

Asen, Eia und Scholz, Michael

Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 5, S. 362-380

urn:nbn:de:bsz-psydok-48188

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 in unterschiedlichen Kontexten

Eia Asen und Michael Scholz

Summary

Multi-family therapy in day care settings

This article describes the practice of multi-family therapy in day care settings. Between six to eight families attend together for whole days and weeks and the principles and the methods of this approach are described and illustrated with examples of systemic work with children with severe behavioural and learning disorders, as well as with adolescents presenting with anorexia nervosa.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 362-380

Keywords

Multi-family therapy – systemic therapy – behaviour disorders – anorexia nervosa

Zusammenfassung

Dieser Beitrag beschreibt die Erfahrungen mit Multi-Familiientherapie – der gleichzeitigen Behandlung mehrerer Familien in einer Gruppe in tagesklinischen Settings. Die Prinzipien und Methoden dieses Ansatzes werden erörtert und an Hand von zwei Beispielen erläutert: der familientherapeutischen Arbeit mit Kindern mit schweren Lern- und Verhaltensstörungen und der Therapie von Jugendlichen mit Anorexia nervosa.

Schlagwörter

Multi-Familiientherapie – systemische Therapie – Verhaltensstörungen – Anorexia nervosa

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besteht ein allgemeiner Konsens, dass psychosoziale Störungen und Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind. Dazu zählen biologische Faktoren, persönlichkeitspezifische Merkmale, wie auch psychosoziale Umweltereignisse und -bedingungen. Es ist auch unbestritten, dass das „System Familie“ entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung seiner individuellen Mitglieder hat. Zudem haben familiäre Systeme die Fähigkeit, sich an veränderte übergeordnete Gesellschaftsordnungen anzupassen, wie die Teilung und Wiedervereinigung Deutschlands gezeigt hat.

Gesellschaftliche Bedingungen können die Entstehung psychischer Störungen fördern oder vermindern (Brähler u. Richter, 1995). Mangelwirtschaft, staatliche Sanktionen, hohe Scheidungsrate, die Isolation einer halben Nation haben allerdings nicht automatisch zu dysfunktionalen Familienstrukturen und psychischen Störungen geführt. Es ist möglich, soziale Bedingungen zu schaffen, die Familien fördern, ebenso wie es möglich ist, Familiensysteme durch familientherapeutische Interventionen zu beeinflussen.

Wir möchten in diesem Beitrag auf die funktionale Veränderungsfähigkeit von Familien mittels einer intensiven Form der systemischen Therapie und auf die damit verbundenen Möglichkeiten eingehen, psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen in diesen Familien zu beeinflussen. Die Darstellung stützt sich auf jahrzehntelange Erfahrungen des Londoner *Marlborough Family Service* und die Arbeit, die seit 1998 mit Multi-Familiientherapie im tagesklinischen Bereich an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden gemacht wurden. Systemische Therapie versucht nicht primär, die Interaktion zwischen Therapeut und Kind zu verändern oder Symptome zu beseitigen, sondern zielt vorrangig darauf, Veränderungen in der Familie als unmittelbares primäres soziales Umfeld anzustoßen. Bei der Arbeit mit Kindern und deren Familien werden Eltern in ihrer ursprünglichen Funktion bestätigt, auf die spezifischen Bedürfnisse des Kindes adäquat einzugehen, und ihnen wird geholfen, ihre Kompetenzen und Coping-Strategien zu stärken.

Die Eltern bleiben immer in der Rolle der entscheidenden Bezugspersonen für das Kind. Diese kontinuierliche Verantwortlichkeit für das eigene Kind im Verlauf der Therapie kann anfangs irritieren, denn die Haltung, Verantwortung delegieren zu wollen, wird durch die scheinbar grenzenlosen Angebote der modernen Medizin und das Konsumdenken der heutigen Gesellschaft gefördert. Viele Familien treten daher zum Teil aus Not, zum Teil aber auch aus Bequemlichkeit mit hohen Serviceansprüchen gegenüber der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie auf. Dabei wird der alt bekannte Wunsch: „Komm, lieber Doktor, nimm mein Kind und back mir ein neues“ manchmal noch lauter vernehmbar. Es ist wichtig, dass schon zu Beginn der Behandlung die Eltern auf ihre durchgängige Verantwortung im Hinblick auf die Aufsichtspflicht, Führung, Lob, Tadel, Konsequenz gegenüber ihren Kindern hingewiesen werden. Genauso sollten während der Therapie die elterlichen Bindungen, das Trösten, das Versöhnen oder das Mutmachen die Aufgabe der Eltern bleiben.

Die systemische Einzel-Familiientherapie ist heutzutage weit verbreitet. Eine zusätzliche Hilfe kann es sein, wenn nicht mit jeder Familie allein, sondern mit mehreren Familien gleichzeitig gearbeitet wird (Asen, 2005). Bei der Multi-Familiientherapie handelt es sich um einen Therapieansatz, bei dem gleichzeitig sechs bis acht Familien therapiert werden und sich auch gegenseitig „behandeln“. In den letzten Jahren hat sich auch in Deutschland die Multi-Familiientherapie langsam einen Platz erobert, obwohl es diese Form der systemischen Arbeit schon seit über 50 Jahren gibt.

1 Die Geschichte der Mehrfamilientherapie

Die Idee, mit mehr als einer Familie gleichzeitig zu arbeiten, kam aus New York, wo Mitte der 50er Jahre Peter Laqueur und seine Mitarbeiter (Laqueur, La Burt, Morong, 1964) damit anfangen, die Angehörigen von Schizophrenie-Patienten direkt in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen. Es zeigte sich, dass gruppentherapeutische Wirkfaktoren wie gemeinsamer Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung, konstruktive Kritik und Modell-Lernen bei der Begegnung von verschiedenen Familien mit ähnlichen Problematiken hilfreich waren. Angehörige, die spezifische Schwierigkeiten mit ihren psychotischen Familienmitgliedern hatten, fanden schnell heraus, dass es ähnliche Nöte auch anderswo gab. Die Teilnehmer lernten, dass man sich gegenseitig dabei helfen konnte, neue Lösungen zu finden, Ideen auszutauschen und Feedback zu geben und zu erhalten. Das Erkennen, dass es eine Unmenge potentieller Hilfestellungen durch Familienmitglieder gibt, inspirierte Praktiker in den USA und Europa, dieses Potential der Mehrfamilienarbeit therapeutisch zu nutzen. Innerhalb von wenigen Jahren entwickelten Erwachsenenpsychiater und -psychologen verschiedene Modelle, wie man Patienten mit Schizophrenie und anderen Psychosen in Multi-Familien-Kontexten helfen konnte (Anderson, 1983; Detre, Sayer, Norton, Lewis, 1961; McFarlane, 1982). Dieser Ansatz gilt inzwischen als flankierende Therapie bei der Betreuung psychotischer Erwachsener als evidenzbasiert (McFarlane, 1983, 2002). Andere Teams adaptierten die sich entwickelnden Methoden und Techniken der Multi-Familientherapie bei der Arbeit mit verschiedenen Krankheitsbildern und Störungen (Leichter u. Schulman, 1974; Strelnick, 1977; O'Shea u. Phelps, 1985) wie z. B. bei der Arbeit mit Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen (Anderson, 1986; Keitner et al., 2002; Lemmens et al., 2007) oder mit bipolaren Krankheitsbildern (Moltz u. Newmark, 2002), bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit (Kaufman u. Kaufman, 1979), bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Berkowitz u. Gunderson, 2002) und Bulimie (Wooley u. Lewis, 1987), bei Chorea Huntington (Murburg, Price, Jalali, 1988) und anderen Formen von chronischen organischen Erkrankungen (Gonzalez, Steinglass, Reiss, 1989) wie auch bei chronischen Schmerzzuständen (Lemmens et al. 2005). Anwendungen dieses Modells gab es auch bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien: bei verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (Asen, George, Piper, Stevens, 1989), Schul- und Lernstörungen (Dawson u. McHugh, 1994), Essstörungen (Slagerman u. Yager, 1989, Dare u. Eisler, 2000, Geist et al., 2000; Scholz u. Asen, 2001, Scholz et al., 2005), chronisch organisch erkrankten Kindern (Saayman, Saayman, Wiens, 2006; Steinglass, 1998; Wamboldt u. Levin 1995) und dem weiten Spektrum von emotionalen und Verhaltensstörungen im Kinder- und Jugendlichenalter (McKay et al., 2002; Schemmel, Schell, Suess-Falckenberg, Scholz, 2006). Es gibt weiterhin eine Anzahl bisher noch nicht veröffentlichter Multi-Familienprojekte mit Kindern, die verschiedene Krankheitsbilder oder Störungen präsentieren wie Asperger-Syndrom, ADH, Psychosen, Turner-Syndrom, „Schreikinder“ und Gewalt in Familien.

