

Goll-Kopka, Andrea

**Multi-Familientherapie (MFT) mit Familien von
entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten
Kindern: „Das Frankfurter MFT-Modell“**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (2009) 9, S. 716-732

urn:nbn:de:bsz-psydok-49301

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Multi-Familiientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern: „Das Frankfurter MFT-Modell“¹

Andrea Goll-Kopka

Summary

Multi-family Therapy with Families of Children with Developmental Delays, Chronic Illness and Disabilities: "The Frankfurt Multi-family Therapy Model"

Multi-family Therapy (MFT) is an evidence-based method used in the treatment of psychological disorders, psychiatric symptoms and physical illness in children, adolescents and adults. It is widely used in Anglo-American countries. In Germany initial studies showed positive effects of MFT with adolescents with anorexia nervosa and children with learning disabilities. The Frankfurt multi-family Therapy model for families with children with developmental delays, chronic illness or disabilities has been in practice and constant development at the Frankfurt social pediatric center since 1994. A pilot study examined treated families' assessment of the program's content, format, objectives and therapeutic effects. Results indicate a high level of acceptance of the involved families and positive effects on the intra-family and inter-family level. Furthermore, the Frankfurt MFT model could be shown to be an effective and appropriate mode of intervention, in particular for those families who have to cope with the special needs of their children throughout a lifetime.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 716-732

Keywords

children with physical disabilities – mental disabilities – chronic illness – Multi-family therapy – systemic therapy

Zusammenfassung

Multi-Familiientherapie (MFT) ist ein evidenzbasiertes Verfahren zur Behandlung von psychischen Störungen, psychiatrischen Symptomen und körperlichen Erkrankungen bei Kindern,

¹ Frau Dipl.-Soz. C. Glasenapp und Frau Dipl.-Psych. A. Goll-Kopka haben diesen Interventionsansatz gemeinsam konzipiert und weiterentwickelt. Die Verantwortung für die Pilotstudie und diesen Artikel liegt bei mir. Für die Unterstützung der Pilotstudie und kritische Anmerkungen zu früheren Fassungen danke ich: Dipl.-Psych. Anja Born, Dipl.-Psych. Susanne Brazil, Prof. Dr. Rainer Danielzyk, Dipl.-Soz. Corinna Glasenapp, Dr. Matthias Ochs, PD Dr. Heike Philippi, Dr. Rüdiger Retzlaff und Prof. Dr. Heike Stammer.

Jugendlichen und Erwachsenen, das im angelsächsischen Bereich bereits weit verbreitet ist. Erste Behandlungserfahrungen in Deutschland mit MFT für Jugendliche mit Anorexia nervosa und Kinder mit Teilleistungsstörungen belegen positive Effekte der MFT. Das Frankfurter MFT-Modell für Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern wird seit 1994 im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Frankfurt/Main angewandt und seitdem ständig weiterentwickelt. In einer Pilotstudie wurde die Sicht der teilnehmenden Familienmitglieder untersucht. Ziele, methodische Bestandteile, Rahmenbedingungen sowie Wirksamkeitsfaktoren des Therapiemodells wurden hinterfragt. Die Ergebnisse sprechen für eine hohe Akzeptanz durch die teilnehmenden Familien, für intra- und interfamiliäre Wirkungsprozesse und dafür, dass dieser Interventionsansatz eine passgenaue und wirksame Maßnahme zur Unterstützung des Bewältigungsprozesses dieser Familien darstellt, die sich mit der Besonderheit ihres Kindes ein Leben lang auseinander setzen.

Schlagwörter

Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen – Kinder mit chronischen Erkrankungen
– Multi-Familientherapie – systemische Therapie

In Erhebungen zu Erwartungen und Wünschen von Eltern mit behinderten und chronisch kranken Kindern erklären fast 70 % der Eltern, sich mit anderen Familien austauschen zu wollen (Brambring, 1997). Bei Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern führen jedoch die hohen zeitlichen und psychischen Belastungen oft zu einer engeren innerfamiliären Ausrichtung und Reduktion des sozialen Netzwerkes – sowohl durch Abgrenzungen innerhalb der Familien als auch von außen (Beck, 2003).

Um diesen Familien Unterstützungsmöglichkeiten in der Gruppe anzubieten, die in ihren kräftezehrenden und zeitintensiven Alltag passen, haben wir vor 14 Jahren am Frankfurter Sozialpädiatrischen Zentrum² begonnen, ein spezifisches Modell der Multifamilientherapie (MFT) zu konzipieren und fortzuentwickeln, das durch sein passgenaues Format und das ressourcenorientierte Vorgehen eine sinnvolle Ergänzung individueller kind- und familienzentrierter Förder- und Therapiemaßnahmen darstellt.

1 Zur psychosozialen Situation von Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern

In Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern sind individuelle und innerfamiliäre Anpassungsleistungen aller Familienmitglieder bei dem oft jahrelang

² Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sind vom Gesetzgeber vorgesehene ambulante, kassenfinanzierte Einrichtungen zur multiprofessionellen Diagnostik und Therapie von entwicklungsauffälligen Kindern und Jugendlichen. Das SPZ Frankfurt-Mitte gehört zu den fünf größten der 135 Sozialpädiatrischen Zentren Deutschlands. Frau Dr. Heller und Frau PD Dr. Philippi, Leitung des SPZ, danke ich für ihre engagierte Unterstützung der MFT.

andauernden Prozess seelischer, geistiger sowie praktischer Konfrontation mit der Behinderung oder chronischen Erkrankung des Kindes erforderlich. In jeder neuen Lebensphase des Kindes muss sich die Familie mit der Entwicklungsbeeinträchtigung und den daraus folgenden Anforderungen auseinandersetzen (Borchert, Hartke, Jogschies, 2008; Goll-Kopka 2004; Lehmkuhl, 1996; Suchodoletz, 2004). Alle Familienmitglieder sind als Mitbetroffene zu betrachten, die in einer Wechselwirkung mit der Symptomatik des betroffenen Kindes stehen (Cierpka, Krebeck, Retzlaff, 2001). Eine beeinträchtigte Qualität der Familienbeziehungen schlägt sich auch in einer Reduzierung des Funktionsniveaus im sozialen oder schulischen Bereich der Kinder nieder (Schneewind u. Berkic, 2007). Untersuchungen zeigen, dass zwischen kindlichen Entwicklungsstörungen und familiären Organisationsmustern Wechselbeziehungen bestehen: So haben Kinder mit neurologischen oder organischen Problemen ungünstigere Entwicklungsverläufe, wenn sie in Familien mit Beziehungsmustern aufwachsen, die sich als dysfunktional erweisen (Lehmkuhl, 1996; Mindell u. Zimmermann, 2009; Suchodoletz, 2004). Die sorgfältige Beachtung des Umfelds unter Einbeziehung der Familie führt zu einer Verbesserung der Therapieresultate für das betroffene Kind (Bode, 2002; Kienle, Koerber, Karch, 2009; Klein, 2002; Philippi, 2008). Die Familie kann als problemlösende funktionale Einheit gesehen werden, in der die Kohäsion der Familie, ihre Flexibilität, die Kommunikation und die sozial geschaffene Bedeutungsgebung der Entwicklungsbeeinträchtigung als protektive Faktoren wirken (Retzlaff, 2006; Schlippe, 2003).

