

Katja Schreyer

**Systemische lösungsorientierte Paar-,
Familien- und Erziehungsberatung**

Multifamilientherapie

Studienarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2011 GRIN Verlag
ISBN: 9783656549260

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/265395>

Katja Schreyer

Systemische lösungsorientierte Paar-, Familien- und Erziehungsberatung

Multifamilientherapie

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

THEOLOGISCHE HOCHSCHULE FRIEDENSAU

FACHBEREICH
CHRISTLICHES SOZIALWESEN

Systemische lösungsorientierte Paar-, Familien- und Erziehungsberatung

Multifamilientherapie

Konzeptioneller Ansatz – Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte Menschen
Wendepunkt e.V. – Velbert

Am Beispiel des Mutter-Kind-Hauses Wendepunktchen

Hausarbeit

vorgelegt

von

Katja Schreyer
Friedensau, August 2011

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
1 Einführung in die Familientherapie / Familienberatung	4
2 Multifamilientherapie	5
3 Wendepunkt e.V. - Rehabilitationsangebot für psychisch erkrankte Menschen..	11
3.1 Zielgruppe – Wendepunkt e.V.	11
3.2 Das Wendepunktchen	12
4 Exkurs: Besondere Aspekte bei Kindern psychisch kranker Eltern und/oder Eltern mit Defiziten in der Erziehungskompetenz.....	15
4.1 Belastungsfaktoren.....	15
4.2 Resilienz und Schutzfaktoren	17
5 Einsatz der Multifamilientherapie im Rehabilitationskonzept des Wendepunktchen	18
5.1 Ziele und Umsetzung.....	18
5.1.1 Wochenplan	21
5.1.2 Exemplarisch: Übungen und die dazu geordneten Ziele.....	22
5.1.2.1 Ziel: Entlastungsmöglichkeiten von Schuld- und Schamgefühlen	22
5.1.2.2 Ziel: Aufbau und Stärkung von Selbstvertrauen	23
5.1.2.3 Ziel: Enttabuisierung von Problemthemaiken in der Familie	23
5.1.2.4 Ziel: Öffnung der Familie nach außen	24
5.1.2.5 Ziel: Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern	24
5.1.2.6 Ziel: Informationsvermittlung und Aufklärung über Krankheit.....	25
5.1.2.7 Ziel: Überwindung von Isolation	26
5.2 Räumlichkeiten	26
5.3 Personelle Ausstattung.....	26
6 Schluss	27
7 Literaturverzeichnis	28

Einleitung

Im Laufe der Jahre hat sich in der Beratungs- und Therapielandschaft ein Angebot für Familien auch in Deutschland etabliert. Das klassische Angebot für den Bereich Familienberatung ist in der systemischen Beratung zu finden. Einzelne Familien werden in ihren Problemstellungen beraten und begleitet. Oftmals ist der Auslöser ein Fehlverhalten eines Kindes, mit dem die Familie nicht mehr zurechtkommt. In der Beratung oder Therapie zeigt sich dann, dass nicht notwendigerweise das Fehlverhalten das Problem ist, sondern dass das Verhalten des Kindes ein Hinweis auf tieferliegende Probleme innerhalb der Familie ist. In den folgenden Kapiteln wird erörtert, was unter einer systemischen Beratung / Therapie zu verstehen ist und welche Beratungsansätze darunter zusammengefasst werden. Die Autorin stellt dar, welche Möglichkeiten es gibt, wenn mehrere Familien in einem gemeinsamen Setting begleitet werden, und ob dies Vorteile gegenüber einer Beratung mit einer einzelnen Familie bietet. Diese Ergebnisse werden übertragen auf einen speziellen Personenkreis: auf Familien, in denen eine psychische Erkrankung auf Seiten der Eltern vorliegt. In einem gesonderten Kapitel werden Belastungsfaktoren beschrieben, die gerade Kinder von psychisch erkrankten Eltern betreffen. Die beschriebenen Aspekte werden dann auf eine bestehende Arbeit übertragen. Der von der Autorin ausgewählte Träger, der Wendepunkt e.V. bietet eine Rehabilitationsmaßnahme für Menschen mit psychischen Störungen an. Ein spezieller Bereich beschäftigt sich mit Müttern und Vätern, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder wesentliche Defizite in ihrer Persönlichkeitsentwicklung aufweisen. Dieser Bereich nennt sich Wendepunktchen. Das Wendepunktchen bietet diesen Familien für eine begrenzte Zeit einen Schutzraum an, um die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und um einen Raum zu schaffen, in dem ihre Kinder gefördert werden können. Folgende Fragen stellten sich der Autorin zu Beginn dieser Arbeit: ist es möglich das vorhandene Konzept des Wendepunktchens so zu erweitern, dass die Familien nicht nur gemeinsam dort leben, sondern auch gleichzeitig in einem Therapiesetting eingebunden werden und ist die Multifamilientherapie anwendbar als Möglichkeit eines Therapiemehrgewinns für die Familien?

Anhand einer Literatur- und Konzeptanalyse, ergänzt durch die Erfahrungen der Autorin, die im Wendepunktchen als Diplom-Sozialarbeiterin gearbeitet hat, soll eine Antwort auf diese Fragen diskutiert werden.

1 Einführung in die Familientherapie / Familienberatung

Familientherapie oder auch Familienberatung wird in der Therapie- und Beratungslandschaft schon lange angeboten. Ihre Wurzeln reichen weit in die psychotherapeutischen- und sozialarbeitergeschichtliche Entwicklung zurück. Zu den Vorläufern gehört die Einzel- und Gruppentherapie. Aus ihnen heraus entwickelte sich der Ansatz, mit Familien als eine Form einer Gruppezusammensetzung zu arbeiten. In Punkt 3 dieser Arbeit wird die Multifamilientherapie vorgestellt. Diese Therapierichtung beschäftigt sich ausschließlich mit Familien und fußt auf einer systemischen Grundlage. Aus der damaligen Familientherapie, die eher einer klassischen Gruppentherapie ähnelte, entstand im Laufe der Jahre ein neuer Ansatz der als 'systemisch' bezeichnet wird. Ein wesentlicher Unterschied zur Gruppen- und Einzeltherapie im Vergleich zur Familientherapie ist, dass bei den erst genannten Ansätzen die Ursache einer Störung innerhalb einer Person gesucht wird. Auch in den Anfängen der Familientherapie war dies eine verbreitete Sichtweise, die sich im Laufe der Zeit verändert hat. Aus der neueren Sichtweise wird der Klient nicht isoliert mit seinen Problemen betrachtet, sondern alles, was zu ihm gehört, wird mit einbezogen. Seine Familie, seine Freunde und weitere Beziehungs- und Interaktionsräume sind im Zusammenhang mit dem Klienten wahrnehmbar, dies wird als System gesehen. Heute wird Familientherapie den systemischen Ansätzen zugeordnet. Die dort angewandten Techniken

„ [...] ergeben sich aus der Frage, wie in sozialen Systemen Menschen gemeinsam ihre Wirklichkeit erzeugen, welche Prämissen ihrem Denken und Erleben zugrunde liegen und welche Möglichkeiten es gibt, diese Prämissen zu hinterfragen und zu »verstören« (Schlippe und Schweitzer 2003, S. 17).

