung; eine Erfahrung, die sie darin bestärkt, einen individuellen Lebensweg einzuschlagen.

### Literatur

- Asen E, Scholz M. *Praxis der Multifamilientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2009/2015
- Benoit JC, Daigremont A, Kossmann L et al. (1980): *Group de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques*. *Ann medicopsychol* 1980; 10: 1253–1259
- Blos P. *Adoleszenz*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1973
- Behme-Matthiessen U, Bock K, Nykamp A et al. *FiSch, Familie in Schule. Ein Arbeitsbericht*. *Systema* 2009; 3: 266–276
- Cooklin A, Miller A, McHugh B. *An institution for change: developing a family day unit*. *Family Process* 1983; 22: 453–468
- Corey SM. *Development Tasks of Youth*. In: Devey J, ed. *Social Yearbook*. New York: Harper; 1946
- Freud S. (1895): *Zur Psychotherapie der Hysterie*. In: Freud A, Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O. *Studien über Hysterie. Gesammelte Werke*. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag; 1895: 252–312
- Geist R, Heinmaa M, Stephens D et al. *Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa*. *Canad J Psychiatr* 2000; 45: 173–178
- Klein M. *Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen*. In: Thorner HA. *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1946
- König K. *Abwehrmechanismen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1995a
- König K. *Widerstandsanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1995b

- Laqueur HP (1969): *Multiple family therapy in a state hospital*. *Hosp Community Psychiatry* 1969; 20: 13–20
- Laqueur HP. *Mechanisms of change in multiple family therapy*. In: Sager CJ, Kaplan H, eds. *Progress in group and family therapy*. New York: Bruner/Mazel; 1972: 400–415
- Laqueur P. *Multiple family therapy*. In: Guerin PJ, ed. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner; 1976
- McDonnell MG, Short RA, Berry CM et al. *Multiple-family group treatment of outpatients with schizophrenia: impact on service utilization*. *Fam Process* 2006; 45: 359–373
- McFarlane WR, Link B, Dushay R et al. *Psychoeducational multiple family groups: four year relaps outcome in schizophrenia*. *Fam Process* 1995; 34: 127–144
- Rhodes P, Baillie A, Brown J et al. *Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized controlled trial*. *J Fam Ther* 2008; 30: 96–108
- Rudolph G. *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer, Stuttgart; 2004
- Salem G, v. Niederhäusern O, Aubry M et al. (1985): *Approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique*. *Arch Suisses Neurol Psychiatr* 1985; 136: 67–71
- Streeck-Fischer A. *Trauma und Entwicklung*. Stuttgart, New York: Schattauer; 2006
- Süß-Falkenberg U. *Familientagesklinische Behandlung bei sozial und emotional gestörten Kindern. Eine 1½-Jahres-Katamnese*. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden 2005



**Dr. Birgit Riediger**

Ökumenisches Hainich  
Klinikum Pfaferode 102  
99974 Mühlhausen  
B.Riediger@oehk.de

Kinder- und Jugendpsychiaterin, Erwachsenenpsychiaterin und Psychoanalytikerin, langjährig im AFK Tiefenbrunn tätig, zuletzt

als Oberärztin und kommissarische Chefarztin in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Schwerpunkt Entwicklungstherapie und Behandlung von Traumafolgen, seit 2016 Leiterin der Eltern-Kind-Station des ÖHK Mühlhausen.



**Dr. Fritz Handerer**

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Ökumenischen Hainich Klinikum Mühlhausen, Chefarzt seit 2001, Master im Management Health Care, Krankenhaushygieniker, Psychotherapeut.

### Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103853>