2 Methoden und Techniken der Multi-Familiientherapie

Ein Prinzip der Multi-Familiientherapie ist es, Familien mit ähnlichen Krankheitsbildern zusammenzubringen. Wenn Familien mit ähnlichen Problemen zusammenarbeiten, dann hilft das, Gefühle und Realitäten von seelischer und auch oft sozialer Isolation und Stigmatisierung zu reduzieren, weil „alle im gleichen Boot sitzen“. Kontakte werden schnell geknüpft und eine „wohlwollende Neugier“ (Cecchin, 1987) entwickelt sich in Bezug auf andere Familien und deren spezielle Lösungsversuche. Man beginnt sich gegenseitig zu beobachten und zu kommentieren, z. B. was man an anderen „gut“ und „nicht so gut“ findet. Da sich Familien mit ähnlichen Schwierigkeiten in den anderen Familien wiedererkennen, sich sozusagen „gespiegelt“ sehen, stimulieren Reflexionen über andere Reflexionen über sich selbst. Das hilft, neue Perspektiven zu entwickeln, vor allem weil auch gegenseitige Kommentare einschließlich Kritiken von den Familien und ihren Mitgliedern oft besser gehört und verstanden werden als wenn ähnliche Beobachtungen und Bemerkungen von Therapeuten geäußert werden (Asen, 2005). Das führt zu mehr Offenheit und Selbstreflexion und eröffnet somit Möglichkeiten für Veränderungen und Wandel. Wenn man Familien aus verschiedenen Kulturen – oder sozialen Schichten – in einem Mehrfamilienkontext zusammenbringt, kann man oft auf Vorurteile auf allen Seiten stoßen. Eine andere Hautfarbe, andere Sprache, andere Gestik, andere Werte und Vorstellungen, andere Nahrungsmittel, andere Gerüche – all das kann Ängste oder Skepsis, Distanz und Ablehnung erzeugen. Wenn außerdem ein oder mehrere Dolmetscher eingesetzt werden müssen, verlangsamt das zunächst den Gruppenprozess und kann zu weiterer Unruhe und Ungeduld führen. Allerdings bietet interkulturelle Arbeit auch das große Potential, sich mit „dem Anderen“ auseinanderzusetzen und Respekt und Wertschätzung dem „Fremden“ gegenüber zu finden. Multi-Familienarbeit kann so zu einem informellen antirassistischen Training werden und Vorurteile abbauen und zu einem gesunden und vorbehaltlosen Interesse an anderen Kulturen und Werten führen (Asen, 2007). Die Erfahrungen, die wir bei dieser Form der interkulturellen Arbeit gemacht haben, sind fast alle durchweg positiv.

3 Methoden und Techniken der Multi-Familiientherapie

Das Londoner Modell der Multi-Familiientherapie entwickelte sich vor allem in tagesklinischen Bereich mit so genannten „Multiproblemfamilien“ mit einer Vielzahl von gleichzeitigen sozialen, emotionalen und psychiatrischen Problemen, die sowohl die Eltern als auch die Kinder aufweisen können. Wöchentliche Sitzungen mit der einzelnen Familie schienen bei dem Schweregrad der Störungen und Krisen wenig Erfolg zu versprechen. Eigentlich benötigten solche Familien jeden Tag therapeutische Hilfen, was aber finanziell und zeitlich zu aufwändig gewesen wäre. Wir experimentierten schließlich damit, sechs bis acht Multiproblemfamilien gleichzei-

tig zu sehen, und die Idee der Einrichtung einer „Familientimesklinik“ war geboren (Asen et al., 1982; Cooklin, Miller, McHugh, 1983; Asen, 1992).

In der Praxis haben tagesklinische Multi-Familienprogramme außer der Interaktionsarbeit mit Familiengruppen verschiedene andere „Zutaten“ als die traditionelle systemische Einzelfamilietherapie und Individualtherapie, bei der man methodenübergreifend kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychodynamische Ansätze nutzen kann.

Multi-Familienarbeit kann in offenen Gruppen durchgeführt werden, so dass sich die Familien in unterschiedlichen Stufen des therapeutischen Prozesses befinden. So können „erfahrenere“ Familien den „neuen“ Familien Mut machen, sie unterstützen und damit die Selbsthilfekräfte und Ressourcen fördern. Durch den Einsatz von Videofeedback können oft selbst kleine Erfolge sichtbar gemacht werden. Familien erleben sich und ihre Interaktionen im „Playback“ und können sich in Zeitlupe aus einer Metaperspektive selbst begutachten. Bei der Multi-Familietherapie sind Familien zentral in den Prozess ihrer eigenen Gesundheit eingebunden und die Therapeuten entwickeln sich allmählich zu „Co-Piloten“, die sich zunehmend an die Peripherie des therapeutischen Geschehens, quasi auf einen „Rücksitz“, begeben können (Asen, 2006).

Der Londoner Multi-Familietherapieansatz hat mit seiner Arbeit mit Multi-Problemfamilien und deren Kindern, die oft sozial marginalisiert sind und schulisch versagen, die Aufmerksamkeit vieler Politiker in Großbritannien und in Skandinavien auf sich gezogen. Das hat dazu beigetragen, dass in diesen Ländern in den letzten Jahren viele neue Projekte entstanden sind. Hier handelt es sich vor allem um „Familienklassenzimmer“, eine Weiterentwicklung des Londoner Modells eines „Familienerziehungszentrums“, von dem im Folgenden berichtet werden soll.