Es gibt nicht das eine spezielle systemische Modell. Systemisch ist als Oberbegriff zu verstehen, unter dem sich verschiedene Modelle vereinen. Exemplarisch genannt werden können z.B. die strukturelle Familientherapie (z.B. MINUICHIN), das

Mehrgenerationenmodell (z.B. STIERLIN) oder auch die lösungsorientierte Kurztherapie (z.B. DE SHAZAR) (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2003, S.24) Eine präzise Festlegung auf den systemischen Begriff fällt schwer, da es

„nach über vier Jahrzehnten ihrer Entwicklung [...] von »der Systemtheorie« zahlreiche Varianten [vorliegen], die unterschiedliche Schwerpunkte setzen und jeweils ganz verschiedene Handlungskonsequenzen nahelegen“ (von Schlippe und Schweitzer 2003, S. 50).

In einer systemischen Sichtweise werden Potenziale und Ressourcen betont, die dem System zugehörig sind. Die Aufgabe des Therapeuten liegt unter anderem darin, das System zu verstören und die Eigenschwingungen des Systems anzuregen (vgl. <http://www.dgsf.org>). Um dies zu erreichen, wurden im Laufe der Zeit verschiedene Interventionen erarbeitet. Eine der wichtigsten Elemente ist das 'Fragen'. Als die wichtigsten Arten von Fragen sind zu nennen: die Was-noch-Fragen, die Skalierungsfragen (als Intervention), die Bewältigungsfragen (als eine Copingfrage), die Ausnahmefragen, die Wofür-ist-das-gut-Fragen, das zirkuläre Fragen (als Intervention) und die Wunderfragen (Intervention) (vgl. André Klinkenstein 2011, S. 10). Die Multifamilientherapie ist ebenfalls ein systemisch therapeutisches Modell, das im folgenden Abschnitt genauer erörtert werden soll.

2 Multifamilientherapie

Das Konzept der Multifamilientherapie setzt sich aus verschiedenen Erkenntnissen der Einzel- und Gruppentherapie zusammen. In der Praxis zeigt sich, dass es innerhalb des eigenen Familiensystems den einzelnen Mitgliedern oftmals schwer fällt, sich den Herausforderungen zu stellen. Jeder Einzelne ist ein Teil der als problematisch empfundenen Situation. In den 1950er Jahren wurden erste Ansätze erprobt, mehrere Familien in einem gemeinsamen Setting zu begleiten. Es zeigte sich, dass innerhalb einer Gruppe, die aus mehreren Familien zusammensetzt ist,

„[...] die Möglichkeit [besteht], 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“ (Asen et al. 2009, S. 11).

Die Ähnlichkeit der Schwierigkeiten kann eine Gruppenatmosphäre schaffen, die geprägt ist von gegenseitiger Anteilnahme, von Verstehen und von einer Transparenz, die für eine 'Einfamilientherapie' mit Fachkräften manchmal schwer zu erzielen ist.

„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“ (Asen et al. 2009, S. 11).

Dies kann dazu führen, dass Familien offener für die Wahrnehmung und Veränderung in ihrem eigenen System werden. Die Wirkfaktoren, die z.B. auch in Selbsthilfegruppen angenommen werden, greifen auch in dem Ansatz der Multifamilientherapie. Zu den Wirkfaktoren gehören ein gemeinsamer Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung, konstruktive Kritik und Modell-Lernen (vgl. Asen et al. 2009, S.12) Darüber hinaus wirken die Elemente aus den gruppentherapeutischen Ansätzen wie Rollenspiel und Feedback ebenfalls stärkend und lösungsorientiert. Die Familien sind nicht mehr nur auf die 'Führung' des Fachteams angewiesen. Das Zusammenführen verschiedener Familien führt dazu, dass sie sich gegenseitig dabei helfen können, neue Lösungen zu finden. Dieses Setting wirkt gegen eine Stigmatisierung und Isolation der einzelnen Familien. Da, wo sich Familien in diesem Maße als gestärkt erleben, steigt die Motivation und der Mut, neue Wege auszuprobieren und zu gehen. Ein großer Vorteil bei der Multifamilientherapie ist, dass mit offenen Gruppen gearbeitet werden kann. Familien, die im therapeutischen Setting schon erfahrener sind, können neu hinzugekommenen Familien helfen, sich einzufinden. Den neu hinzugekommenen Familien kann eine neue Sichtweise der Situation auf Augenhöhe vermittelt werden. Die Familien können aktiv in die Veränderungsprozesse einbezogen werden - indem z.B. verschiedene therapeutische Interventionen im Rahmen eines Videofeedbacks aufgezeichnet werden. So können sie sich aus der Metaebene erleben und mit einem emotionalen Abstand Interaktionen neu bewerten. Die Rolle der Therapeuten und des Teams verändert sich bei dieser Form der Arbeit. Die Familien selbst sind stärker in den Prozess der eigenen Gesundheit eingebunden und das therapeutische Team entwickelt sich immer mehr hin zu einer Begleitung. Dabei tritt das Team immer mehr in den Hintergrund.

In Asen et al. 2009 (S.15-16) sind verschiedene Aspekte aufgelistet, die wesentlich für eine Multifamilientherapie sprechen. Zu nennen wären hier: die Förderung von Solidarität, Stigmatisierung und schambedingte Isolation werden überwunden, die Familien erleben Anregungen zu neuen Sichtweisen und Perspektiven, sie können voneinander lernen und sich in den anderen »gespiegelt« sehen. Weitere Aspekte sind: die positive Nutzung des Gruppendrucks, gegenseitige Unterstützung und Rückmeldung, eigene Kompetenzen entdecken und erweitern, Hoffnung wecken, Selbstreflexion stärken, Offenheit durch »öffentlichen« Austausch schaffen, sowie neue Verhaltensmuster und Erziehungsmuster in einem »Schonraum« einüben zu können. Die Multifamilientherapie

„[...] besteht aber nicht nur aus systemischer Interaktionsarbeit im Familiengruppenkontext, sondern es fließen auch andere mehr traditionelle Therapieformen ein, wie systemische Einzelfamilien-therapie und methodenübergreifende Individualtherapie“ (Asen et al. 2009, S. 17).

Wenn Eltern sich in ein Therapiesetting begeben, wünschen sie sich oftmals, ihr Kind für einige Zeit an den Therapeuten abzugeben. Dadurch erhoffen sie sich eine Entlastung der defizitär geprägten und -wahrgenommenen Situation. Im familienzentrierten Ansatz verbleibt die Verantwortung von Anfang an bei den Eltern. In der Multifamilientherapie wird dieser Ansatz noch intensiviert dadurch, dass die Familien sich gegenseitig weiter helfen sollen.

In Asen et al. 2009 werden der Prozess, die Therapeutenposition und die Therapeutenaktivität mit Hilfe von 8 Phasen erläutert. Der Therapeut beginnt damit, jede Familie gesondert anzusprechen. Die Kommunikation ist erst einmal auf den Therapeuten konzentriert. Die Familien untereinander sind sich noch nicht so vertraut und es besteht Unsicherheit beim Einstieg in den gemeinsamen Prozess. Diese Phase wird als Anvisieren beschrieben. Danach regt der Therapeut zwei Familien zum einem gegenseitigen Austausch an (das Anfüttern). Als Fachkraft hat er immer noch eine zentrale Position, der Fokus wird hier aber schon leicht von ihm weg hin zu einer Interaktion zwischen den Familien gelenkt. In der dritten Phase (das Anwärmen) intensiviert der Therapeut die Kommunikation zwischen den ersten beiden Familien und schafft somit eine Möglichkeit, sich langsam aus dem Fokus herauszunehmen. Dies wiederum ermöglicht ihm, sich den anderen anwesenden Familien zuzuwenden (das Ausfliegen). Im nächsten Schritt stellt der Therapeut

Querverbindungen zwischen den Familiensubsystemen her, die sich aufgrund der vorherigen Interventionen gebildet haben (das Koppeln). Damit der entstandene Prozess weitergeführt werden kann, wirkt der Therapeut als Katalysator für die interfamiliären Interaktionen und regt diese weiter an (das Beflügeln).