Die besondere psychosoziale Situation der Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern zu beachten, bedeutet deshalb, die Eltern der Kinder nicht als bloße Auskunftspersonen über das vorgestellte Kind zu sehen, sondern die Familienresilienz zu schulen sowie Bewältigungskompetenzen anzuregen und langfristig zu stabilisieren. Es geht jedoch nicht darum, alle Familienmitglieder als Mitpatienten einer Psychotherapie zu unterziehen, was als weitere Stigmatisierung oder gar Pathologisierung erlebt werden könnte, sondern darum, diesen Familien Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten, die in ihren kräftezehrenden und zeitintensiven Alltag passen. Hier bietet das Frankfurter Modell der MFT durch das passgenaue Format eine sinnvolle Ergänzung individueller Förder- und Therapiemaßnahmen.

2 Das Frankfurter MFT-Modell

2.1 Ziele

Das Frankfurter MFT-Modell für Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken oder behinderten Kindern strebt die Unterstützung der Familien in ihrem emotionalen Bewältigungsprozess, die Stärkung der erzieherischen Kompetenzen (Schneewind et al., 2007) und die Erweiterung des familiären Netzwerks an.

2.2 Ablauf und Interventionsmethoden

Für jeweils sieben bis neun Familien bieten wir eine MFT-Gruppe in Form eines dreitägigen Seminars an. Dieses findet von Freitag- bis Sonntagnachmittag in einem familien- und behindertengerechten Tagungshaus in naturnaher Umgebung statt. Im Wesentlichen nutzen wir fünf methodische Interventionskomponenten im Rahmen unserer MFT:

(1) *Psychoedukation.* In Vorgesprächen werden krankheitsspezifische Themen, die die teilnehmenden Familien gemeinsam interessieren, identifiziert. Durch Kurzreferate, Filme oder die Einladung von externen Referenten wird dieses spezifisch gewünschte Wissen zur besseren Alltagsbewältigung der Behinderung des Kindes vermittelt.

(2) *Gruppentherapeutische Effekte.* Wenn Familien mit ähnlichen Problemen zusammenarbeiten, hilft es, Gefühle und Realitäten von seelischer und oft auch sozialer Isolation und Stigmatisierung zu reduzieren, weil „alle im gleichen Boot sitzen“ (Yalom, 2007). Kontakte werden schnell geknüpft und eine „wohlwollende Neugier“ entsteht in Bezug auf andere Familien und deren Strategien. Je nach Verlauf des Gruppenprozesses oder Bedarf der Gruppenteilnehmer werden entweder mehr der Kontakt der Familien untereinander gefördert oder die Kommunikation und Interaktion zwischen den einzelnen Familienmitgliedern in einer Familie angesprochen und schließlich mehr konventionelle Gruppentherapietechniken von den Therapeuten zu den einzelnen Gruppenmitgliedern hin angewandt (Saayman, Saayman, Wiens, 2006).

(3) *Systemische Haltung und Methoden.* Wir regen Veränderungen in der Familie als primäres soziales Umfeld an. Bei der Arbeit mit Kindern in ihrem Familienkontext werden Eltern in ihrer ursprünglichen Funktion und Rolle bestätigt, weil sie in der Rolle der entscheidenden Bezugsperson für das Kind bleiben. Die Gruppe bietet einen Rahmen, in dem die Familienangehörigen miteinander darüber sprechen können, wie sie das, was sie erleben, besser verstehen und interpretieren können (Schlippe, 2003). Mit spezifischen ressourcenorientierten Methoden wie Reframing, Externalisierung, Entwicklung von Zukunftsvisionen oder durch „gender-sensitive“ Leitfragen (Rücker-Emden-Jonasch u. Ebbecke-Nohlen, 2000) werden Differenzen beleuchtet, ein besseres gegenseitiges Verständnis der Eltern untereinander erreicht und Möglichkeiten der gegenseitigen Entlastung erarbeitet. Resilienzbetonende Fragen unterstützen eine günstige Konstruktion von familiärer Wirklichkeit.

(4) *Erlebniszentrierte, handlungsorientierte Aktivitäten.* In unserer MFT haben wir aktiven, handlungsorientierten und spielerischen Methoden, wie kreativen gemeinsamen Aktivitäten und Bewegung aller Familienmitglieder, einen besonderen Stellenwert eingeräumt, um so unter anderem eine kindgemäße Beteiligung zu ermöglichen (Goll-Kopka, 2003; Retzlaff, 2008; Rotthaus, 2003). Die Familiendynamik inszeniert sich beim gemeinsamen Handeln im Raum. Durch das gemeinsame Bewegen, kreative Handeln und Spielen von Eltern und Kindern eröffnen sich den Eltern Möglichkeiten der Selbsterfahrung und des Selbsterlebens, die das Verständnis für ihre Kinder erweitern, verändern und vertiefen. Gemeinsame Bewegungs- und Spielsituationen

dienen vor allem zu Beginn einer MFT-Gruppe der Gruppenkohäsion. Wir bieten hier beispielsweise Tonskulpturen, Zeichnungen, Collagen, Schwungtuchsequenzen, einfachere Tänze, Bewegungsspiele und das Drehen eigener Videoaufnahmen an. Ergänzend haben sich für die Eltern Entspannungseinheiten zum Umgang mit Stress bewährt (Goll-Kopka, 2000, 2004).

(5) *Alltagsnahe Aktivitäten*. Es finden sieben gemeinsame Mahlzeiten, Spaziergänge, ein Grillfest und kleinere Ausflüge statt. Durch die teilnehmende Beobachtungshaltung der Gruppentherapeutinnen und Kinderbetreuer an den gemeinsamen Mahlzeiten und den anderen alltagsnahen Aktivitäten, können typische Erziehungssituationen in der gebotenen Sensibilität von den Therapeuten aufgegriffen und gemeinsam mit den Eltern en passant zeitnah reflektiert werden. Wichtig ist hierbei, dass die Therapeuten und Kinderbetreuer nicht eine kritisch-bewertende Grundhaltung beim Aufgreifen der Beobachtungen einnehmen, sondern eine einladende solidarische Einstellung. Eltern werden somit in einer „natürlichen“ Umgebung beim unmittelbaren Tun in ihrer Erziehungswirksamkeit bestärkt. Weiterhin können Themen zur Sprache kommen, die ohne die teilnehmende direkte Beobachtung und das zeitnahe Aufgreifen überhaupt nicht bearbeitet worden wären, da sie von den Eltern oder Kindern so nicht eingebracht worden wären.