4 Wer ist schuld – Familie oder Schule? Das Modell einer „Familienschule“

Die Gründung des *Marlborough Family Service Education Centre*, einer „Schule für Familien“, fand vor mehr als 25 Jahren statt. Es handelt sich um eine halbtags arbeitende tagesklinische Einrichtung, in die SchülerInnen im Alter von 5 bis 16 Jahren zusammen mit ihren Eltern kommen. Diese Kinder haben schwere Lern- und emotionale Störungen; die meisten von ihnen sind wegen chronisch oppositionellen und hochaggressiven Verhaltens von ihren Schulen verwiesen worden oder stehen kurz davor. Typischerweise schieben die Lehrer den Eltern die Schuld für das Fehlverhalten der Kinder zu, während die Eltern darauf beharren, dass es die Aufgabe der Schule sei, ihren aus ihrer Sicht anderweitig „völlig normalen“ Söhnen und Töchtern Disziplin und Lernen beizubringen. Falls beide Parteien auf ihren Standpunkten verharren, kommt es zu einer Pattsituation. Hier hilft eine Einrichtung, die halb Schule und halb Familie ist, nämlich ein „Klassenzimmer mit elterlicher Präsenz“. Im Londoner Familienerziehungszentrum (*Marlborough Centre*) werden Schul- und Familienprobleme zusammen, sozusagen „unter ei-

nem Dach“, bearbeitet. Zwischen acht und zehn Schüler kommen mit mindestens einem Elternteil an vier Halbtagen in diese von den Bildungsbehörden anerkannte Einrichtung und lernen dort sowohl den relevanten Schulstoff als auch neue und akzeptablere Verhaltens- und Interaktionsweisen im Umgang mit anderen Schülern, Lehrern und Eltern. Hauptziel ist, nicht-soziales Verhalten anzugehen und den schulischen Erfolg zu verbessern – mit Hilfe der Eltern oder anderer relevanter Erziehungspersonen. Grund- und Hauptschulen werden von hier aus unterstützt, problematische Schüler zu integrieren statt sie auszuschließen. Es wird aufsuchend mit ansonsten schwer erreichbaren Familien gearbeitet mit dem Ziel, intrafamiliäre Kommunikationen zu stärken. Eltern und Kinder helfen anderen Eltern und Kindern, aus dem Kreislauf von Störverhalten, schwacher Leistung und Schulausschluss herauszukommen.

Im Durchschnitt kommen die Familien für etwa sechs Monate in das Marlborough Centre. Um nicht zu einem Sammelbecken – oder einer „Sonderschule“ – für die schwierigsten SchülerInnen Londons zu werden, die dann nicht mehr in Grund-, Haupt- oder Oberschulen integriert werden können, wird vor der Aufnahme ein Langzeitplan mit den Schulbehörden erstellt. Schülerinnen und Schüler müssen parallel eine Normalschule besuchen, selbst wenn es nur ein bis zwei Stunden pro Woche ist. Auf diese Weise bleibt oder entsteht die Einbindung in das allgemeine Schulsystem, wo „in vivo“ ausprobiert werden kann, was im Marlborough Centre „in vitro“ erlernt wurde. Die SchülerInnen gehen anfangs mit Mutter und/oder Vater an vier Halbtagen pro Woche ins Marlborough Centre – und ein paar Stunden oder sogar ein bis zwei Halbtage pro Woche in ihre reguläre Schule. Sobald sich Fortschritte in beiden Settings zeigen, kommen die Familien weniger häufig in das Marlborough Centre und die Schüler gehen dafür mehr in ihre Schulen, mit oder ohne Eltern.

Oft kommen die Schüler nach zwei bis vier Monaten vormittags mit ihren Eltern ins Marlborough Centre und gehen zum Mittagessen in ihre Heimatschule, wo sie dann anschließend den Rest des Schultages verbringen. So werden langsam und allmählich neue Brücken zwischen Familie und Schule gebaut, bis nach weiteren ein bis zwei Monaten die Schüler und Eltern nur noch einen Vormittag pro Woche – oder pro Monat – in das Marlborough Centre kommen und die SchülerInnen - ohne die Eltern - den Rest der Schulzeit in ihren Heimatschulen verbringen. Das Marlborough Centre hat sowohl pädagogische als auch therapeutische Ziele, was im täglichen Stundenplan zu erkennen ist (vgl. Abb. 1).

Wenn die Familien morgens im Marlborough Centre eintreffen, sprechen sie erst einmal über ihre Erfolgserlebnisse und Krisensituationen. Es kann auch, wie in England üblich, über das Wetter oder andere unproblematische Themen gesprochen werden. Dies hilft Kontakte aufzubauen, die dazu führen, dass sich Familien gegenseitig abends oder an Wochenenden per Handy oder durch Hausbesuche unterstützen. All das trägt dazu bei, die soziale Isolation der Familien abzubauen und neue Beziehungen zu knüpfen, die auch die individuellen und familiären Selbstwertgefühle stärken.

Familien-Schule	
Stundenplan (Montag – Donnerstag)	
09:00-09.30	Familien treffen ein, informeller Erfahrungsaustausch, Frühstückssnack
09:30-10:10	Unterricht, Eltern als Beobachter ('Griechischer Chor')
10:10-10:40	Mehrfamiliengruppe mit Feedback über Verhaltensziele in Schule und Familie
10:40-11:00	Pause – Kinder auf Schulhof / Spielplatz Eltern beaufsichtigen
11:00-12:00	Förderunterricht für Eltern Unterricht für Kinder Aktivitäten der Mehrfamiliengruppe

Abbildung 1: Stundenplan des Marlborough Centres

Um 9:30 Uhr beginnt die erste Unterrichtsstunde mit drei systemisch ausgebildeten Lehrern für maximal zehn Kinder. Hier wird mit jedem Schüler individuell gearbeitet und spezielle Aufgaben aus dem „normalen“ Schulcurriculum werden gestellt. Es ist wichtig, dass die Kinder nicht weiter schulisch zurückfallen. Deshalb findet eine regelmäßige und enge Zusammenarbeit mit Lehrern aus dem Marlborough Centre und der Heimatschule statt. Während dieser ersten Unterrichtsstunde zeigen sich meist spontan die Schwierigkeiten, die zum drohenden oder vollzogenen Schulausschluss geführt haben; von allgemeinem Frechsein zu unflätigem Benehmen, der Weigerung, einen Aufsatz zu schreiben, oder dem Versuch, Mitschülern unter dem Tisch die Beine grün und blau zu treten. In diesem Setting sitzen die Eltern nicht weit weg von der Aktion in einer Elternrunde mit gebührendem Abstand und beobachten das Geschehen. Sie machen sich gegenseitig darauf aufmerksam, was ihre Sprösslinge treiben. Oft erkennen sie leichter und schneller, was die Kinder der anderen machen. Es kommt zu Diskussionen darüber, was erlaubt ist und was nicht und wann und wie Eltern eingreifen sollten. Dies kann den Charakter eines reflektierenden Teams oder griechischen Chors haben oder zu einer ganz pragmatischen Intervention führen. Ein Vater mag beispielsweise aufstehen, zu seinem Sohn gehen und sagen, dass er sich nicht so rüpelhaft benehmen solle. Eine Mutter kann ihre Tochter gegen die Ermahnungen der Lehrerin verteidigen. All das führt dann zu weiteren Diskussionen innerhalb der Elterngruppe, und die Familien tauschen ihre Ideen und Ratschläge aus.