„Sobald dieser Prozess sein eigenes Momentum erreicht hat, zieht sich der Therapeut aus der Gruppe zurück und begibt sich in eine Außenposition - beobachtend, was so in und zwischen den Familien abläuft“ (Asen et al. 2009, S. 28) (das Kreisen).

Aus der distanzieren Perspektive kann nun der Therapeut die intra- und interfamiliären Prozesse besser erkennen. Wenn er nun in einer Familie eine störungsspezifische Interaktion wahrnimmt, dann nimmt er Kontakt zu dieser Familie auf. Praktisch sieht dies dann so aus, dass er sich dieser Familie zuwendet und zu ihnen geht (das Herauspicken). Dort hält er sich dann einige Momente auf. Hier wäre dann ein guter Ansatz für das 5 Schritte Modell, eine der möglichen Interventionen im Multifamilienkonzept.

Im 5-Schritte Modell (Beobachten – Wahrnehmungsvergleich – Bewertung – Veränderungswunsch – Aktion) beginnt der Therapeut, wertfreie Beobachtungen von auffälligen Interaktionen und Kommunikationen in der Familie mitzuteilen. Im zweiten Schritt, dem Wahrnehmungsvergleich, werden die Wahrnehmungen des Therapeuten mit den Wahrnehmungen der Familienmitglieder verglichen. Der Wahrnehmungsvergleich ist wichtig, damit sich der Therapeut vergewissert, welche Sichtweise und Wahrnehmung die Familien hat. Denn nur, wenn die Familien verstehen, was der Therapeut von ihnen möchte, kann der nächste Schritt erfolgen. Ansonsten würden Therapeut und Familien aneinander vorbei arbeiten. Im dritten Schritt wird die Frage nach der Bewertung geklärt. Aus der Klärung der Bewertung heraus folgt Schritt vier. Hier geht es darum, dass die Familien ihre speziellen Änderungsvorstellungen verbalisieren. Daraus folgt der fünfte Schritt, die Aktion. Vor dem eigentlichen Handeln steht erst einmal das Reflektieren und Verbalisieren, was aus Sicht der Familie ein für sie passender Schritt hin zur Veränderung wäre. Dann folgt die dazu passende Umsetzung (vgl. Asen et al. 2009, S. 29–34). Mit dieser fünf Schritt Intervention bleibt der Therapeut mit den Familien im Hier und Jetzt. Es findet kein Bearbeiten der Familienproblematik in der Vergangenheit statt oder eine Lösungssuche für die Zukunft. Zu den allgemeinen systemischen Interventionen zählen z.B. das zirkuläre Fragen (als zirkulär kann man eine Haltung oder Sichtweise

beschreiben, mit der die Dinge in ihrer Wechselwirkung aufeinander betrachtet werden können), die Grenzstärkung und Autonomieförderung (wahrnehmen, Durchsetzung und Aufrechterhaltung der eigenen Grenzen), die Ressourcenorientierung (eine Orientierung auf Stärken anstatt auf Defizite) oder auch das Blitzlicht (jeder Teilnehmer äußert sich in ein bis zwei Sätzen zur aktuellen Situation, Fragestellung oder Befindlichkeit. In dieser Zeit dürfen die anderen Teilnehmer sich nicht dazu äußern oder das Gesagte des Anderen bewerten. Ein Austausch am Ende über alle Aspekte ist möglich). Da die sich die Situation mit mehreren Familien gleichzeitig anders darstellt, wurden für die Multifamilientherapie die Techniken leicht modifiziert. Unter den modifizierten Techniken werden das Videofeedback, der Rollentausch, das Adoptivverfahren, das 5 Schritte Modell und die Urkunden gezählt (vgl. Asen et al. 2009, S. 34). Das Videofeedback soll bei der Verbesserung der Wahrnehmung helfen. Dadurch, dass sich die Familien die Aufnahmen aus dem Therapiealltag oder auch aus dem häuslichen Bereich anschauen und ein Austausch darüber stattfindet, wird die Selbstreflexion angeregt. Diese erleichtert den Zugang zu einer neuen Bewertung und somit auch eine Verhaltensänderung. Beim Rollentausch geht es darum, dass für eine begrenzte Zeit Rollen neu vergeben werden. So können „[...] z.B. Eltern ihre Kinder spielen und Kinder sich in die Rolle ihrer eigenen Eltern begeben“ (Asen et al. 2009, S. 35). Oder die Kinder könnten in die Therapeutenrolle wechseln und so ihre und die Perspektiven ihrer Eltern erweitern.

„Adoptivverfahren eignen sich [ebenfalls] besonders gut für den Perspektivenwechsel. Hier wird ein Kind für eine bestimmte Zeit zu einer anderen Familie »in Pflege« gegeben. Das erlaubt es beiden Seiten, sich und seine Kompetenzen in Bezug auf das Mitglied einer anderen Familie anders zu erfahren“ (Asen et al. 2009, S. 35).

Hier werden oftmals ganz neue oder auch verschüttete Kompetenzen entdeckt und erfahren. Urkunden oder andere Arten von Dokumenten sind Elemente, um Erfolge einen bleibenden Effekt zu verleihen. Diese sind anfassbar und können das Erlebte auch noch nach einer Therapiezeit wieder in Erinnerung rufen. Es ist auch möglich, am Ende von Gruppenarbeiten die Erfolge öffentlich zu zelebrieren. So erhalten diese Erfolge eine Würdigung, die als Erinnerung mit nach Hause genommen werden kann. Das Blitzlicht als Intervention ermöglicht, einen wichtigen Moment festzuhalten, die Aktionen werden kurz eingefroren. In Form eines reflektierenden

Teams können sich die Familien mit dem Therapeuten zusammen die besondere Interaktion in diesem Moment aus der Metaebene anschauen.

Schwierigkeiten in der Umsetzung könnten sich ergeben, wenn die anwesenden Familien aus verschiedenen Kulturen kommen oder unterschiedliche Sprachen sprechen. Hier könnte sich der Effekt des gegenseitigen Verstehens und Stützens nicht so intensiv ergeben, weil in den Gruppenprozessen zusätzlich eine kulturelle Werte-Abgleichung stattfinden muss. Auch bei unterschiedlichen Muttersprachlern ergibt sich die Herausforderung, dass die Sprache ein wesentliches Transportmittel für Informationen und Gefühle darstellt.

Da die Multifamilientherapie sich als wesentlich komplexer gestaltet, als die Arbeit mit einer einzelnen Familie, besteht für den Therapeuten eine größere Herausforderung, nicht in die verschiedenen Systeme und ihre Interaktionen verstrickt zu werden. Wie in jeder anderen Arbeit mit Familien können auch bei diesem Ansatz Schwierigkeiten in der Umsetzung und Problemsituationen auftreten. Am häufigsten zu beobachten ist, dass Elternteile nicht an der Gruppe teilnehmen, Kinder nicht das machen, was ihre Eltern von ihnen wollen, ein Familienmitglied den Raum verlässt, Eltern sich als hilflos oder resigniert erleben oder die Probleme bagatellisieren, sowie Rivalitäten oder Aggressionen zwischen den Familien (vgl. Asen et al. 2009, S.36-38). Alle diese Problemsituationen können mit in das Gruppensetting genommen werden und die Familien in den Lösungsprozess einbezogen werden, z.B. durch Rollenspiele, Videofeedback oder auch zirkuläres Fragen. So wird die aktuelle schwierige Situation wieder zu einem neuen Lern- und Erfahrungsfeld für die Familien.