2.3 Ablauf

(1) An der *Gesamtgruppe*, die etwa acht Zeitstunden einnimmt, sind alle Familienmitglieder, die beiden Therapeutinnen, sowie die vier Kinderbetreuer beteiligt. Hier finden wir Arbeitsformen, die einen hohen Anteil an Selbstgestaltung für die Kinder gewährleisten. Das gemeinsame Bewegen und kreative Handeln von Kindern, Eltern und Mitarbeitern ermöglicht einen spielerischen und somit von wechselseitiger Akzeptanz getragenen Kontakt zwischen allen Teilnehmern der Gruppe. Hier ist auch ein unbefangenes Lachen miteinander möglich, das von den teilnehmenden Familien angesichts der vielfältigen Erfahrungen von Beschämung, Angst und Isolation als befreiend erlebt wird.

(2) Die *Elterngruppe* findet über neun Zeitstunden an drei Vor- und Nachmittagen statt. Das Schaffen von familiären Subkontexten – das heißt getrennte Arbeitssequenzen von Eltern und Kindern – hat sich als sinnvoll erwiesen für spezifische sozioemotionale Themen, bei denen die familiären Subgrenzen gewahrt werden sollen. Die ausführlichere Betrachtung von komplexen, oftmals belastenden Themen können Kinder zeitlich oder aufgrund der emotionalen „Dichte“ dieser Themen teilweise nicht tolerieren. Wir laden zeitweise ältere Kinder als Experten mit ihrer eigenen Perspektive zu bestimmten Themen, wie Geschwisterneid oder Benachteiligungsgefühlen, in die Erwachsenenengruppe mit ein.

(3) Die *Kindergruppe* findet parallel zur Elternrunde statt. Manchmal sind die Kinderbetreuer die ersten familienfremden Personen, denen das entwicklungsauffällige Kind anvertraut wird, oder es nimmt zum ersten Mal an einer Gruppe teil. Sozial schwierigere Kinder können durch die gezielten Interventionen der geschulten Kinderbetreuer

wieder positiv in eine Kindergruppe integriert werden. Das unmittelbar reflektierende Gespräch über das erfahrene Verhalten des Kindes mit den Kinderbetreuern und Gruppenleiterinnen kann die Eltern in ihrer Erziehungswirksamkeit bestärken. Die Erfahrungen der Kindergruppe fließen als Rückmeldung in die Elternrunde mit ein.

(4) In der *Geschwistergruppe* bietet sich den älteren Kindern die Möglichkeit, Gefühle und Einstellungen zu ihrem besonderen Geschwisterkind spielerisch, mit Techniken der Ausdruckstherapie und in Gesprächen auszutauschen. Wir versuchen hiermit, die Autonomieentwicklung der Geschwisterkinder von der Rolle eines das besondere Kind versorgenden, familienstabilisierenden Geschwisters hin zu der eines eigenständigen Familienmitgliedes zu unterstützen. Die Geschwisterkinder erfahren es als entlastend, andere Kinder in ihrem Alter zu erleben, die auch besondere Geschwister haben.

Die drei letztgenannten Gruppenangebote finden über neun Zeitstunden an drei Vor- und Nachmittagen über jeweils drei Stunden statt.

3 Beschreibung der teilnehmenden Familien

Die Familien, die seit 1994 an der Frankfurter MFT teilgenommen haben, wurden durch die Ärztinnen und Fachtherapeuten des Sozialpädiatrischen Zentrums angesprochen. In wöchentlicher Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Motopädie oder Logopädie) im SPZ befanden sich 75 % der Indexpatienten, weitere 25 % kamen regelmäßig zur medizinischen oder psychologischen Diagnostik und Behandlung. Das Altersspektrum der Indexpatienten reichte von 0,6 bis 15 Jahren mit einem Altersschwerpunkt zwischen 4 und 8 Jahren. Unter den Indexpatienten waren 60 % Jungen und 40 % Mädchen. Die teilnehmenden Geschwister waren zwischen 1 und 20 Jahren alt. Voraussetzung für die Gruppenteilnahme sind „hinreichende“ deutsche Sprachkenntnisse der Familien – entsprechend der internationalen Frankfurter Sozialstrukturen beteiligten sich neben deutschen Familien, die die größte Teilnehmergruppe bildeten, Familien aus der Türkei, Polen, den USA, Vietnam, Italien, Jordanien und Marokko an den MFT-Gruppen.

Die Diagnosen unserer Indexpatienten in den durchgeführten MFT-Gruppen der letzten 14 Jahre zeigten: Neuropädiatrische Krankheiten (u. a. Epilepsien), Zerebralparenresen, globale Entwicklungsretardierungen, sozioemotionale Störungsbilder, mentale Entwicklungsverzögerungen oder Zustände nach Früh- oder Risikogeburten.³

In jede MFT-Gruppe waren 7 bis 9 Familien mit insgesamt 25 bis 30 Familienmitgliedern einbezogen – bei mindestens 10 und höchstens 14 Elternteilen. Die Familienformen variierten von so genannten vollständigen Familien über Alleinerziehende bis hin zu getrennt lebenden Elternteilen, die aus gemeinsamem Interesse am Kind an unserer MFT-Gruppe teilnahmen. 90 % der Väter, die gemeinsam im Familienhaus-

³ Gemäß dem Diagnosespektrum in einem SPZ befinden sich Indexpatienten mit unterschiedlichen Krankheiten und Symptomen auch in den MFT-Gruppen.

halt leben, nehmen an der MFT-Gruppe teil (siehe auch Punkt 5.2.3b). 70 % der Väter und Mütter hatten dreijährige Ausbildungsberufe, 15 % Fachhochschul- bzw. Hochschulabschlüsse, 15 % waren ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

In jeder bisher durchgeführten MFT-Gruppe nahmen auch zwei bis drei sogenannte „Multiproblemfamilien“ teil: In diesen Familien gibt es neben dem besonderen Kind weitere, teilweise komplexe psychosoziale Belastungen, wie z. B. ökonomische Armutslagen, Arbeitslosigkeit, psychische Beeinträchtigungen erwachsener Familienmitglieder, ungeklärter Aufenthaltsstatus bei ausländischen Familien oder innerfamiliäre Gewalt. Dieser Anteil an Multiproblemfamilien bildet die Behandlungsnormalität im Frankfurter SPZ ab: In einem Quartal sind bis zu 16,5 % der betreuten Kinder familiärer Gewalt und Deprivationsbedingungen ausgesetzt (Goll-Kopka, 1997). Hinsichtlich der sozioökonomischen Merkmale der Familien und medizinischen Diagnosen der Kinder entspricht die Zusammensetzung unserer MFT-Gruppen dem Gesamtspektrum der vom SPZ betreuten Klienten. Auch in den Untersuchungsgruppen der nachfolgend dargestellten Pilotstudie zeigten sich keine Selektionseffekte.