Nach der ersten Schulstunde gibt es jeden Tag eine „Familienlerngruppe“. Hier sitzen alle Familien und Lehrer in einem großen Kreis zusammen und besprechen, was sich an dem Morgen oder an einem anderen Tag ereignet hat. Kinder und Eltern reflektieren gemeinsam und der „Vorsitzende“ – abwechselnd eine Mutter, ein Vater oder Schüler – muss darauf achten, dass alle zu Wort kommen und niemand zu sehr dominiert. In solchen Gruppen können Therapeuten lernen, wie kompetent selbst

augenscheinlich „chaotische“ Familien und deren Mitglieder sein können, wenn man ihnen Verantwortung gibt. Mindestens einmal pro Woche wird diese Runde dazu genutzt, sich mit den Verhaltenszielen jedes einzelnen Schülers zu befassen. Diese Ziele ergeben sich aus den konkreten problematischen Verhaltensweisen, die sich in der Schule gezeigt haben und zum drohenden Schulausschluss führten. Bei Eintritt in das Marlborough Centre werden die ersten Verhaltensziele zusammen mit Heimatschullehrer, Eltern und Kind erarbeitet (Abb 2).

Johns Verhaltensziele in der Schule				
<u>Hat John.....</u>				
seine Hände und Füße ruhig gehalten ?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 nie
beim ersten mal das getan, was er machen sollte?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 nie
sich Lernmaterialien mit anderen Kinder geteilt?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 nie
es fertig gebracht, nicht während der Unterrichtsstunde zu spucken	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 nie
Unterschrift	Datum.....	Mo	Di	Mi Do Fr

Abbildung 2: Beispiel für Verhaltensziele

Verhaltensziele sind bewusst ganz konkret, und sie werden jeden Tag von den Lehrern benotet: „nie“ bekommt eine „Eins“, „manchmal“ eine „Zwei“, „oft“ bekommt eine „Drei“ und „sehr oft“ eine „Vier“. Anders als im deutschen Schulsystem ist also die Vier die beste Note. Einmal pro Woche, in einer Art Ritual im Marlborough Centre, liest jeder Schüler vor versammelter Mannschaft, nämlich vor der eigenen Familie und allen anderen Familien und Lehrern, die wöchentliche Summe der täglichen Benotungen für jedes der Verhaltensziele vor. Es gibt Applaus, wenn der Schüler vor allem Dreien und Vieren erreicht hat – und Pfiffe und „Buuhs“ bei Einsen – und dann gibt es eine kurze Diskussion und Reflexionen über diese Resultate. Es kann zum Beispiel diskutiert werden, welche Konsequenzen die verschiedenen Benotungen haben sollten. Konsequenzen für das Gelingen (Dreien und Vieren) und Nichtgelingen werden ausgearbeitet. Hier sind die Kinder zentral involviert und sie haben oft die besten Ideen, welche Belohnungen sie bekommen könnten, wenn es eine Woche nur Vieren

gibt – und auch was die Konsequenzen für nur Einsen sein sollten. Ein Beispiel zeigt Abbildung 3.

Johns Konsequenzenplan

1. Wenn Du nur Einsen an einem Tag bekommst und launisch bist:
Konsequenz – Du kannst nicht Fernsehen und bleibst 3 Tage in Deinem Zimmer
2. Wenn Du nur Zweien an einem Tag bekommst und launisch bist:
Konsequenz – Du bleibst den Rest des Tages in Deinem Zimmer
3. Wenn Du nur Einsen und Zweien an einem Tag bekommst, aber nicht launisch bist:
Konsequenz – Du kannst mit uns essen und Fernsehen, aber bleibst den Rest des Tages in der Wohnung
4. Wenn Du nur Dreien und Vierern an einem Tag bekommst:
Konsequenz – wirst Du gelobt und darfst mit Deinen Freunden bis 21.00 Uhr spielen
5. Wenn Du eine ganze Woche lang nur Dreien und Vierern bekommst:
Konsequenz – 'Nobelpreis' (oder etwas vergleichbares)

Abbildung 3: Beispiel für einen Konsequenzenplan

Wenn die Fortschritte stabil sind, werden neue Verhaltensziele von den Eltern und Schülern entworfen. Eltern sagen oft spontan, dass sie gerne ähnliche Verhaltensziele für den häuslichen Bereich aufstellen würden. Dabei kann es um verschiedene Dinge gehen: das eigene Zimmer aufräumen, beim Essen am Tisch sitzen, höflich mit der Großmutter sprechen usw. Die öffentliche Diskussion in der Familienlernrunde, an der acht oder neun andere Familien und die Lehrer teilnehmen, schafft einen starken Gruppendruck, vor allem wenn am folgenden Tag gefragt wird, ob die Eltern nun auch rigoros in der Ausführung der Konsequenzen waren. Viele Väter und Mütter haben bescheinigt, dass sie oft die Konsequenzen nur deshalb eingesetzt haben, weil sie sich sonst schämen würden, der Familienlernrunde am nächsten Tag berichten zu müssen, dass sie zu schwach oder weich waren. Vorher, geben viele Eltern zu, hatten sie sozusagen die Besorgnis vor den „Konsequenzen“ ihres Konsequentsein, nämlich dass die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Sprösslinge weiter eskalieren würden. In der Familienlernrunde tauschen Familien ihre positiven und negativen Erfahrungen miteinander aus, wie auch ihre Kompetenzen und Repertoires effektiver Strategien. Sie erweitern so ihren Zugang zu neuen Informationen, Ideen und Ratschlägen. Dieser Ansatz ist nicht nur bei Eltern und Schülern beliebt, sondern auch bei Lehrern, denn er erlaubt, Fortschritte über einen Zeitraum messbar zu erleben (Abb. 4). Das kann auch die oft sehr skeptischen Heimatschullehrer davon überzeugen, dass Wandel möglich ist, selbst bei den problematischsten Schülern.

Johns verbessertes Verhalten (%)						
Januar - Februar 2007						
Woche	1	2	3	4	5	6
	8. – 12. Jan	15. – 19. Jan	2.1. – 26. Jan	29. Jan – 2. Feb	5. – 9. Feb	12. - 16 Feb
Ziel 1	50	79	89.3	95	79	81.2
Ziel 2	69.8	62.5	78.5	75	71	68.7
Ziel 3	55.2	58.3	71.5	85	75	87.5
Ziel 4	69.7	62.5	67.6	75	79	81.2
Ziel 5						
Ziel 6						
Insgesamt %	58	65	77	83	77	83.2

Abbildung 4: Beispiel für das Erfassen von Fortschritten

Solche Themen lassen sich nicht nur rational besprechen, wie in den eben erwähnten Familienlernrunden, sondern man kann sie auch spielerisch und schöpferisch angehen. Zu diesem Zweck werden Multi-Familienaktivitäten gestaltet, die anderswo im Detail beschrieben sind (Asen, Dawson, McHugh, 2001). Im Wesentlichen geht es hier um die Nutzung kreativer Methoden wie Tonskulpturen, Filme und Fotos, Collagen, Theater und Phantasiespiele, die im Mehrfamilienkontext stattfinden. Anschließend wird in einer Großgruppe darüber nachgedacht, wie man diese kreativen Erfahrungen in das konkrete Familienleben übersetzen kann.

5 „In situ“ Familienklassenzimmer

Tagesklinisch basierte Familienschulen haben aufgrund ihrer Intensität eine begrenzte Kapazität – etwa 30 Familien pro Jahr im Marlborough Centre. Allerdings brauchen bei weitem nicht alle problematischen SchülerInnen diese hochdosierte Form der Familien-Schul-Intervention und so entstand vor fünf Jahren ein neues Projekt in London: das „Familienklassenzimmer“ in Normalschulen. So wird jetzt in fast 20 Grund- und Oberschulen in Zentral-London ambulante Multi-Familien-gruppenarbeit während der offiziellen Schulzeit einmal in der Woche für zwei oder drei Stunden für sechs bis acht Familien pro Gruppe angeboten. Das Personal, das diese Arbeit durchführt, besteht aus einem Lehrer (der Heimatschule), einer unserer FamilientherapeutInnen und – was sich vor allem bewährt hat – einem „Elternpartner“. Hier handelt es sich um ehemalige Klienten, nämlich „gestandene“ Müt-

ter oder Väter. „Gestandene“ und deshalb erfahrene Ex-Schüler lassen sich gern in solche Arbeit als Kumpel („buddy“) einspannen, um bei Krisen mit Rat und Tat direkt auf dem Schulhof, Korridor oder anderswo Beistand zu leisten. Das Programm dieses Familienklassenzimmers arbeitet mit den gleichen Prinzipien und Methoden wie das Marlborough Centre, allerdings auf zwei bis drei Stunden konzentriert. Die ambulante Multi-Familiientherapie in Schulen hat auch eine wichtige präventive Funktion: Probleme der Schüler und deren Familien können früher identifiziert und bearbeitet werden. Oft ist eine Zuweisung in das Marlborough Centre – oder andere sonderschulische Einrichtungen – dann nicht mehr notwendig.

Bisherige Ergebnisse zeigen, dass 95 % der behandelten SchülerInnen in das Normalschulsystem reintegriert werden. Die schulischen Leistungen sind besser, die Kinder schwänzen oder fehlen weniger und ihr Verhalten in der Schule bessert sich. Die meisten Eltern bestätigen, dass auch sie von der Familienschule profitieren und dass sie sich anschließend deutlich „besser“ fühlen. Viele der Eltern – über 60 % – haben diagnostizierte oder zum Zeitpunkt der Zuweisung (noch) nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen. In einer retrospektiven Studie mit 57 SchülerInnen zeigte sich in Bezug auf die Verhaltensziele eine statistisch signifikante Besserung. Obendrein berichteten die Eltern, dass es deutlich weniger Konflikte zu Hause gab und sie zufriedener mit ihren Kindern waren. Zurzeit läuft eine prospektive Studie über 2 Jahre mit je 60 SchülerInnen in der experimentellen und einer Kontrollgruppe, die nicht nur Daten über die Kinder und Jugendlichen, sondern auch über die Eltern und Schulen erfasst.

6 Familientagesklinische Multi-Familiientherapie mit essgestörten Kindern und Jugendlichen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden eröffnete 1998 die erste Familientagesklinik für 3- bis 12-jährige Kinder mit emotionalen und sozialen Störungen (Scholz, Asen, Gantchev, Schell, Süß, 2002). Die Klinik verfügte zum damaligen Zeitpunkt über eine Kinder- und Jugendstation wie auch über eine Tagesklinik für Jugendliche und eine Poliklinik. Die Familientagesklinik lehnte sich in der Grundkonzeption weitgehend an die seit den 70er Jahren bestehende Familientagesklinik am Marlborough Family Service in London an (Asen, 1992) und die Supervision erfolgte intensiv durch Eia Asen, dem dortigen Direktor. Diese Betreuung erfolgt heute noch in größeren Abständen. Diese „Geburtshilfe“ war in der ersten Zeit von enormer Bedeutung, weil das therapeutische Team bis dahin vornehmlich in der stationären Betreuung tätig gewesen war. Zum traditionellen Rollenverständnis gehört, dass mit der Aufnahme des Kindes auf der Station die elterliche Verantwortlichkeit für das Kind an das Personal delegiert wird. Das bringt bei aller elterlichen Sorge, das Kind abzugeben, zunächst in vielen Fällen eine deutliche Entlastung. In der Familien-

tagesklinik dagegen bleibt die Verantwortung von Anfang an bei den Eltern, die darin zu unterstützen, aber auf keinen Fall durch das Personal in ihrer elterlichen Funktion zu entlasten sind. Dieser entscheidende Rollenwechsel ist die Konsequenz des Paradigmenwechsels von einer kindzentrierten zu einer familienzentrierten Betreuung. Er war besonders für Mitarbeiter schwer zu vollziehen, die jahrelang die fürsorglich betreuende Haltung im Stationsbetrieb hervorragend realisiert hatten. Es fiel deshalb Mitarbeitern, die nicht direkt aus dem stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kamen, Frauen und Männern mit eigenen Familienerfahrungen, zu Beginn leichter, Eltern zu unterstützen und nicht unbewusst mit den Eltern um das Kind zu konkurrieren. Die grundsätzlich andere Haltung fiel zunächst allen Mitarbeitern schwer. Beteiligt sind Schwestern, Erzieher, Pfleger, Lehrer, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ärzte und Psychologen. Erschwert wurde dieser Wechsel auch durch die Erwartungen der Eltern, die sich zu Beginn einer Therapie eine Erleichterung und Unterstützung durch die Mitarbeiter versprechen und deshalb hoffen, dass das Personal ihnen ihr schwieriges Kind wenigstens zeitweilig abnehmen oder ihnen zumindest wie eine Supernanny zeigen könnte, wie man es mit ihm anders und besser machen könnte. Wenn diese Haltung – einerseits die Abstinenz im Hinblick auf Interventionen am Kind und andererseits die wohlwollende Unterstützung der Familie und der Eltern – internalisiert und realisiert werden kann, wird die eigentliche therapeutische Aufgabe deutlicher. Durch das durchgängige Betonen der Verantwortung der Eltern kommen die Schwierigkeiten und Konflikte schnell zum Vorschein und können damit auch sofort bearbeitet werden. Mitarbeiter, die diesen Rollenwechsel durch Arbeit in der Familientagesklinik einmal vollzogen und ihre Wirksamkeit erlebt haben, behalten auch im traditionellen Arbeitsfeld einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station eine Sensibilität und Offenheit für die Einbeziehung der Eltern in die therapeutischen Gegebenheiten.

Seit November 1998 wird an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden die Multi-Familientherapie in einem tagesklinischen Setting durchgeführt. Das Projekt entstand, nachdem im Frühjahr 1998 mit der Familientagesklinik für emotional und sozial gestörte Kinder begonnen worden war und der anfängliche Enthusiasmus uns beflügelte, die ohnehin an der Klinik schwerpunktmäßig betreuten Essgestörten nun auch in gleicher Weise gemeinsam mit ihren Familien zu behandeln. Aus diesen Anfängen entstand ein Behandlungskonzept (Scholz, Rix, Hegewald, Gantchev, 2003a), das zur Erstellung eines Therapiemanuals führte (Scholz, Rix, Hegewald, Gantchev, 2003b). Vier bis sieben Familien werden von zwei Familientherapeutinnen behandelt. Die gesamte Therapie erstreckt sich über ein Jahr und umfasst etwa 20 Behandlungstage in Intervallen über das Jahr verteilt, wobei die Abstände immer größer werden. Gestartet wird mit einer intensiven Arbeit von vier bis fünf Tagen. Zwischen den Intervallen werden bei Bedarf Familien ambulant einzeltherapeutisch betreut. Bei besonders schweren Fällen werden Hausbesuche angeboten. Damit kann der Transfer wichti-

ger Therapieinhalte auf die häusliche Umgebung realisiert werden. Die wesentlichen Ziele auf Seiten der Eltern sind: Überwindung der durch die Erkrankung des Kindes bedingten familiären Isolation, Übernahme der Verantwortung für den Umgang mit der störungsspezifischen Symptomatik und den krankheitsspezifischen Alltagssituationen, Koordinierung der Aktivitäten zwischen den Eltern, Verbesserung der familiären Konfliktfähigkeit, Stärkung der elterlichen Bindung und Versöhnungsfähigkeit, Veränderung problematischer Interaktions- und Beziehungsmuster, Bearbeitung eigener psychischer Probleme, soweit sie den elterlichen Umgang mit dem spezifischen Problem des Kindes berühren. Die Ziele auf Seiten der anorektischen Patienten sind: Die Fähigkeit, sich auf die verstärkte elterliche Bindungsbereitschaft und Kontrolle für die Zeit der Erkrankung einzulassen; Akzeptanz der elterlichen Konsequenz und Kontinuität als Ausdruck elterlichen Engagements und Liebe statt Verteufelung oder auch Idealisierung der schwachen, hilflosen, resignierenden Eltern; Akzeptanz der eigenen Erkrankung mit Aufbau einer Krankheitseinsicht, verbunden mit einem Abbau der anorektischen Symptomatik; Akzeptanz des Zusammenhangs zwischen der Fähigkeit, reife Verantwortung für sich und seine Körperlichkeit zu übernehmen und das eigene Autonomiestreben.

Das Behandlungsmanual beschreibt drei Phasen (Tab. 1):

1. *Symptomorientierte Phase.* Diese Phase soll in ihrer Wirkung symptomorientiert motivations- und gruppenkohäsionsfördernd sein. Das Ziel dieser Phase besteht darin, die Eltern zu befähigen, die Verantwortung für und den Umgang mit den krankheitsspezifischen Besonderheiten des erkrankten Kindes sowie haltgebende Familienleistungen zu übernehmen. Allein durch den zeitlichen Aufwand wird den Patienten bewusst, wie sich ihre Eltern für sie engagieren. Diese Phase enthält auch psychoedukative Elemente, z. B. Entstehungsursachen und -bedingungen der Anorexie, Behandlungsschwierigkeiten und Bedeutung des elterlichen Engagements aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht und den persistierenden Körperschemastörungen. Die notwendige Umkehr der Hierarchie beim Essen, bei dem anfänglich immer die Patienten bestimmen, zu einer von den Eltern festgelegte Nahrungsmenge und -qualität, führt zunächst immer zu schweren Auseinandersetzungen und Machtkämpfen. Eltern erfahren, dass besonnene Konsequenz – ohne auf die durch die Anorexie intendierten Verhandlungen und Kompromisserwartungen einzugehen – auf Dauer von den Patienten akzeptiert werden kann, wenn die Dominanzen krankheitsbezogen klar definiert bleiben. Dieser unvermeidliche Konflikt ist therapeutisch intendiert, hebt die Hilflosigkeit und Pseudoharmonie auf und verlangt stringent die Förderung der Versöhnungsfähigkeit, die letztlich mehr Nähe und Bindung bringt.

2. *Beziehungsorientierte Phase.* In dieser Phase werden wesentliche Elemente der ersten Phase fortgesetzt. Im Mittelpunkt steht jedoch die beziehungsorientierte, psychotherapeutische Arbeit. Hier werden die die Krankheit und deren Verlauf beeinflussenden Familieninteraktionen und -beziehungen über bestimmte psychothe-

rapeutische Techniken wie Gruppentherapie mit Ton- und Life-Skulpturen wahrnehmbar und transparent gemacht.

3. *Zukunftsorientierte Phase.* Diese dritte Phase richtet sich auf die Zukunft und baut auf den ersten beiden Phasen auf. Ferner wird als Ziel der angemessene Umgang der Familie mit Stagnation und Rückschritt bearbeitet. Dies ist vor allem bei besonders schweren Verläufen von Bedeutung, z. B. bei Schwierigkeiten mit dem Erreichen des Zielgewichts oder bei einer persistierenden Körperschemastörung trotz konstantem Zielgewicht. In dieser Zeit müssen Eltern lernen, das anfangs intensive Engagement um ihr krankes Kind wieder zu lockern, um altersspezifische Autonomiebestrebungen wieder zulassen zu können und gleichzeitig unter dem Eindruck des bereits Erreichten den Blick nicht zu verlieren für Zeichen eines möglichen Rückfalls.

Tabelle 1: Allgemeiner Behandlungsplan Multi-Familientherapie für Jugendliche mit Essstörungen

Zeitplan	Therapeutischer Fokus	Therapeutische Instrumente
Begrüßungsabend 3 Stunden	psychoedukative Einführung	Diagnostik Patient/Eltern/Familie
1. Phase: symptomorientiert		
1 Woche später 5 Tage	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation • Gruppenkohäsion • Konsequenz der Eltern • Grenzsetzung durch die Eltern • Facetten der Essstörung (Essen, Tricks, Körperschemastörung etc.): Wahrnehmung, Reflexion, adäquates Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Mahlzeiten • Essenscollagen • Kochen • Körperschemaübungen • Pat./Elterngruppen separat und gemeinsam
3 Wochen später 3 Tage	<ul style="list-style-type: none"> • krankheitsspez., pathologische Interaktionen <p>Verantwortungsübernahme durch die Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelelterntherapie • Elternsurrogate • Videofeedback
2. Phase: beziehungsorientiert		
4 Wochen später 2 Tage	<ul style="list-style-type: none"> • familiäre Beziehungen / Expressed Emotion • Hierarchieverschiebungen • Kommunikationsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Familienskulpturen • Lebensfluss • Versöhnungsarbeit • Einzelelterntherapie
4 Wochen später 2 Tage	<ul style="list-style-type: none"> • emotionale Verstrickung • familiäre Rigidität 	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiel, Rollenwechsel • Videofeedback
3. Phase: zukunftsorientiert		
8 Wochen später 4 x 2 Tage	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Stagnation und Rückschritt • Rückfallprophylaxe • krankheits- und altersangemessene Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Skaleneinheit • Videofeedback • Rollenspiel

7 Finanzielle Erwägungen

Multi-Familientherapie braucht gegenüber einer stationären Behandlung weniger Mitarbeiter, weil keine Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste gestellt werden müssen und benötigt auch deutlich weniger Räumlichkeiten, ist aber im Vergleich zu einer Tagesklinik, in der nur das Kind oder der Jugendliche aufgenommen wird, personalintensiver. Ein vorgegebenes Personalbudget, wie es für die stationäre und tagesklinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend der Psychiatrie-Personalverordnung vorgegeben ist, gibt es für eine Familientagesklinik noch nicht. Andererseits ist bei evtl. Verhandlungen mit den Kassen zu bedenken, dass die meisten Kinder und Jugendlichen, die familientagesklinisch behandelt werden, so schwer gestört sind, dass im Vorfeld eine ambulante fachspezifische Betreuung, selbst häufig eine stationäre Behandlung keinen andauernden Erfolg gebracht hat. Diese Patientengruppe müsste bei fehlendem familientagesklinischen Angebot erneut stationär behandelt werden – und dann mit erheblich längerer stationärer Verweildauer. Im Falle von Störungen des Sozialverhaltens wären auch Jugendhilfemaßnahmen wie Fremdunterbringung wiederholt notwendig und zu finanzieren.

Bei der Behandlung anorektischer Jugendlicher werden Eltern als medizinische Begleitpersonen aufgenommen. Sie erhalten auf Antrag eine Freistellung und von den Kassen zum Teil die Fahrt- und die Übernachtungskosten erstattet, wenn sie nicht aus Dresden und Umgebung stammen. Die Verpflegung der elterlichen Begleitpersonen wird vom Pflegesatz der Familientagesklinik bestritten. In Ausnahmefällen haben nach vorheriger Absprache mit den Krankenkassen auch Eltern (bisher nur Mütter) einen Patientenstatus. Wenn Eltern erleben, wie viel besser sie mit ihrem Kind zurechtkommen, führt das immer zu einer erheblichen eigenen Entlastung, einer Entspannung der familiären Situation und der Paarbeziehung. Viele Eltern, die mit ihrem anorektischen Kind in die Familientagesklinik kommen, zeigen zu Beginn deutliche psychische Auffälligkeiten, die sich überraschenderweise bereits nach drei Monaten normalisieren.

Nach langen Verhandlungen mit der AOK zahlen seit 2006 alle Kassen Sachsens für die Multi-Familientherapie ein erhöhtes Entgelt gegenüber dem bisherigen Satz, der der üblichen tagesklinischen Vergütung entsprach. Die Kostenersparnis gegenüber einer sonst üblichen stationären Behandlung, abgesehen von der geringeren Rezidivquote und den häufigen Folgekosten bei Kindern mit Sozialstörungen und essgestörten Jugendlichen für Familienpfleger, Fremdunterbringung und Pflegefamilie beträgt etwa 40-60 %. Unter den günstigen Finanzierungsbedingungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, wo immer noch das belegte Bett und nicht wie in allen nichtpsychiatrischen medizinischen Fächern nach Fallpauschale bezahlt wird, mit dem international vergleichsweise hohen Bettenangebot, ist der Bruttogewinn für ein Krankenhaus noch erheblich günstiger, wenn ein Kind stationär behandelt wird, als bei einer familientagesklinischen Behandlung. Das könnte sich ändern, wenn auch für die psychiatrischen Fächer ein DRG-System eingeführt wird. Die beiden Dresdner Familientageskliniken (für emotional/ sozial gestörte Kinder und für essgestörte Kinder und Jugendliche) be-

sitzen heute noch nicht die ökonomische Bedeutung im Vergleich zum stationären Bereich, sie determinieren aber in hohem Maße das Gesamtkonzept der Klinik und dienen inzwischen als Beispiel für analoge Modelle in anderen europäischen Ländern, vor allem in Skandinavien und zunehmend auch in Deutschland.

8 Ausblick

Multi-Familientherapie ist ein intensives Setting für Wandel. Es erlaubt nicht nur intra-, sondern auch interfamiliäre Arbeit und ein Experimentieren mit neuen Interaktionen und Kommunikationen. In einem solchen Setting kann man symptomdeterminierte Familienprobleme direkt und „in vivo“ beobachten und pragmatisch intervenieren. Die Intensität der Arbeit erzeugt ein Klima, das individuelles und familiäres Wachstum begünstigt. Obendrein erlaubt dieses Setting auch ad hoc informelle Begegnungen, im Einzelperson-, Paar- und Familien-Kontext. Im tagesklinischen Bereich ist es möglich, naturalistische häusliche Szenen zu replizieren, in denen typische Schwierigkeiten live entstehen und bearbeitet werden können. Aktion, Spiel und Reflexion lösen sich ab. Ein soziales Netzwerk zwischen den Familien entsteht und Familien werden zu Beratern von anderen Familien, auch außerhalb des tagesklinischen Settings. Erfahrene und gestandene Eltern und „Kumpel“ Kinder nehmen neuen Familien deren Ängste und werden Botschafter des Modells. Es gibt eine zunehmend überzeugende Evidenzbasis für die Effektivität dieses Ansatzes, nämlich fast 40 randomisierte kontrollierte Studien, vor allem bei der Behandlung von Schizophrenie (zur Zeit 25 Studien, z. B. Zhang et al., 1994; McFarlane et al., 1995; Herz et al., 2000; Muesser et al., 2001; Dyck et al., 2002; McDonnell et al., 2006; Bradley et al., 2006), wie auch bei Alkoholmissbrauch (z. B. Bowers u. Al-Redha, 1990; O'Farrell et al., 1998; Fals-Stewart et al., 2005), depressiven Erkrankungen (z. B. Sanford et al., 2003; Miller et al., 2004; Reinares et al., 2004; Lemmens et al., 2007) und Anorexia Nervosa bei Jugendlichen (Geist et al., 2000; Rhodes et al., 2008). Diese und auch andere, nicht randomisierte Studien zeigen, dass Multi-Familientherapie die Symptomatik des Indexpatienten, die familiären Beziehungen und die psychischen Belastungen der Eltern signifikant verbessern kann.

Literatur

- Anderson, C. M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In W. R. McFarlane (Hrsg.) *Family Therapy in Schizophrenia*. (S. 173-187) New York: Guilford.
- Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25, 185-205.
- Asen, E. (1992). Tagesklinik für ganze Familien. *TW Neurologie Psychiatrie*, 6, 492-499.

- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.
- Asen, E. (2005). Von Multi-Institutionen-Familien zur Selbsthilfe. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*, 23, 166-171
- Asen, E. (2006). Kinder und Erwachsene in der Multifamilientherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 49-52.
- Asen, E. (2007). Beispiele zur interkulturellen Therapie. *Wege zum Menschen*, 59, 332-341.
- Asen, K. E., Stein, R., Stevens, A., McHugh, B., Greenwood, J., Cooklin, A. (1982). A day unit for families. *Journal of Family Therapy*, 4, 345-358.
- Asen, K. E., George, E., Piper, R., Stevens, A. (1989). A systems approach to child abuse: management and treatment issues. *Child Abuse & Neglect*, 13, 45-57.
- Asen, E., Dawson, N., McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy. The Marlborough Model and its Wider Applications*. London: Karnac.
- Asen, E. (2006). Kinder und Erwachsene in der Multifamilientherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 49-52.
- Berkowitz, C., Gunderson, J. G. (2002). Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. In W.R. McFarlane (ed.), *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders* (S. 268-291). New York: Guilford.
- Bowers, G. T., Al-Redha, M. R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 301-309.
- Bradley, G. M., Couchman, G. M., Perlesz, A., Nguyen, A. T., Singh, B., Riess, C. (2006). Multiple-family group treatment for English-speaking and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 521-530.
- Brähler, E., Richter, H.-E. (1995). Deutsche Befindlichkeiten im Ost-West-Vergleich. *Politik und Zeitgeschichte*, 40, 13-20.
- Cecchin, G. (1987). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik*, 13, 190-203.
- Cooklin, A., Miller, A., McHugh, B. (1983). An institution for change: developing a family day unit. *Family Process*, 22, 453-468.
- Dare, C., Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 4-18.
- Dawson, N., McHugh, B. (1994). Parents and children: participants in change. In E. Dowling, E., Osborne (Hrsg.) *The Family and the School: a joint systems approach to problems with children*, London: Routledge.
- Detre, T., Sayer, J., Norton, A., Lewis, H. (1961). An experimental approach to the treatment of the acutely ill psychiatric patient in the general hospital. *Connecticut Medicine*, 25, 613-619.
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., McFarlane, W. R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53, 749-754.
- Fals-Stewart, W., Klostermann, K., Yates, B. T., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: a randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 363-371.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Stephens, D., Davis, R. Katzman, D. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 173-178.
- Gonzalez, S., Steinglass, P., Riess, D. (1989). Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process*, 28, 69-87.

- Herz, M. I., Lamberti, S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCartan, L., Nix, G. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-283.
- Kaufman, E., Kaufman, P. (1979). Multiple family therapy with drug abusers. In E. Kaufman, P. Kaufman. (Hrsg.). *Family therapy of drug and alcohol abuse* (S. 81-83). New York: Gardner.
- Keitner, G., Drury, L., Ryan, C., Miller, I., Norman, W., Solomon, D. (2002). Multifamily group treatment for major depressive disorder. In W.R. McFarlane (Hrsg.). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders* (S. 244-267). New York: Guilford.
- Laqueur, H. P., La Burt, H. A., Morong, E. (1964). Multiple family therapy: further developments. *Current Psychiatric Therapies*, 4, 150-154.
- Laqueur, H. P. (1972). Mechanisms of change in multiple family therapy. In C.J. Sager, H. Kaplan (Hrsg.). *Progress in Group and Family Therapy* (S. 400-415). New York: Bruner/Mazel.
- Leichter, E., Shulman, G. L. (1974). Multiple Family Group Therapy: A Multidimensional Approach. *Family Process*, 13, 95-110.
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M. van Houdenhove, B., Sabbe, B. (2005). Family discussion groups with patients with chronic pain and their family members: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26, 21-32.
- Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., Demyttenaere, K. (2007). Family discussion group therapy for depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *Journal of Family Therapy*, 29, 49-68.
- McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Dyck, D. G. (2006). Multiple-family group treatment of outpatients with schizophrenia: Impact on service utilization. *Family Process*, 45, 359-373.
- McFarlane, W. R. (1982). Multiple family in the psychiatric hospital. In Harbin (Hrsg.) *The Psychiatric Hospital and the Family*. New York, Spectrum.
- McFarlane, W. R. (1983). Multiple Family therapy in schizophrenia. In W.R. McFarlane (Hrsg.), *Family Therapy in Schizophrenia* (S.141-172). New York: Guilford.
- McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchall, J., Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: four year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127-144.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: Guilford.
- McKay, M., Harrison, M., Gonzalez, J., Kim, L., Quintana, E. (2002). Multiple family groups for urban children with conduct difficulties and their families. *Psychiatric Services*, 53, 1467-1468.
- Miller, I. W., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82, 431-436.
- Moltz, D., Newmark, M. (2002). Multifamily groups for bipolar illness. In W. R. McFarlane (Hrsg.). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorder* (S. 220-243). New York: Guilford.
- Muesser, K. T., Sengupta, A., Schooler, N. R., Bellack, A. S., Xie, H., Glick, I. D., Keith, S. J. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes and burden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 3-12.
- Murburg, M., Price, L., Jalali, B. (1988). Huntington's disease: therapy strategies. *Family, Systems Medicine*, 6, 290-303.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S. G. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioural marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting the treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 357-370.

- O'Shea, M. Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process*, 24, 555-582.
- Reinares, M., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Sanchez-Moreno, J. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-319.
- Rhodes, P., Baillee, A., Brown, J., Madden, S. (2008): Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized control trial. *Journal of Family Therapy*, 30, 96-108
- Saayman, V., Saayman, G., Wiens, S. (2006). Training staff in multiple family therapy in a children's hospital: from theory to practice. *Journal of Family Therapy*, 28, 404-419.
- Sanford, M., Byrne, C., Williams, S., Atley, S., Ridley, T., Miller, J. and Allin, H. (2003) A pilot study of a parent-education group for families affected by depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 78-86.
- Schemmel, H., Schell, B., Suess-Falckenberg, U., Scholz, M. (2006). Kinderpsychiatrie mit Familie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38, 121-141.
- Scholz, M., Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review*, 9, 33-42.
- Scholz, M., Asen, E., Gantchev, K., Schell, B., Süß, U. (2002). Familientagesklinik in der Kinderpsychiatrie: Das Dresdner Modell – Konzept und erste Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 125-129.
- Scholz, M., Rix, M., Hegewald, K., Gantchev, K. (2003a). Multifamilientherapie bei anorektischen Kindern und Jugendlichen im tagesklinischen Setting – Das Dresdner Modell. In B. Steinbrenner, M. Schönauer-Cejpeck (Hrsg.), *Essstörungen – Anorexie – Bulimie – Adipositas – Therapie in Theorie und Praxis* (S. 66-75). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Scholz, M., Rix, M., Hegewald, K., Gantchev, K. (2003b). Tagesklinische Multifamilientherapie (tmFT) bei Anorexia nervosa – Manual des Dresdner Modells. In B. Steinbrenner, M. Schönauer-Cejpeck (Hrsg.), *Essstörungen – Anorexie – Bulimie – Adipositas – Therapie in Theorie und Praxis* (S. 66-75). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.
- 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.
- Slagerman, M., Yager J. (1989). Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, 7, 269-284.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems & Health*, 16, 55-70.
- Strelnick, A.H. (1977). Multiple family group therapy: a review of the literature. *Family Process*, 16, 307-325.
- Wamboldt, M., Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. *Family Systems Medicine*, 13, 151-161.
- Wooley, S., Lewis, K. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. In Harkaway, J. (Hrsg.). *Eating Disorders: The Family Therapies*.
- Zhang, M., Wang, M., Li, J., Phillips, M. R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenics: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry*, 165, 96-102.

Korrespondenzanschrift: Dr. E. Asen, Marlborough Family Service, 38, Marlborough Place, London NW8 OPJ, GB; E-Mail: eia.asen@nhs.net