Multifamilientherapie wurde im Laufe der Zeit in verschiedenen Kontexten umgesetzt, z.B. bei Essstörungen der Kinder, in Suchtfamilien, in Gewaltfamilien, aber auch in Familiensystemen, in denen Familienmitglieder an einer psychischen Erkrankung leiden. Psychisch erkrankte Menschen können sowohl ambulant als auch stationär behandelt werden. Oftmals schließt sich an eine Therapiezeit eine Rehabilitationszeit an, die in speziellen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird. Eine dieser Einrichtungen ist der Wendepunkt e.V., der in nächsten Abschnitt dieser Arbeit vorgestellt wird.

3 Wendepunkt e.V. – Rehabilitationsangebot für psychisch erkrankte Menschen

Der Wendepunkt e.V. ist ein eingetragener Verein, der sich als Zentrum christlicher Lebenshilfe und Rehabilitationszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen versteht. Die Arbeit besteht seit 1979. Der Verein wurde 1980 gegründet. Seit 1985 wird das Rehabilitationsangebot in Velbert Langeberg angeboten. Das Angebot umfasst Therapie, Seelsorge und Beratung zur Bewältigung persönlicher Lebensprobleme. Dazu gehören Interventionen zur Integration benachteiligter und behinderter Menschen.

3.1 Zielgruppe – Wendepunkt e.V.

Der Verein unterhält mehrere Häuser mit entsprechenden Angeboten zur Prävention und Rehabilitation. Das Anliegen der Rehabilitationseinrichtung wird in ihrem Leitbild wie folgt erläutert:

„Von Anfang an bestand unser Anliegen darin, Menschen mit psychischen Begrenzungen, Erkrankungen und Lebensproblemen eine Möglichkeit zu bieten, diese durch seelsorgerlich-therapeutische Hilfe auf der Grundlage der Bibel und deren Wertmaßstäben zu bearbeiten und zu bewältigen“ (Wendepunkt e.V., S. 3).

Neben Intensivtherapie und Adaptationsphase wurde 2008 ein weiteres Haus eröffnet. Der Personenkreis für diesen Bereich sind Mütter (ggf. auch Väter), die mit ihren Kindern zusammen aufgenommen werden. Es trägt den Namen: Wendepunktchen.

Der Wendepunkt e.V. hatte am Anfang seinen Schwerpunkt auf der Begleitung von Einzelpersonen gelegt. Es kam in den Jahren aber auch zu Aufnahmen von Müttern mit ihren Kindern.

„Dabei wurde sichtbar, dass nicht nur die Mütter aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung spezielle Betreuung und Hilfeleistungen benötigten, sondern auch deren Kinder, die Entwicklungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Die Mitarbeitenden erlebten die Beziehungen zwischen Mutter und Kind als gestört“ (Wendepunkt e.V., S. 3).

Die Konsequenz aus diesen Beobachtungen war das

„[...] sich der Wendepunkt e.V. entschieden [hat], ein Hilfsangebot für Mütter/ Väter und Kinder in einer gemeinsamen Wohnform zu schaffen: **Die Jugendhilfeeinrichtung „Wendepunktchen“**. Sie hält

Angebote nach § 19 SGB VIII und § 27 Abs. 2 i.V.m. § 34 SGB VIII vor. Seit Februar 2008 ist das „Wendepunktchen“ offiziell mit einer Wohngruppe für drei Mütter und vier Kinder in Betrieb. Im Jahr 2009 wurde die Eröffnung einer weiteren Wohngruppe beschlossen und die Platzzahl auf insgesamt sechs Mütter/ Väter und neun Kinder erhöht“ (Wendepunkt e.V., S. 3).

3.2 Das Wendepunktchen

Die rechtlichen Grundlagen zur Aufnahme in das Wendepunktchen sind im SGB VIII zu finden. Die wesentlichen Paragraphen sind der § 19 SGB VIII (Gemeinsame Wohnform für Mütter/Väter und Kinder), der § 27 Abs. 2 (Hilfe zur Erziehung) und der § 34 SGB VIII (Heimerziehung und sonstige Betreuungsform). In §19 ist geregelt, dass Mütter und auch Väter, die allein erziehend sind, und die für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben, gemeinsam mit ihrem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden können. Dies schließt auch die Geschwisterkinder mit ein. Durch §27 haben die Eltern einen Rechtsanspruch auf Hilfe bei der Erziehung ihres Kindes/ihrer Kinder. Die Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbunden therapeutischer Leistungen. Inhalt und Umfang werden immer für den Einzelfall entschieden. §34 regelt den Aufenthalt der Kinder in einer Wohnform, die nicht das eigene Zuhause am Wohnort beinhaltet (vgl. Bundesministerium der Justiz, S. 12, 16-17).

Als Zielgruppe wurden alleinerziehende Mütter und Väter festgelegt, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes oder ihrer Kinder Unterstützung benötigen. Eine seelische Behinderung oder eine psychische Erkrankung des Elternteils kann vorliegen. Sie ist aber keine Voraussetzung für die Aufnahme in die Jugendhilfeeinrichtung des Wendepunkt e.V. Ausschlusskriterien für eine Aufnahme ins Wendepunktchen ist eine akute Suchterkrankung oder akute Suizidalität. Bei Aufnahme muss das Indexkind, oder wenn Geschwister mit aufgenommen werden, eines von ihnen, jünger als sechs Jahre sein.

Zielgruppe der Leistungen nach § 27 Abs. 2 i.V.m. § 34 SGB VIII sind: Kinder von seelisch behinderten bzw. psychisch erkrankten, volljährigen Müttern, bei denen die Mütter einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und die Kinder einer altersgerechten Förderung, Erziehung und Unterstützung bedürfen. Das Alter der Kinder liegt in der Regel zwischen der Geburt bis einschließlich Grundschulalter.

Zielgruppe der Leistungen nach § 19 SGB VIII sind: Alleinerziehende Mütter/ Väter mit ihren Kindern, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes/ ihrer Kinder benötigen. Eine seelische Behinderung bzw. psychische Erkrankung der Mutter / des Vaters kann vorliegen, ist aber keine Voraussetzung zur Aufnahme in die Jugendhilfeeinrichtung Wendepunktchen. Mütter / Väter mit akuter Suchtproblematik und / oder akuter Suizidalität können nicht aufgenommen werden. Alter der Kinder: zum Aufnahmezeitpunkt muss das Kind – bei Geschwistern das jüngste Kind – unter 6 Jahre sein

Im Wendepunktchen soll im Kontext der Interventionen die Pflege und Erziehung der Kinder / des Kindes sichergestellt werden. Das leibliche, geistige, seelische Wohl und die emotionale Entwicklung der Kinder sollen gefördert werden. Dazu gehört unter anderem die Entwicklung und Stabilisierung einer altersgemäßen Persönlichkeit der Kinder. Das Angebot für die Eltern ist ausgerichtet auf die Förderung von Erziehungskompetenzen, der Entwicklung einer stabilen und tragfähigen Mutter- / Vater - Kind Beziehung, der Persönlichkeitsförderung und der Festigung mit Einbeziehung der bisherigen Biographie. Im täglichen Angebot hat die Strukturierung und Stabilisierung von Tagesabläufen einen festen Bestandteil, ebenso Hilfen zur Alltagsbewältigung. Während des Aufenthaltes soll mit den Eltern eine langfristige Zukunftsperspektive entwickelt werden, die eine Verselbständigung in (möglichst) einer eigenen Wohnung oder Rückkehr an den bisherigen Wohnort ermöglicht (vgl. Wendepunkt e.V., S. 4).