4 Pilotstudie

In Deutschland gibt es zur MFT mit entwicklungsbeeinträchtigten, behinderten und chronisch kranken Kindern unseres Wissens bislang keine anderen Behandlungs- und entsprechend auch keine Forschungsansätze. Es existieren Forschungsergebnisse zu MFT als Interventionsansatz für Familien von Jugendlichen mit Anorexia nervosa (Born, 2008; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev, Thömke, 2005) und eine Pilotstudie zu ambulanten MFT-Gruppen für Grundschulkindern mit Teilleistungsfertigkeiten (Retzlaff, Brazil, Goll-Kopka, 2008). Die Ergebnisse dieser ersten Studien in Deutschland gehen in die gleiche Richtung wie die evidenzbasierten angloamerikanischen Studien. Sie alle zeigen, dass MFT dazu beiträgt, Symptome zu mildern, das problemstabilisierende Verhalten der Angehörigen zu reduzieren, die Beziehungen von Patient und Familienmitgliedern zu verbessern, familiäre Copingstrategien auszubauen und das soziale Netzwerk der Familien zu erweitern (Asen u. Scholz, 2008; Fraenkel, 2006; Honig 2005; McFarlane 2002; Steinglass, 1998). Eine Übersicht über die empirische Evidenz der MFT als Behandlungsverfahren für Kinder und Jugendliche geben McDonell und Dyck (2004).

4.1 Fragestellung

Bei der inhaltlichen Konzeption unserer Pilotstudie haben wir durch eine Literaturrecherche erste Forschungsfragen abgeleitet. Durch qualitative Gespräche mit MFT-Teilnehmerexperten⁴ und mit Fachkollegen, die langjährige Erfahrungen mit diesen Familien aufweisen, wurden theoriegestützte Fragestellungen entwickelt. Die

⁴ Familienmitglieder, die schon mindestens zweimal an MFT-Gruppen teilgenommen haben.

vorliegende Pilotstudie untersucht am Frankfurter MFT-Modell mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken oder behinderten Kindern:

1. Wie nehmen einzelne Familienmitglieder die Wirksamkeit und Ziele der MFT aus ihrer Sicht wahr?
2. Was erleben die Teilnehmer als hilfreich, wovon profitieren sie und was hat sich durch die Teilnahme verändert?
3. Wie nehmen die Familienmitglieder die thematischen und/oder methodischen Bestandteile sowie das Therapiesetting (zeitlicher Rahmen, Therapieort, Therapeuten) wahr?
4. Was ist bei der Gruppenzusammensetzung zu beachten? Gibt es Ausschlusskriterien für eine Gruppenteilnahme?

Die Beantwortung der Fragen soll Hinweise zur Wirksamkeit, Praktikabilität und Weiterentwicklung des MFT-Ansatzes geben. In die Studie und Weiterentwicklung des Behandlungsansatzes fließt durch die Beteiligung der MFT-Teilnehmer auch die Perspektive der „service-user“ mit ein (Fraenkel, 2006).

4.2 Methoden

Aufgrund der Rahmenbedingungen einer klinischen Versorgungseinrichtung gab es kein gesondertes Budget für unsere Forschung. Das bedeutet, die Entwicklung dieses Behandlungsansatzes und die empirische Studie mussten sich im klinischen Alltagsrahmen bewegen. Wir haben vier pragmatische Zugangswege für unsere Datenerhebung gewählt:

(1) *Fragebogen*. In drei MFT-Gruppen haben alle 51 teilnehmenden Familienmitglieder mit den entsprechenden verbalen Kompetenzen (Kinder bis erste Grundschulklasse ausgeschlossen) anonymisierte halbstandardisierte Fragebögen mit offenen und geschlossenen Fragen zum Abschluss der MFT-Gruppe ausgefüllt. Dieser Fragebogen wurde für diese Pilotstudie auf der Basis der oben erwähnten Expertengespräche und des Literaturstandes entwickelt. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden von zwei unabhängigen Ratern inhaltsanalytisch ausgewertet, in bedeutungsvolle Segmente geteilt und mittels deduktiver Kategorienbildung inhaltlichen Analyseeinheiten zugeordnet, die mit in der Literatur zu MFT-relevanten thematischen Kategorien korrespondieren (Lemmens et al., 2003; Mayring 2003). Die Antworten auf geschlossene Fragen dienten hauptsächlich der Qualitätssicherung des Therapieortes und flossen nicht in die vorliegende Arbeit ein.

(2) *Videoaufnahmen*. In zwei Gruppen, die 2005 und 2006 stattfanden, wurde der therapeutische Gesamtverlauf zur Evaluation des Gruppenprozesses auf Video (insgesamt je 17 Stunden Videomaterial) aufgezeichnet. Am Ende der beiden Gruppen mit 14 und 12 erwachsenen MFT-Teilnehmern wurde jeweils eine verbale Rückmelde- und Bilanzrunde durchgeführt. Diese auf Video aufgezeichnete Rückmelderunde wurde ebenfalls von zwei Ratern entsprechend des deduktiven Kategoriensystems ausgewertet.

(3) *Qualitative Online-Interviews*. Wir führten mit fünf zufällig ausgewählten MFT-Teilnehmerexperten Online-Interviews mit offenen Fragen durch. Die Einschlusskriterien waren die Bereitschaft zur Befragung und die Teilnahme an mindestens zwei MFT-Gruppen.

(4) *Dokumentenanalyse*. Den Prinzipien der qualitativen Sozialforschung folgend untersuchten wir alle schriftlichen Materialien aus unseren bisherigen MFT-Gruppen als Ausgangsdatenmaterial und analysierten diese mithilfe der Dokumentenanalyse nach Mayring (2003). Hier dienten unter anderem die Flipchart-Mitschriften, insbesondere die der Elterngruppen, als schriftliches Ausgangs- und Informationsmaterial für die Analyse der inhaltlich-thematischen Strukturierung unseres MFT-Ansatzes (siehe 5.2.1).