Die Mütter und Väter leben in einer der Wohneinheiten, einer sozialpädagogischen und therapeutischen Gemeinschaft mit ihren Kindern zusammen. Die Wohneinheiten werden durch Fachpersonal am Tag und in der Nacht begleitet. Die Zuständigkeit für die Kinder liegt in erster Linie bei den Eltern selbst. Sie werden in ihren Rollen der Elternschaft und in ihren Erziehungskompetenzen durch das Fachpersonal begleitet und gestärkt. Bei schwerwiegenden Störungen besteht die Möglichkeit einer externen Psychotherapie für die Eltern. Während des Aufenthaltes im Wendepunktchen werden Alltagsziele festgelegt und trainiert. Zu den Alltagszielen gehören: das Einkaufstraining, das Planen und Durchführen der Mahlzeiten, die Freizeitgestaltung, der Umgang mit Behörden und die Klärung von Rechts- und Finanzfragen. Das Team unterstützt die Familien im Bereich des Erlernens und

Einübens von sozialen Kompetenzen, bei der Gestaltung von Beziehungen und der Konfliktbearbeitung. Nach Absprache mit den Kostenträgern können die Eltern Angebote aus dem Wendepunkt e.V. in Anspruch nehmen. Dazu zählen Einzeltherapien, Gruppentherapien, Bewegungstherapien, Entspannungstherapien, Arbeitstherapien und die Reittherapien.

Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, dass Eltern die eine psychische Erkrankung aufweisen, oftmals nicht auf Hilfsangebote zurück greifen, aus Angst ihr Kind zu verlieren und weil sie Schuldgefühle haben. Vielen Eltern ist das Hilfsangebot, das ihnen zur Verfügung steht, nicht bekannt. Hier besteht Handlungsbedarf. Der einfachste Weg wäre eine Vermittlung über die niedergelassenen Ärzte. Dazu gehören Psychotherapeuten, Hausärzte oder auch Kinderärzte. Kinder werden selten als Angehörige wahrgenommen und mit in den Behandlungsprozess der Eltern eingebunden. Eine Wahrnehmung erfolgt oft erst, wenn das Kind selbst auffällig wird und die Jugendhilfe eingebunden werden muss.

„Es ist deshalb schwer für Familien, Ansprechpartner zu finden, die sich für die Probleme und Nöte der Kinder „zuständig“ fühlen und kompetent in der Lage sind, ihnen zu helfen oder sie an die richtige Stelle weiterzuvermitteln“ (Lenz 2010, S. 20).

In der Konzeption des Wendepunktchens sind verschiedene Indikationswege vorgesehen, um eine Aufnahme finanziert zu bekommen. Zum einen über eine Maßnahme die dem KJHG zugeordnet ist, was auf ein Indexkind bezieht. Oder eine Aufnahme der Erkrankung der Mutter/des Vaters. Doch selten erfolgt die Aufnahme aus dem eigenen Antrieb der Eltern. Die Mehrheit erfolgt über eine Zuweisung des Jugendamtes.

4 Exkurs: besondere Aspekte bei Kindern psychisch kranker Eltern und/oder Eltern mit Defiziten in der Erziehungskompetenz

Die Zielgruppe, die im Wendepunktchen eine Maßnahme beginnen kann, bringt im Vergleich zu anderen Einrichtungen, in denen Eltern mit ihren Kindern aufgenommen werden, nochmals besondere Aspekte mit sich. Gerade, wenn zur Problematik innerhalb der Erziehungskompetenz oder Verhaltensauffälligkeit der Kinder eine psychische Erkrankung oder Labilität der Eltern dazukommt, dann muss ein besonderes Augenmerk auf die Kinder gelegt werden. Hier liegt ein erhöhtes Risiko vor, dass das Kind selbst im Laufe seines Werdeganges von einer psychischen Erkrankung im betroffen sein wird.

4.1 Belastungsfaktoren

Studienergebnisse haben gezeigt, dass die genetische Ausstattung eines Kindes mit darüber bestimmt, ob sich belastende Lebensereignisse pathogen auswirken oder nicht. Eine klare determinierende Wirkung genetischer Faktoren wurde ausgeschlossen. Weitere Ergebnisse zeigten, dass das Risiko späterer psychischer Störungen von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil, die nach der Geburt adoptiert wurden, wesentlich vom Vorhandensein ungünstiger Umweltumstände und familiärer Belastungen in der Adoptivfamilie abhängt (vgl. Tienari & Wynne, 2004). Genetische und psychosoziale Faktoren wirken zusammen (vgl. Lenz 2010, S. 4). In Lenz 2010 wurden weitere belastende Faktoren erläutert. Beobachtungen zeigten, dass der Grad der Beeinträchtigung der Kinder im Zusammenhang steht mit der Dauer und der Schwere der Erkrankung der Eltern. Die Einschränkung in der Erziehungsfähigkeit der Eltern wurde als weiterer Belastungsfaktor ermittelt.

„[...] unter Erziehungsfähigkeit [wird] die Fähigkeiten der Eltern verstanden, die Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln sowie dem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen“ (Lenz 2010, S. 5).

Psychisch erkrankte Mütter zeigen im Vergleich zu unauffälligen Müttern im Umgang mit ihren Kindern eine Reihe von Einschränkungen. Es wurde beobachtet, dass die erkrankten Mütter im Kontakt mit ihren Kindern weniger Interesse zeigten und eine geringere emotionale Beteiligung erkennen ließen. Sie zeigen sich weniger

empfindlich und äußerten ihren Kindern gegenüber vermehrt negative Gefühle. Ihre Kommunikation war eher eingeeignet und ihr Verhalten mehr passiv (vgl. Lenz 2010, S. 5). Ein weiterer Faktor, der sich ermitteln ließ, beschreibt den Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und der Gestaltung der ehelichen Beziehung. Bei Familiensystemen, in denen ein Elternteil erkrankt ist, zeigt sich höhere Disharmonie im Umgang miteinander. Ehepaare nehmen sich in einem solchen System eher negativ wahr und zeigen mehr emotional negative Interaktionen. Auch ein Anstieg der Scheidungsrate konnte ermittelt werden. Für Kinder ist eine Scheidungssituation immer ein Belastungsfaktor. Kommt eine psychische Erkrankung eines Elternteiles dazu, erhöht sich der Belastungsfaktor (vgl. Lenz 2010, S. 5). Das Familiensystem und die Rollenverteilung verändern sich. In den Systemen, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zeigten die Eltern ihren Kindern häufiger ihre Bedürftigkeit. Das führt dazu, dass die Kinder die Botschaft wahrnehmen, für das Wohlbefinden der Eltern verantwortlich zu sein. Die Kinder werden immer mehr zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern und somit zu einer primären Quelle der Unterstützung und des Trostes (vgl. Lenz 2010, S. 5–6). Ein verbreitetes Verhalten innerhalb solch betroffener Familiensysteme ist ein Rede- bzw. Kommunikationsverbot nach außen hin. Die Außenwelt soll nichts von der Erkrankung und der Familiensituation mitbekommen. Die Kinder empfinden dieses Schweigeverbot oftmals intuitiv. Es kommt auch vor, dass ein Redeverbot klar ausgesprochen wird. Die psychische Erkrankung wird damit zu einem Familiengeheimnis. Ein solches Geheimnis kann das emotionale Klima von Familien stark in belastender Form beeinflussen (vgl. Lenz 2010, S. 6). Dies führt in der Regel dazu, dass die Kinder keine vertrauensvollen sozialen Beziehungen außerhalb ihres Familiensystems aufbauen können. Sie sind mit der schwierigen Situation allein, denn sie wissen nicht, an wen sie sich wenden können. Das kann so weit gehen, dass Beziehungsangebote von außen von den Kindern nicht wahrgenommen werden können, da ein Reden über die Situation einem Verrat an den Eltern gleichkommen würde. Neben diesen spezifischen Belastungsfaktoren können sich noch Faktoren bilden, die auch in Familien zu finden sind, in denen keiner der Elternteile erkrankt ist. Dazu gehören: Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Verlust von Bezugspersonen oder Missbrauch in den verschiedensten Formen.

4.2 Resilienz und Schutzfaktoren

Neben Belastungsfaktoren gibt es auch Schutzfaktoren. Schutzfaktoren haben eine positive Wirkung auf die Entwicklung der Kinder und Familien. Als Resilienz bezeichnet man die psychische Widerstandskraft eines Menschen oder auch seine Fähigkeit, schwierigen Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigungen zu bewältigen (vgl. Lenz 2010). Dies ist ein dynamischer Prozess, der eine Anpassung an die jeweilige Situation hervorbringen soll. Resilienz beschreibt nicht die Abwesenheit einer psychischen Störung, sondern es enthält die Ressourcen, die ein Mensch im Umgang mit schwierigen Situationen entwickelt. Wenn Resilienz fehlt, dann können die risikoerhöhenden Umstände voll zur Wirkung kommen und es gibt keine Ressource, die diese Wirkung abpuffern könnte.

Schutzfaktoren sind Ressourcen, die ein Mensch mitbringt, mit denen er die Auswirkungen von schwierigen Entwicklungen in seinem Leben verhindern oder auch abmildern kann. Es kann gesagt werden, dass solche Ressourcen Stärken eines Kindes sind, die für seine Entwicklung einen positiven Effekt haben. Diese Stärken entwickeln sich aus ausbalancierten Verhältnissen von Anforderungen und Möglichkeiten, gestellte Aufgaben zu bewältigen. Wenn ein Kind eine Aufgabe erfolgreich bewältigen konnte, dann wird dies dazu führen, dass es sich neuen Herausforderungen stellen kann, und hat damit eine neue Stärke gewonnen bzw. die vorhandenen Ressourcen wurden gestärkt. In Lenz (2010) werden verschiedene Arten von Ressourcen als generelle Schutzfaktoren unterschieden. Die folgende Tabelle beschreibt die personalen, die familiären und die sozialen Ressourcen, die es gilt zu stärken.

Personale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none">- Positives Selbstkonzept- Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen- Problemlösefähigkeiten- Stressbewältigungsfähigkeiten- Soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit
Familiäre Ressourcen	<ul style="list-style-type: none">- Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen- Elterliche Wärme- Interesse der Eltern am Leben des Kindes- Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie- Zugewandtes, akzeptierendes und zugleich normiertes, angemessen forderndes Erziehungsverhalten

Soziale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde - Stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen (Großeltern, anderen Verwandte und Erzieher bzw. Lehrer) - Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk - Integration in Gruppen, Vereine oder religiöse Vereinigungen
---------------------------	--

Tabelle 1: Lenz 2010, S11

Das Bewältigungsverhalten von Kindern ist in vielfältiger Weise von Unterstützungshandlungen der Erwachsenen abhängig. Vorzugsweise das Handeln der Eltern, aber auch das Handeln weiterer Bezugspersonen spielt diesbezüglich eine wesentliche Rolle. Man kann aufgrund dieser Erfahrungen den Rückschluss ziehen, dass, wenn die Eltern gestärkt werden, sie dann in die Situation versetzt werden, ihre Kinder zu unterstützen, was wiederum einen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten des Kindes hat. Dieser Ansatzpunkt kann in die Präventionsarbeit hineingenommen werden. Die Präventionsarbeit könnte darin bestehen, Risikofaktoren zu beeinflussen und vorhandene psychosoziale Belastungsfaktoren zu reduzieren, bevor sich manifeste Symptome einstellen.

5 Einsatz der Multifamilientherapie im Rehabilitationskonzept des Wendepunktchens

Da die Multifamilientherapie sowohl ambulant als auch tagesklinisch und stationär durchführbar ist (vgl. Asen et al. 2009, S. 17), ist dieser Ansatz im Gesamtkontext des Wendepunktchens aus meiner Sicht erst einmal anwendbar. Die Arbeit des Wendepunktchens ist als stationärer Ansatz zu sehen.

5.1 Ziele und Umsetzung

Im Punkt 4.2.1 der vorliegenden Arbeit wurden erste Ziele im Rahmen des Konzeptes des Wendepunktchens erörtert. Diese Ziele können noch um weitere Aspekte erweitert werden. Um die Familiensysteme zu stärken und in eine Ressourcenerweiterung zu führen, können folgende Ziele formuliert werden (diese Ziele sind unter anderem an die Ressourcenauflistung in Kapitel 5 dieser Arbeit angelehnt. Die aufgeführten Ressourcenbereiche sind in den folgenden Zielen wieder findbar – vgl. Lenz 2010, S.23-25):

- » eine kindgerechte Aufklärung und Beratung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern
- » Schaffung von Entlastungsmöglichkeiten der Kinder von Schuld- und Schamgefühlen, sowie eine Entlastung der „Elternfunktion“
- » Anleitung und Training von Freizeitgestaltung und Erleben von Unbeschwertheit
- » ein Aufbau und Stärkung von Selbstvertrauen
- » die Förderung von Eigenständigkeit (sowohl der Kinder als auch des Familiensystems)
- » die Förderung der persönlichen Fähigkeiten und Stärken der Kinder
- » die Enttabuisierung des problembesten Themas innerhalb der Familie und ein Abbau von Schamgefühlen und Schuldzuweisungen
- » Training der Übernahme der elterlichen Verantwortung
- » eine Öffnung der Familie nach außen
- » die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern
- » der Aufbau eines stützenden, sozialen Netzes für die Familie
- » Informationsvermittlung und Aufklärung der Mutter/des Vaters bzw. beider Elternteile über die Erkrankung
- » Verknüpfung der Informationen zur Erkrankung mit Lebens- und familiengeschichtlicher Erfahrungen auf dem Hintergrund der Familiendynamik
- » Verbesserung der Kommunikation über die Erkrankung und den damit verbunden Problemen in der Familie
- » eine Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung in der Familie
- » Überwindung der Isolation des erkrankten Elternteils, des Partners, der Kinder, Stärkung der innerfamiliären Beziehungen
- » Thematisierung von außerfamiliären Beziehungen unter dem Fokus kompensierender Beziehungserfahrungen des Kindes
- » Vermittlung von Verständnis der Eltern über Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung
- » Aufklärung über Hilfsangebote für alle Familienmitglieder bei Bedarf

In der Umsetzung zum Erreichen der genannten Ziele wird zwischen gruppenbezogenen, familienbezogenen, elternbezogenen, individuumsbezogenen

sowie störungsspezifische Übungen unterschieden. Diese können je nach dienen der Gruppenkohäsion. Bevorzugt werden diese Übungen im Anfangsstadium der Multifamilientherapie eingesetzt. Im Verlauf des therapeutischen Settings können einige Übungen aus diesem Bereich helfen, sich entwickelnde Konflikte und andere Thematiken zu dramatisieren. Familienbezogene Übungen befassen sich vor allem mit familiären Belangen und Problemstellungen. Zum Ausbau der elterlichen Kompetenzen werden Übungen aus dem Bereich "elternbezogen" ausgewählt. Individuumsbezogene Übungen beziehen sich vor allem auf Einzelpersonen im Therapiekontext und werden systemisch gesehen. Als Einzelperson sind z.B. das KIND, die MUTTER, der VATER oder auch der ERWACHSENER zu sehen. Störungsspezifische Übungen beziehen sich Erkrankungssysteme (Essstörung, Suchterkrankung, ADHS u.ä.) oder auch bei Gewaltfamiliensystemen (vgl. Asen et al. 2009, S. 42–108).