5 Ergebnisse und Diskussion

In Beantwortung der ersten beiden Fragestellungen ergaben sich aus der deduktiven Kategorienbildung der Verbaldaten neun Wirksamkeitsfaktoren für unseren spezifischen MFT-Ansatz. Diese Aspekte wurden aus Sicht der Teilnehmer als unterstützend und förderlich erlebt. Sie werden im Folgenden unter exemplarischer Verwendung typischer Zitate der Befragungsteilnehmer dargestellt und in Rückbindung an die Fachliteratur diskutiert:

5.1 Neun Wirksamkeitsfaktoren des Frankfurter MFT-Modells

(1) *Solidarität – sich einer Gruppe zugehörig und verbunden zu fühlen*

„Gleichfalls ist es gut, dass die Gruppe jedes Problem trägt – ohne dass sich jemand ausgegrenzt vorkommen muss und schief angesehen wird“ (Vater, 43 J.).

Durch das Erleben und den Austausch mit anderen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, wird das Leid der einzelnen Familie deindividualisiert und entpathologisiert (Ochs u. Altmeyer, 2006). Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern beschreiben sich oft als isoliert wegen des zusätzlichen Betreuungsaufwandes für das „besondere“ Kind. Durch die Aufnahme in eine Gruppe mit vielen Kindern mit Besonderheiten und deren Familien herrscht in einem größeren Ausmaß eine „unausgesprochene Akzeptanz“ (Steinglass, Ostroff, Steinglass, 2002) und wirkt somit einer Stigmatisierung und Isolation entgegen.

(2) *Selbstreflexion durch Begegnung mit anderen Familien und familiären Rollen*

„Was generell gut am Familienseminar ist: Man kommt aus seiner eigenen ‚Familien-schublade‘ mit allen eingefahrenen Verhaltensweisen heraus. Man hat die Chance, in andere Familien und deren Familienstruktur ‚hineinzugucken‘ – um für sich eigene Verhaltensweisen zu reflektieren, zu überdenken, sich bestätigt zu wissen oder sich zu ändern und neue Ideen für die eigene Familienstruktur zu finden“ (Mutter, 38 J.).

Das MFT-Setting erlaubt den Familienmitgliedern, ihre eigenen Haltungen und Verhaltensweisen besser zu beobachten und zu verstehen, indem sie sich mit anderen Familien vergleichen können. Eigene oder ähnliche Interaktions- und Kommunikationsmuster sieht man in anderen gespiegelt. Diese interfamilialen Interaktionen und Beobachtungen sind laut Steinglass et al. (2002) die direkteste Ebene, auf der die MFT ansetzt. In einer einzelnen Familie können ein Vater, ein älterer Bruder oder jüngere Schwester keine Analogien ziehen, da kein anderer diese Rolle in der Familie innehat. Auch bei den gesunden Geschwistern zeigt sich die Tendenz, dass informelles Teilen ähnlicher Erfahrungen mit anderen bereits als hilfreich erlebt wird (Hennecke u. Hennes, 2004).

(3) Vermittlung von Hoffnung

„Auch verändert sich so manches ins Gute, was man vorher nicht sehen konnte. Man sieht auch bei anderen Familien und bei sich eher positive Veränderungen, die stattfinden“ (Mutter, 36 J.).

Durch das Erzählen von leidvollen Geschichten in einem affektiv tragenden Gruppenkontext entstehen jenseits der alten problemgesättigten Erzählungen neue Narrative, die ein höheres Maß an familiärer Kohärenz vermitteln und dadurch auch Kraft und neue Hoffnung vermitteln (Retzlaff et al. 2008; Tsigirigoris, 2004). Die Gruppe bietet einen Rahmen, in dem man sehen und hören kann, wie andere Familien Probleme gelöst haben und wie sich deren Situation veränderte. Das Miterleben von Fortschritten anderer Familien gibt Hoffnung und Mut (Yalom, 2007).

(4) Aktivierung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls

„Das stärkende Gefühl, dass wir jemand Anderem durch unsere Perspektive und unsere Erfahrungen helfen konnten und nicht immer nur diejenigen sind, die etwas bekommen – sondern auch etwas geben können“ (Mutter, 42 J.).

In der MFT können die Familien ihre oft gefühlte Ohnmacht und Hilflosigkeit überwinden und ihr Expertentum auf verschiedene Weise erfahren. Familien können ihr implizites Wissen und Fachwissen explizieren und sich dabei als Helfende erleben. In der Gruppe findet somit ein Austausch zwischen unterschiedlichen Fachleuten statt, bei dem das vielfältige und jahrelang erworbene Alltagswissen der Eltern und das Fachwissen der Gruppentherapeuten einander ergänzen (Hennecke et al., 2004). Auch die älteren Geschwister fühlen sich als in die Elternrunde einbezogene Experten ernst genommen und respektiert. Darüber hinaus können Familienangehörige aktiv cotherapeutische Expertenrollen in der MFT ausfüllen. Beispielsweise hat eine MFT-„Teilnehmerexpertin“ über vier Jahre die Kinderbetreuung mit der Gruppenleitung zusammen im Vorfeld organisiert. Mit einer alleinerziehenden Mutter aus dem islamischen Kulturkreis planen wir eine von ihr mitgeleitete Gruppe mit Müttern aus ihrem Kulturkreis am SPZ.

(5) Verbesserter Umgang mit dem pädagogischen und medizinischen Umfeld

„Hier bekomme ich den Mut, mich mit Lehrern und ‚Autoritäten‘ von meinem Kind auseinanderzusetzen, die auch mal anzusprechen, weil wir das hier besprochen haben“ (Mutter, 43 J.).

Die meisten Familien mit chronisch kranken oder beeinträchtigten Familienmitgliedern sammeln belastende Erfahrungen mit einem Teil des medizinischen Systems und/oder mit pädagogischen Einrichtungen. Kinder entwickeln sich aber emotional und kognitiv besser, wenn die Behandler und Erzieher/Lehrer mit den Eltern gut zusammenarbeiten und miteinander im Gespräch sind (Cierpka et al., 2001; Retzlaff et al., 2008). Deshalb werden von den Familien die vermittelten Strategien zur kooperativen Zusammenarbeit der verschiedenen Systeme als hilfreich empfunden.

(6) Netzwerkbildung

Ein Hauptziel der MFT – die Vernetzung von Familien in ähnlichen Lebenssituationen, um die Selbsthilfe- und Alltagskompetenz zu stärken – konnte umgesetzt werden:

Aus mehreren MFT-Gruppen haben sich informelle Selbsthilfegruppen gebildet, die sich bei der Kinderbetreuung oder in akuten Problemsituationen unterstützen und sich unabhängig vom SPZ bspw. zu jahreszeitlichen Veranstaltungen gegenseitig einladen und weiter treffen. Bei einem Nachtreffen haben die Familien bspw. einen Fragebogen selbst entworfen, den sie zur Qualitätsmerkmalsabfrage und Qualitätssicherung bei pädagogischen und medizinischen Einrichtungen nutzen.

(7) Zeitliches Format der MFT-Gruppe

„Ich war ja sehr skeptisch, ob ich überhaupt kommen soll, und habe mich erst in allerletzter Minute entschieden. Ich könnte das nicht im Alltag mit beruflichen Verpflichtungen, aber in so einem zeitlich abgegrenzten Rahmen geht das gut (...)...“ Dieser Rahmen ist eine gute Möglichkeit für beruflich eingespannte Väter“ (Vater, 46 J.).

Die Familien sind in einen straffen Zeitrhythmus des Alltags, der durch Arbeits- und Schulzeiten sowie Therapietermine vorgegeben ist, eingebunden. Die Teilnahme an einer MFT-Gruppe hängt somit wesentlich auch von einer familienfreundlichen Zeitstruktur der Gruppen im Hinblick auf Tageszeit, Arbeits- und Ferienzeiten ab. Nach Erprobung verschiedener zeitlicher Varianten im Laufe der Jahre – eintägige Samstagseminare im SPZ, ambulante abendliche Termine – hat sich als sinnvoller zeitlicher Rahmen ein 3-Tage-Workshop erwiesen. Mit diesem überschaubaren und kompakten Zeitraum kann man berufstätige Eltern, insbesondere Väter und gesunde Geschwister, erreichen und sie in ihrem spezifischen Bewältigungsprozess unterstützen (siehe auch 5.2.3b).

(8) Durchführung der MFT-Gruppen in einem (naturnahen) Tagungshaus

„Aus dem Alltag mal rauskommen und durch den Abstand besser in sich gehen zu können – besser reflektieren zu können“ (Vater, 44 J.).

Die Teilnehmer erleben den räumlichen und zeitlichen Abstand von ihrem Zuhause als hilfreich für die konzentrierte Reflexion ihrer Situation. Durch die gemeinsame

Zeit aller Beteiligten in einem Haus wird auch die Gruppenkohäsion wesentlich gefördert. Die Zusammenarbeit und Begegnung in einer möglichst naturnahen Umgebung – „nicht im Alltagsgetriebe verstrickt sein“ – und den gruppenkohäsionsfördernden Effekt der gemeinsamen Unterbringung als Wirkfaktor, beschreiben auch Wanschura und Katschnig (1986) in ihrem Modell der „Familientherapie in den Ferien“. Auch Ummenhofer und Kessler (2006) berichten von dem gruppenkohäsionsfördernden und therapeutischen Effekt der „Hauswohngemeinschaft“ der Familien von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen in ihrer systemisch-klinischen Familienbehandlungseinheit.

(9) Erholung erleben und Kraft schöpfen

„Durch die naturnahe, reizarme Umgebung gibt es einen Urlaubs- und Erholungseffekt. Sich auch mal erholen zu können“ (Mutter, 38 J.).

Der als heilsam erlebte Aufenthalt in einem naturnahen Tagungshaus erwies sich für diese stark belastete Zielgruppe als bedeutsam. Einige der teilnehmenden Familien können sich aus finanziellen Gründen keinen Urlaub leisten oder medizinische Gründe erschweren einen Urlaub für die gesamte Familie derart, dass man darauf verzichtet. Die naturnahen, erlebnispädagogischen Familienfreizeiten von (Selbsthilfe-) Organisationen bspw. für krebskranke Kinder und ihre Familien (www.waldpiraten.de) oder familienorientierte Nachsorgeeinrichtungen für chronisch kranke Kinder und ihre Familien (www.tannheim.de) zielen auch auf den erholungs- und kraftschöpfenden Effekt der Natur für diese belasteten Familien.

5.2 Bestandteile des Therapiesettings

Des Weiteren interessierte uns die Sicht der Teilnehmer auf inhaltliche und methodische Bestandteile sowie die Akzeptanz des besonderen Therapiesettings. Die Ergebnisse zur Beantwortung der dritten und vierten Fragestellung werden im Folgenden vorgestellt und diskutiert.

(1) Thematische und zeitliche Struktur des Angebots

„Gut fand ich das flexible Programm. Noch mehr Angebote Ihrerseits fände ich nicht sinnvoll, da sonst der spontane Gesprächsbedarf an Austausch der Eltern und Geschwistern zu kurz käme“ (Mutter, 38 J.).

Wir haben mit unterschiedlichen inhaltlichen Strukturierungsgraden experimentiert. In der Rückmeldung der Teilnehmer hat sich ein halbstrukturiertes Vorgehen in der Bearbeitung der folgenden inhaltlichen Themen als sinnvoll erwiesen: inner- und außerfamiliäre Kommunikation und Interaktion; Problembewältigung altersspezifischer Entwicklungsschritte der Inexpatienten und psychische Anpassungs- und Bewältigungsprozesse der einzelnen Familienmitglieder. Diese Themen wurden aus den Flipchart-Mitschriften der bisherigen MFT-Gruppen extrahiert (Mayring, 2003).

(2) Familiäre Subkontexte

„Gut daran ist, dass wir die Kinder auch mal abgeben können, um in Ruhe etwas mit anderen Eltern zu besprechen“ (Vater, 43 J.). „Unsere schwer kranke Tochter war hier wunderbar in die Kindergruppe integriert, jetzt werde ich mich zu Hause trauen, sie auch mal abzugeben“ (Mutter, 39 J.).

Für die teilnehmenden Familienmitglieder stellt die zeitweilige Trennung auch eine angemessene Balance zwischen Offenheit und Selbstschutz bei schwierigen Gefühlen und Themen dar (Ochs et al., 2006). Das Angebot der Kindergruppe wiederum ermöglicht verschiedene Qualitätsebenen: Insbesondere für die jüngeren entwicklungsbeeinträchtigten Kinder ist sie oftmals die erste Gruppenerfahrung außerhalb der familiären Betreuung. Sozial schwierigere Kinder können u. a. durch die gezielten Interventionen der geschulten Kinderbetreuer wieder positiv in eine Kindergruppe integriert werden. Das unmittelbar reflektierende Gespräch über das erfahrene Verhalten des Kindes mit den Kinderbetreuern und Gruppentherapeutinnen wird von den Eltern als ihre Erziehungswirksamkeit stärkend beschrieben.

(3a) Gruppenzusammensetzung

„Aus Interesse, andere Familien kennen zu lernen, mit denen man sozusagen ‚in einem Boot sitzt‘ und man sich bei der Ruderführung unter die Arme greifen kann (...). Es gibt, unabhängig vom familiären Umfeld und den jeweiligen Erkrankungen, verbindende Erfahrungen mit der Umwelt, mit der Verwandtschaft, mit Freunden“ (Mutter, 38 J.).

Die Unterschiede einzelner Diagnosen sind nicht wesentlich für die Gruppenteilnehmer. Die Familien sehen und erleben die gemeinsamen Erfahrungen, die durch die Anforderungen und Probleme der jeweiligen Erkrankungen und Behinderungen entstehen, als verbindend (Asen u. Schuff, 2006). Marcia Stern (1999) sieht in der Gruppenzusammensetzung einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die MFT. Es erwies sich, dass die Familien und einzelne Teilnehmer voneinander profitieren und in einer Gruppe miteinander arbeiten können, wenn im Vorfeld eine differenzierte Auftragsklärung über die Erwartungshaltung der Familien und überweisenden Kollegen stattfand und Verbindlichkeitsregeln vereinbart wurden. Die Tatsache, dass wir in den letzten 14 Jahren keine Therapieabbrüche in den MFT-Gruppen erfuhren, spricht für diese Praxis.

(3b) Teilnahme von Vätern

„Insbesondere die Väter im Umgang mit ihren Kindern zu sehen, hat mir geholfen. Aufgrund meiner beruflichen Verpflichtungen und in meinem Freundeskreis kenne ich keine anderen Väter behinderter Kinder“ (Vater, 39 Jahre).

Die hohe Akzeptanz des Frankfurter MFT-Modells durch die Väter – 90 % der Väter, die mit im Familienhaushalt leben, nehmen an der gesamten MFT-Gruppe teil – wird umso deutlicher, wenn man sie mit der Teilnahmebereitschaft von Vätern an Elterntrainings (6 % Väter; Naumann, Kuschel, Bertram, Hinrichs, Hahlweg, 2007) oder der Teilnahme von Vätern an Beratungen in Erziehungsberatungsstellen (31 % Väter; Röhrbein,

2008) vergleicht. Väter schätzen insbesondere das Angebot zum gemeinsamen informellen Beisammensein mit anderen Vätern. Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich Väter mit der Teilnahme an unserer MFT-Gruppe mehr in die Entwicklungsförderung und Therapie des Kindes involvieren lassen. Diese gemeinsame elterliche Präsenz wirkt sich unmittelbar positiv auf die Bewältigung der Folgen einer Entwicklungsbeeinträchtigung des Kindes aus und ist förderlich wiederum für die Therapieresultate (Philippi, 2008). Der Einbezug der gesamten Familie ist längerfristig ein potenziell kostenreduzierender Faktor für die Behandlung und Integration des Kindes.

(4) Gruppenleitung

Die MFT-Gruppenleitung übernehmen seit 14 Jahren eine Dipl. Sozialarbeiterin mit systemischer Ausbildung und eine Psychologische Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit systemischer und tiefenpsychologischer Ausbildung, beide mit über zwanzigjähriger Berufserfahrung. Zusätzlich wird jede MFT-Gruppe von vier qualifizierten Kinderbetreuern begleitet, die alle über langjährige Erfahrungen mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern verfügen. Die Co-Therapie der zwei Multi-Familientherapeutinnen und die gute Zusammenarbeit mit den vier Kinderbetreuern stellt ein bedeutungsvolles Qualitätsmerkmal für den Erfolg einer MFT-Gruppe dar – dies spiegelt sich in den Rückmeldungen der Teilnehmer wider.

(5) Einzelfamilien- versus Multi-Familientherapie

Wir sehen Vorteile der MFT für die Familien, die insbesondere von den oben genannten gruppentherapeutischen Wirksamkeitsfaktoren, wie Solidarität, Reflexion in der Begegnung, Entstigmatisierung oder „Hoffnung induzierend“, profitieren können. „Compared to single family therapy, MFT has the effect of broadening the family’s social network while at the same time providing the containment of a therapeutic milieu where families may safely share problems, explore solutions and learn from other families....” (Saaymann et al., 2006, S. 416). Bei Familien, in denen eigene Themen wie ein heftiger offener Ehekonflikt, akute Krisen oder psychische Beeinträchtigungen einzelner Familienmitglieder zu stark im Vordergrund stehen, sehen wir Grenzen des MFT-Ansatzes. Hier gilt es sensibel abzuwägen, inwieweit singuläre Familientherapiesitzungen oder Einzeltherapien von Familienmitgliedern vor, während oder nach einer MFT-Gruppe ausreichen, um eine Familie in einem MFT-Setting zu halten.

6 Fazit und Ausblick

Die über 14 Jahre gewonnenen Erfahrungen in der Durchführung des Frankfurter Multi-Familientherapieangebotes und vor allem die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie belegen die hohe Akzeptanz der MFT für Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern. Die Ergebnisse unserer Pilotstudie bieten ermutigende Hinweise, dass die MFT die psychischen Belastungen der Eltern, Kinder und Geschwister vermindert, als auch

das Selbsthilfepotenzial und die gegenseitige Unterstützung aktiviert. Ein Netzwerk zwischen den ehemals eher isolierten Familien entsteht auch außerhalb der Gruppe. Durch das alltagsnahe Setting werden typische häusliche Szenen repliziert, familiäre Schwierigkeiten lassen sich direkt bearbeiten. Durch das zeitweise spielerisch-handlungsorientierte Vorgehen werden Kinder und Jugendliche, auch mit Behinderungen, gut integriert. Die Wirksamkeit des Frankfurter MFT-Modells beruht, nach Einschätzung der Familien, vor allem auf den Faktoren Solidarität, Selbstreflexion, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, einem veränderten Umgang mit Helfersystemen und der naturnahen, Erholung ermöglichenden Umgebung. Durch das auf qualitative Methoden setzende Vorgehen der vorliegenden Studie entstand ein Zugang zu bewussten therapeutischen Prozessen und inhaltlichem Wissen der MFT-Teilnehmer, der mit standardisierten Verfahren so kaum möglich gewesen wäre (Lemmens et al., 2003). Das Frankfurter MFT-Modell wird auch weiterhin – und ggf. mit erweitertem Methodenspektrum – evaluiert werden.

Eine breitere Implementierung der MFT in therapeutischen Kontexten in Beratungsstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren und in pädagogischen Arbeitsfeldern, wie Förderkindergärten und ergänzenden Schulen, erscheint sinnvoll. Der Ansatz ermöglicht die passgenaue Unterstützung von Familien mit „besonderen“ Kindern, wobei er vor allem deren Selbsthilfe-Potenziale deutlich stärkt und die Notwendigkeit der Inanspruchnahme kostenträchtiger Hilfen und Therapien reduziert. Das dürfte nicht zuletzt vor dem Hintergrund angespannter Kapazitäten und finanzieller Engpässe in der therapeutischen Versorgung von besonderem Interesse sein.

Literatur

- Asen, E., Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58-72.
- Asen, E., Scholz, M. (2008). Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 362-380.
- Beck, I. (2003). Die Lebenslagen behinderter Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien in Deutschland als Thema des 11. Kinder- und Jugendberichts. *Gemeinsam Leben*, 1, 4-11.
- Bode, H. (2002). Die Bedeutung der Eltern für eine erfolgreiche Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 21, 88-95.
- Borchert, J., Hartke, B., Jogschies, P. (2008). *Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Born, A. (2008). Was wirkt? Veränderungswirksame Faktoren der Multifamilientherapie aus Sicht von Patienten, Angehörigen und Therapeuten. Vortrag: Systemische Forschungsstagnung der Medizinischen Psychologie, Heidelberg.
- Brambring, M. (1997). Bewertung und Gestaltung von Elternwochenenden in der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 16, 49-65.
- Cierpka, M., Krebeck, S., Retzlaff, R. (2001). *Arzt, Patient und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraenkel, P. (2006). Engaging Families as Experts: Collaborative Family Program Development. *Family Process*, 45, 237-257.

- Goll-Kopka, A. (1997). Familiäre Gewalt gegen Kinder – (k)ein Thema für die Frühförderung?! Frühförderung interdisziplinär, 16, 75-81.
- Goll-Kopka, A. (2000) Tanz und bewegte Systeme: Ein Werkstattbericht zur Integration der Tanz- und Bewegungstherapie und der Familientherapie. Zeitschrift für Tanztherapie, 3, 8-13.
- Goll-Kopka, A. (2003). Fallvignette Moritz Berger: Ressourcenorientierte Familientherapie im SPZ bei affektinduzierten epileptischen Anfällen. Frühförderung interdisziplinär, 22, 86-89.
- Goll-Kopka, A. (2004). Jedes Kind hat eine Familie – Formen ressourcenorientierter Familienarbeit in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Kontext: Zeitschrift für systemische Therapie und Familientherapie, 1, 21-42.
- Hennecke, C., Hennes, R. (2004). „Wir sind Experten für den Alltag!“ – Therapeutische Gruppenarbeit mit mehreren Familien bei ADS-Diagnose eines Kindes. Systema, 18, 23-30.
- Honig, P. (2005). A multiple-family Group Program as Part of an Inpatient Service for Adolescents with a Diagnosis of Anorexia Nervosa. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10, 465-475.
- Kienle, X., Koerber, S., Karch, D. (2009). Effekte einer therapeutischen Elterngruppe in der klinischen Routineversorgung von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 16-33.
- Klein, G. (2002). Frühförderung bei Kindern mit psychosozialen Risiken. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuschel, A., Beselmeisl, S., Hahlweg, K., Hautzinger, M. (2007). 17 Tipps wie man Kinder erzieht – Welche Erziehungsstrategien setzen Eltern ein? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 691-706.
- Lehmkuhl, G. (Hrsg.) (1996). Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz.
- Lemmens, G., Wauters, S., Heiremann, M., Eisler, I., Litaer, G., Sabbe, B. (2003). Beneficial factors in family discussion groups of a psychiatric day clinic: perceptions by the therapeutic team and the families of the therapeutic process. The Association for Family Therapy and Systemic Practice, 25, 41-63.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz/UTB.
- McDonell, M. G., Dyck, D. G. (2004). Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. Clinical Psychology Review, 24, 685-706.
- McFarlane, W. R. (2002). Multifamily groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorder. New York: Guilford.
- Mindell, R., Zimmermann, D. (2009). Psychotherapie körperbehinderter Kinder und Jugendlicher: Implikationen eines Paradigmenwechsels. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 51-64.
- Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., Heinrichs, N., Hahlweg, K. (2007). Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 676-690.
- Ochs, M., Altmeyer, S. (2006). Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von Multi-Familien-Gruppen in der pädiatrischen Onkologie. Systema, 3, 284-296.
- Philippi, H. (2008). Entwicklungsneurologische und neurobiologische Aspekte beim Säugling. Pädiatrische Praxis, 71, 23-34.
- Retzlaff, R. (2006). Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, 36-52.

- Retzlaff, R. (2008). *Spielräume – Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R., Brazil, S., Goll-Kopka, A. (2008). Multi-Familientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 346-361.
- Röhrbein, A. (2008). Vom Opfer zum Täter? – Väter zwischen Macht und Ohnmacht in der Familie. Vortrag: Kindeswohl-Forum des Helm-Stierlin Institutes, Heidelberg.
- Rothhaus, W. (2003). Welchen Platz haben Kinder in der Systemischen Familientherapie? Eine kritische Bestandsaufnahme. *Kontext*, 34, 225-236.
- Rücker-Emden-Jonasch, I., Ebbecke-Nohlen, A. (2000). *Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Saayman, V., Saayman, G., Wiens, S. (2006). Training staff in multiple family therapy in a children's psychiatric hospital: from theory to practice. *Journal of Family Therapy*, 28, 404-419.
- Schlippe, A. v. (2003). Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. *Systema*, 17, 20-37.
- Schneewind, K.A., Berkic, J. (2007). Stärkung von Elternkompetenzen durch primäre Prävention: Eine Unze Prävention wiegt mehr als ein Pfund Therapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 643-659
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27, 132-141.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Family, Systems & Health*, 76, 55-70.
- Steinglass, P., Ostroff, J., Steinglass, A. S. (2002). *Multiple Family Discussion Group for Cancer Patients and Their Families*. New York: Unpublished Treatment Manual. Ackerman Institute for the family.
- Stern, M. B. (1999). *Unique Minds Program. For Children with learning disabilities and their families*. New York: Unique Minds Foundation.
- Suchodoletz, W. v. (Hrsg.) (2004). *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen?* Göttingen: Hogrefe.
- Tsirigotis, C. (2004). Gruppen mit Eltern behinderter Kinder – Störungswissen und elterliche Kompetenzen als Ressource in der Gruppe nutzen. *Systema*, 18, 31-43.
- Ummenhofer, A., Kessler, E. (2006). Stationäre Eltern-Kind Therapie. Ein Behandlungsangebot für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. In R. Franck (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten* (S. 206-230). Freiburg: Lambertus.
- Wanschura, E., Katschnig, H. (1986). *Familientherapie in den Ferien. Ein Modell*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yalom, I. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzanschrift: Andrea Goll-Kopka, Am Zapfenberg 26, 69121 Heidelberg
E-Mail: Andrea.Goll-Kopka@t-online.de