Eltern und Kinder sind im Wendepüktchen auf zwei Etagen untergebracht. Jede Etage hat neben den Schlafräumen jeweils einen Gemeinschaftsraum mit Wohnküche. Im Kellergeschoss befinden sich noch Räumlichkeiten, die von allen Eltern und Kindern genutzt werden können. Ein exemplarischer Wochenplan verteilt sich auf Interventionen, die jeweils gruppenbezogen als auch gruppenübergreifend eingesetzt werden können. Die Essenszeiten z.B. werden in den jeweiligen Gruppen gestaltet, gruppenspezifische Übungen könnten in gemeinsamen Räumlichkeiten stattfinden.

5.1.1 Wochenplan

Die folgende Tabelle skizziert einen möglichen Wochenplan im Rahmen der Multifamilientherapie im Wendepunktchen.

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Vormittag	Kinder für KiGa und Schule vorbereiten						
	Frühstück in den eigenen Gruppenräumlichkeiten						
	<ul style="list-style-type: none"> - Einzeltherapie der Mütter / Väter - Arbeitstherapieeinsätze - Teilnahme an Therapiemöglichkeiten im Wendepunkt - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten - Ämtergänge u.ä. 					Im 14 Tage Rhythmus Ausflug Oder Übungen	Gottesdienstbesuch
Mittag	Mittagessen Kinder kommen aus Schule und KiGa Hausaufgabenbetreuung					Mittagessen	Mittagessen
Nachmittag	Wochenbeginnrunde	Übungen	Teamsitzung	Übungen	Videofeedback	Ausflug Oder Übungen	Frei zu gestaltene Zeit
	Übungen		Videofeedback		Übungen		
Abend	Abendbrot						
	Übungen	Freie Zeit	Übungen	Freie Zeit	Übungen	Freie Zeit	Wochenabschlussrunde
	Schlafenszeit für die Kinder						
	Freie Abendzeit für die Eltern						
	Beginn der Nachtruhe						

Nach Absprachen mit den Eltern und den Kindern kann am Beginn der Woche vereinbart werden, welche Sequenzen innerhalb der Woche auf Video aufgenommen werden sollen. Dazu eignen sich die Morgenzeit, Frühstückszeit, Mittagszeit oder auch die Abendzeiten – diese Zeiten spiegeln die Interaktionen bei Alltagstätigkeiten wieder. Auch während verschiedener Übungen können Aufnahmen gemacht werden, die mit der Gruppe ausgewertet werden können. In Alltagssituationen werden die Dynamiken zwischen Eltern und ihren Kindern deutlicher. In den Übungen kann zusätzlich auch die Dynamik zwischen den verschiedenen Familiensystemen ausgewertet werden. Wenn Eltern bestimmte Situation als immer wiederkehrend problematisch empfinden, z.B. die Hausaufgabensituation oder das Aufräumen der Kinderzimmer, dann bieten sich diese Situationen genauso gut für ein Videofeedback an. Wichtig ist nur, dass alle Aufnahmen vorher mit den Eltern und Kinder besprochen werden und sie nicht das Gefühl des Kontrollverlustes entwickeln.

5.1.2 Exemplarisch: Übungen und die dazu geordneten Ziele

In den Unterpunkten 4.2. und 5.1 wurden verschiedene Ziele erörtert, die im Rahmen eines Therapiesettings mit Familien im Wendepunktchen angestrebt werden. Aus diesen Zielen wurden einige ausgewählt, um an ihnen exemplarisch mögliche Übungen zu verdeutlichen.

5.1.2.1 Ziel: Entlastungsmöglichkeiten von Schuld- und Schamgefühlen

Da gerade die Kinder sich oftmals an der Situation schuldig fühlen und mehr Verantwortung im Familiensystem übernehmen als Kinder in nicht so belastenden Familiensystemen, ist es wichtig, Entlastungsmöglichkeiten für die Kinder zu schaffen.

Übung: Königreich (vgl. Asen et al. 2009 S.49).

Die Familien gestalten gemeinsam ein Königreich, in dem jeder seine eigene Rolle findet.

Therapieziel:

Transparenz der Rollenverteilung; Arbeit mit Hierarchien; Anregungen zur Rollenveränderung

Auswertung:

Sind alle Familienmitglieder mit ihren Rollen zufrieden? Wer will eine andere Rolle haben? Wie kann man Rollen tauschen?

5.1.2.2 Ziel: Aufbau und Stärkung von Selbstvertrauen

Die veränderte Rollenverteilung in den belastenden Familiensystemen, die Rückmeldung der Eltern an ihre Kinder und auch die Erkrankung bzw. die Defizite, die die Eltern selbst erleben, führen zu einer permanenten Verunsicherung und Reduzierung des Selbstvertrauens.

Übung: Kreisspiel (vgl. Asen et al. 2009, S.44).

Alle Gruppenmitglieder haken sich zu einem engen Kreis ein. Einzeln wird jeder Teilnehmer nacheinander aufgefordert, in den Kreis einzubrechen, und die Gruppe soll das verhindern.

Therapieziel:

Gruppenkohäsion und Selbstbehauptung sollen gestärkt werden; Experimentieren mit körperlicher Durchsetzungsfähigkeit; Vertrauen in die eigene Durchsetzungskraft bekommen

Auswertung:

Können sich die Mitglieder der Gruppe in eine Gemeinschaft eingliedern? Ist es möglich, sich untereinander festhalten? Kann ich mich selbst gegen eine Gemeinschaft behaupten? Welche Tricks kann (und darf) man anwenden?

5.1.2.3 Ziel: Enttabuisierung von Problemthemen in der Familie

Wie in vorherigen Kapiteln erwähnt, findet oftmals eine Tabuisierung der Probleme in der Familie statt. Diese ist sowohl nach innen als auch nach außen gerichtet. Scham und Angst sind die Grundelemente des Handelns. Eine Enttabuisierung des Themas innerhalb der Familie und ein Abbau von Schamgefühlen und Schuldzuweisungen sollen umgesetzt und erlebbar werden.

Übung: Eingefrorene Gefühlsstatuen (vgl. Asen et al. 2009, S.46).

Jeder Teilnehmer stellt einen Snapshot. Es werden verschiedene Gefühle genannt und die Familienmitglieder positionieren sich und bleiben in dieser Haltung stehen / sitzen. Die anderen Teilnehmer beschreiben das, was sie sehen. So kann eine Verschiedenartigkeit von Gefühlen verbalisiert und erlebbar gemacht werden.

Therapieziel:

Darstellung und Erkennung von verschiedenen Gefühlen, in sich selbst und in anderen

Auswertung:

Wie kann man unterschiedliche Gefühle ausdrücken? Wie kann man wissen, wie andere fühlen? Kann man Gefühle vortäuschen?

5.1.2.4 Ziel: Öffnung der Familie nach außen

Kinder leiden oftmals sehr darunter, dass sie sich als Familie nach außen isolieren, damit keiner bemerkt, was in den Familien geschieht. Bezugspersonen und auch mögliche Helfer können so nur schwer Kinder und auch ihre Familien unterstützen. In dieser Übung können Beziehungsmuster, Hierarchien, Distanzen, Nähe u.a. sichtbar gemacht werden und Ängste und Tabus abgebaut werden. Neue Sichtweisen auf die eigene Familie können erarbeitet werden und ermöglichen so eine Öffnung nach außen.

Übung: Familienbeziehungslandkarte (vgl. Asen et al. 2009, S.55).

Jede Familie konstruiert ihre eigene Familienstrukturkarte, in der Familienkonstellation und -beziehungen grafisch dargestellt sind.

Therapieziel:

Bewusstmachung von Hierarchien, Grenzen, Konflikten, Koalitionen
Überfürsorglichkeit, Bindungen, Distanz und Nähe in Familien, Frage nach Veränderungswünschen

Auswertung:

Was sind die besten und was die schmerzhaftesten Beziehungen? Wie sähe die Landkarte aus, wenn man sie vor einem Jahr angefertigt hätte? Wie sollte sie nach der Therapie aussehen?

5.1.2.5 Ziel: Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern

Die Eltern erleben sich oftmals durch eine Erkrankung oder andere Defizite in ihrer Erziehungskompetenz mangelhaft und nicht belastbar.

Übung: Die zehn Familiengebote (vgl. Asen et al. 2009, S.58)

Familien arbeiten die bisher gültigen und auch die ungeschriebenen Regeln der Familie aus und halten diese schriftlich fest. Variante: »Familiengesetzbuch« oder »Familienverfassung«

Therapieziel:

Stärkung der elterlichen Autorität durch klare Festlegung von Regeln, die aber gemeinsam erarbeitet werden.

Auswertung:

Welche Strukturen und Vorgaben gibt es in der Familie? Wie werden Regeln aufgestellt, erarbeitet und eingehalten? Wie werden Regeln aktualisiert und an die Entwicklung der Kinder angepasst? Mit welcher Art von Struktur haben wir es tun (Monarchie, Demokratie u.a.)?

5.1.2.6 Ziel: Informationsvermittlung und Aufklärung über Krankheit

Hier findet eine Informationsvermittlung und Aufklärung der Mutter / des Vaters bzw. beider Elternteile über die Erkrankung oder auch eine kindgerechte Aufklärung und Beratung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern statt.

Übung: Pressekonferenz (vgl. Asen et al. 2009, S.101).

Die erkrankten Elternteile werden in eine »Expertenrolle für die Krankheit« versetzt. Z.B. durch eine Inszenierung einer TV-Show durch Therapeuten. Die anderen Eltern und auch Kinder als Publikum stellen konkrete Fragen, die sie bezüglich der Krankheit / Störung haben.

Therapieziel:

Kinder und Eltern erfahren eine Aufwertung, wenn sie in den Expertenstatus versetzt werden. Aus dieser Perspektive heraus ist es möglich, auf Fragen mit mehr emotionalem Abstand und trotzdem aus der eigenen Kenntnis des Krankheitszusammenhangs zu antworten. Eltern erleben ihre Kinder als kompetent und erfahren Wichtiges über die Krankheit.

Auswertung:

Was wissen Experten? Braucht man Experten? Wozu? Wie haben die Eltern die Kinder erlebt?

5.1.2.7 Ziel: Überwindung von Isolation

Eine Überwindung der Isolation des erkrankten Elternteils, des Partners, der Kinder und eine Stärkung der innerfamiliären Beziehungen.

Übung: Lebensfluss (vgl. Asen et al. 2009, S.68)

Die Metapher eines Flusses leitet Familien dazu an, ihr Leben aus anderen Perspektiven anzuschauen.

Therapieziel:

Reflexion über Familiengeschichte und Akzentuierung von erfolgreich bewältigten Schwierigkeiten; Exploration von möglich künftigen Problemen und deren Lösung.

Auswertung:

Wie hat sich der Fluss durch äußere Einflüsse verändert? Wie kann man den Fluss in die richtige Bahn lenken? Was sind die wahrscheinlichen Klippen, die noch bevorstehen – und welche sind schon bewältigt worden – und wie?

5.2 Räumlichkeiten

Das Wendepunktchen ist räumlich für einen Multifamilienansatz schon sehr gut ausgestattet. Es verfügt sowohl über Gemeinschaftsräumlichkeiten als auch Rückzugsmöglichkeiten für die Eltern und Kinder. Ein gemeinsamer Raum im Kellergeschoss ist ebenfalls vorhanden.

Eine gute Ergänzung wäre ein weiterer Raum mit Beobachtungsmöglichkeit. Ein Raum mit einer Glasscheibentrennung o.ä., in dem eine gleichzeitige Interaktion und Beobachtung möglich ist.

Desweiteren muss noch eine Video- bzw. digitale Aufzeichnungsanlage eingerichtet werden. Kameras sollten in den Räumen angebracht werden, inklusive einer Außenkamera für den Spielplatz. Die Anlage kann in den Mitarbeiterräumlichkeiten ihren festen Platz finden.

5.3 Personelle Ausstattung

Neben den Fachkräften, die bereits im Wendepunktchen eingesetzt werden, (Sozialarbeiterinnen und Erzieherinnen zum Teil mit therapeutischer Zusatzqualifikation) braucht das Team als Ergänzung noch zwei Therapeuten mit einer

Zusatzausbildung in der Multifamilientherapie. Wünschenswert wäre auch der Einsatz der Musik- und Ergotherapie.

Ärztliche Begleitung erfolgt weiterhin über die niedergelassenen und kooperierenden Ärzte am Ort. Die niedergelassenen Therapeuten der Eltern sollten ebenfalls mit einbezogen werden - mindestens durch eine regelmäßige Berichterstattung. Hier ist auf die Schweigepflichtsentbindung der Eltern zu achten.

6 Schluss

Ausgegangen wurde von der Beschreibung über systemische Familienberatung / Familientherapie hin zu einem Multifamilienansatz unter Einbeziehung eines konzeptionellen Ansatzes einer vorhandenen Einrichtung in NRW. In der Zusammenbindung dieser Elemente bin ich zu dem Ergebnis gekommen, dass der Einsatz der Multifamilientherapie als Methode für das Wendepunktchen sehr gut geeignet ist. Die räumlichen und personellen Voraussetzungen sind gegeben und müssten nur um einige Aspekte erweitert werden. Da die Familien aufgrund der Maßnahme für eine längere Zeit zusammen im Wendepunktchen leben, könnten die interaktiven Prozesse unter den Familien durch den Multifamilienansatz wesentlich stärker und auch gewinnbringend eingesetzt werden. Dies würde auch dazu führen, dass die Fokussierung auf das Fachpersonal reduziert werden würde und die Familien innerhalb des geschützten Rahmens lernen können, wie man sich als eigene Familie mit anderen betroffenen Familien ressourcenstärkend auseinandersetzen kann. Die Prozesse würden durch den Multifamilienansatz erlebbarer werden und würden so nachhaltiger auch nach Entlassung wirken.

7 Literaturverzeichnis

Asen, Eia; Scholz, Michael; Dawson, Neil (2009): Praxis der Multifamilientherapie. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Verl (Familientherapie).

Bundesministerium der Justiz (Hg.): SGB VIII. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/. (Stand: 03.09.2011)

Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie. Online verfügbar unter <http://www.dgsf.org/> (Stand:02.09.2011)

Klinkenstein, André (2011): Systemische Konzepte. Grundhaltungen, Ansätze, Methoden, Techniken. In Seminarpräsentation. Theologische Hochschule Friedensau. Friedensau, Juli 2011.

Lenz, Albert (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Schlippe, Arist von; Schweitzer, Jochen (2003): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 9. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wendepunkt e.V.: Leistungsbeschreibung für Jugendhilfeleistungen des „Wendepunktchen“. als Einrichtung nach § 19 SGB VIII.

Wendepunkt e.V.: Leitbild.

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren

