

Rau, Hartmut und Wolf, Christian

## **Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe – Darstellung einer speziellen Familienbehandlung**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 1, S. 8-13*

urn:nbn:de:bsz-psydok-27686

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour) .....	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics) .....	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms) .....	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program) .....	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ) .....	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children) .....	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants) .....	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers) .....	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment) .....	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families) .....	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy) .....	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide) .....	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History) .....	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”) .....	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention) .....	117

F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics) .....	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path) .....	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses) .....	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling) .....	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa) .....	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare) .....	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities) .....	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania) .....	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child) .....	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children) .....	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders) .....	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa) .....	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications) .....	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter) .....	175

## Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress) .....	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children) .....	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) ..... 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) ..... 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) ..... 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schilhaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schilhauptschule") ..... 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) ..... 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) ..... 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) ..... 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) ..... 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) ..... 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) ..... 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) ..... 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) ..... 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) ..... 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg ..... 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 ..... 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik ..... 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal ..... 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung ..... 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children .... 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, ..... 269, 317

## **Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe – Darstellung einer speziellen Familienbehandlung**

Von Hartmut Rau und Christian Wolf

### **Zusammenfassung**

Wir betrachten Verhaltensstörungen als interaktionale Phänomene, die nur in Verbindung mit der Familiendynamik verstanden werden können. Diese in der Jugendhilfe veränderte Sichtweise ließ uns ein Familienbehandlungsprogramm im Heimbereich entwickeln, das von uns angewandt wird:

- a) vor der Aufnahme des Kindes,
- b) während der stationären Behandlung des Kindes,
- c) in der Nachsorge-Phase.

Ziele des Programms, das in den wesentlichen Teilen beschrieben wurde, sind:

- a) eine Selbstverantwortung der Eltern für die zukünftige Entwicklung des Kindes zu erreichen,
- b) Selbstvertrauen der Eltern zu verbessern,
- c) den Prozeß der Selbstregulation in der Familie zu beschleunigen,
- d) die Angst vor der „totalen Institution“ abbauen, die allzu oft die Eltern zu lästigen Anhängseln der Kinder degradiert.

## Einleitung

Das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Behandlungszentrum der Bergischen Diakonie ist eine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – am Stadtrand von Wuppertal gelegen –, in der Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 14 Jahren aufgenommen werden, die an folgenden Erkrankungen leiden:

Neurotische Entwicklungsstörungen im Kinder- und Jugendalter mit den verschiedensten symptomatischen Ausprägungen,  
Psychosen im Kindesalter,  
primär infantiler Autismus,  
Teilleistungsstörungen bzw. Hirnwerkzeugstörungen auf der Grundlage einer leichten frühkindlichen Hirnstörung.

Alle zur Aufnahme vorgesehenen Kinder werden zunächst im Rahmen einer kassenärztlichen Ambulanz voruntersucht, wobei erste Kontakte zu den Eltern, zur Familie und zum weiteren sozialen Umfeld wahrgenommen werden. Aufnahme, Zielvorstellung der stationären Behandlung und Entlassung werden nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit den überweisenden Stellen (Beratungsstellen, Jugendamt, Ärzte etc.) im Sinne einer sozialpsychiatrisch orientierten Regionalversorgung im einzelnen abgesprochen.

Der Schweregrad der Störungen erfordert in der Regel eine Aufenthaltsdauer von etwa 1–2 Jahren, wobei die Kinder und Jugendlichen innerhalb des Geländes in einer Sonderschule für Erziehungshilfe oder auch extern beschult werden. In dieser Konzeption gewinnt die Zusammenarbeit mit Eltern für uns zunehmend an Bedeutung. Unsere praktischen Erfahrungen beruhen auf einem Zeitraum von etwa 3½ Jahren, in dem die Zusammenarbeit mit Eltern und die spezielle Familienbehandlung personell und fachlich erweitert werden konnte.

## Warum Elternarbeit im Heim?

*Herbert Colla* schreibt in der Zeitschrift „Betrifft Erziehung“ über die Entwicklung der Heime: „Es ist festzustellen, daß die Intentionen der Erziehungen in Heimen war und ist, die Kinder und Jugendlichen aus unzumutbaren Lebensfeldern herauszunehmen und sie im sog. Schonraum der Heime zu erziehen.“

Distanz war gedacht als Entlastung von jenen Beziehungen und Aufgaben, an denen die Kinder und Jugendlichen bisher scheiterten. Neben engagierten Modellen bewirkte die Monopolstellung der Heimerziehung im übergreifenden System der öffentlichen Jugendhilfe in ihrer spezifischen Organisationsform, in ihrer Struktur und in ihren Interventionsmechanismen vielmehr eine Internierung und Isolierung. Durch die Isolierung jener schwierigen Kinder und Jugendlichen, deren Probleme in der Gesellschaft und ihren Institutionen entstanden sind, sollte, so *Colla*, die Gesellschaft geschützt und entlastet werden.

Wenn wir diese Aussagen mit der heutigen Praxis vergleichen, stellen wir fest, daß mit den Kindern und Jugendlichen individuell gearbeitet wird, ohne gleichzeitig das soziale Umfeld mit einzubeziehen. Wir nehmen vielfach

die Kinder und Jugendlichen aus ihrer Umwelt heraus und unterwerfen sie einer teuren Behandlung oder Heimunterbringung mit langfristigen heilpädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die alte Lebensform und rechnen damit, das es nun gut geht.

Wir stellen in der Praxis fest, daß sich nach häufig mühevoller Arbeit an dem Kind oder Jugendlichen nach der Entlassung in der Familie alte Verhaltensweisen neu aktualisieren.

Das Wissen darum, langfristige und teure Behandlungen und Heimunterbringungen durch eine Einbeziehung der Umwelt des Kindes zu verkürzen und auch ökonomischer zu gestalten, war lange Zeit nicht aktuell. Wissenschaft und Heimerziehung waren gleichermaßen zu sehr damit beschäftigt, die Ursache der Erziehungsschwierigkeiten und Verhaltensstörungen durch die auffällige Symptomatik zu interpretieren. Erst in den letzten Jahrzehnten kam man dazu, die Familie als ein strukturell funktional verbundenes System zu betrachten, in dem jeder Familienangehörige beiträgt, dieses System zu gestalten. In diesem Prozeß sind die heranwachsenden Kinder leider die schwächsten Glieder; Störungen innerhalb des Familiengefüges werden allzu häufig zuerst bei den Kindern registriert.

Der Anspruch an die Familie, Zufluchtsort in die Privatsphäre zu sein, in der die persönlichen Verhältnisse Schutz, Geborgenheit und Glück bieten, hat bereits illusionären Charakter: steigende Scheidungsziffern und Zunahme neurotischer Entwicklungsstörungen widersprechen dieser Anschauung.

Hier geht es nicht darum, die Familie zu „verdammten“ und ihr die „Schuld“ an der Misere unserer Kinder und Jugendlichen in die Schuhe zu schieben. Die Entwicklung in einer Familie ist nicht Ausdruck eines naturhaften Geschehens, sondern nur in Zusammenhang mit der historischen Situation und in Verbindung mit der gesellschaftlichen Entwicklung zu verstehen. So betont auch *Richter*: „Jeder, auch die kranke Familie, muß im Zusammenhang übergreifender gesellschaftlicher Bedingungen gesehen werden.“

*Richter*, Vertreter der psychoanalytischen Theorie, ist neben Vertretern der kommunikationstheoretischen Schule (*Bateson*, *Jackson* u.a.) ebenso wie wir der Meinung, daß die Familie ein System bzw. ein Feld sich gegenseitig beeinflussender, in Wechselbeziehung stehender Individuen ist. D.h. jeder Familienangehörige ist für den anderen wichtig und hat für ihn eine spezifische Bedeutung. In diesem Familiensystem findet ständig ein Austausch bewußter und unbewußter Vorgänge statt (Erwartungen, Wünsche, Phantasien), indem einzelne Mitglieder einander als Instrument zur Minderung eigener Konfliktspannung und zur Erfüllung eigener Erwartungen dienen.

Die Familie verhält sich so, als wäre sie eine Einheit. *Jackson* hat für dieses Verhalten den Begriff „*Familienhomöostase*“ eingeführt, der besagt:

1. Das Handeln der Familie zielt darauf hin, ein Gleichgewicht der Beziehungen zu erreichen.
2. Die Familienmitglieder helfen offen oder versteckt, dieses Gleichgewicht aufrechtzuerhalten.

3. Die Familienmitglieder mobilisieren besondere Kräfte, sobald die Familienhomöostase gefährdet ist, um diese zu erhalten.

Wir wollen an dieser Stelle nicht auf Ursache und Struktur von Familienkonflikten und ihre Bedeutung für das Kind im einzelnen eingehen – hierzu gibt es bereits eine Vielzahl von Veröffentlichungen. Zum augenblicklichen Zeitpunkt gibt es kein festgelegtes Konzept zur Erklärung von Ursache und Struktur von Verhaltensauffälligkeiten – zu vielschichtig ist die innere Dynamik der Familie, als auch die Dynamik der äußeren Einwirkungen auf die Familie. Ohne auf die äußeren Einwirkungen, wie z.B. soziale Situation und gesellschaftliche Bedingungen weiter einzugehen, steht für uns in dieser Beschreibung einer speziellen Familienbehandlung der „unbewußte Dialog“ (Richter) innerhalb einer Familie im Vordergrund. Nach der psychoanalytischen Theorie kann es innerhalb der Familie zu unbewußten Rollenzuschreibungen kommen, d.h. ein Elternteil oder auch beide Eltern schreiben dem Kind eine bestimmte Rolle zu, die ihnen zur eigenen Abwehr von Konflikten, aber auch zur eigenen Bedürfnisbefriedigung dienen kann. Andererseits gibt es auch familiäre Systeme, die darin bestehen, daß die Familie oder auch ein Teil der Familie ein Mitglied, manchmal auch mehrere zum Kranken „macht“ und als „Fall“ organisiert. Auf dieses Mitglied (oder auch Mitglieder!) wird solange ein belastender Druck ausgeübt, bis der Betroffene dies nicht mehr erträgt und mit psychosomatischen Symptomen oder auch mit Verwahrlosung reagiert. Die übrige Familie schafft sich durch das provozierte Scheitern ihres „Opfers“ Entlastung, der „Sündenbock“ hält die Familie in ihrer Struktur zusammen. Er ist es dann auch, den wir in der Regel im Heim zu Gesicht bekommen.

Die kommunikationstheoretische Schizophrenieforschung hat uns darauf aufmerksam gemacht, wie bedeutsam eine stimmige verbale und auch nicht-verbale Kommunikation für den Menschen sind. In der Praxis erleben wir, daß zwischen dem Gesagten und Gemeinten oft eine Diskrepanz entsteht („double-bind“).

Wir verstehen die Familie als ein System, in der es ständig zum Austausch bewußter und unbewußter Prozesse kommt, wobei das verhaltensauffällige Kind in der Regel nur die „Spitze des Eisberges“ darstellt. Für uns ist nicht das Kind isoliert gestört, sondern das gesamte Familiensystem im sozialen Umfeld. Ausgehend von diesem Verständnis halten wir es für notwendig, soweit es nach individueller Planung möglich ist, die Eltern bzw. die Familie in den Erziehungsprozeß bzw. Behandlungsprozeß miteinzubeziehen. In dieser Konzeption des Behandlungsplanes kann man:

1. den Eltern die Angst vor der totalen Institution nehmen, die Eltern teilweise zu lästigen Anhängseln der Kinder degradiert,
2. die Verantwortung für den weiteren Entwicklungsprozeß den Eltern anbieten, wobei das Selbstvertrauen der Eltern gestärkt und gleichzeitig der Selbstregulierungsprozeß der Familie beschleunigt werden kann.

Die Eltern müssen lernen, daß ihr verhaltensauffällig gewordenens Kind nicht so zur Welt gekommen ist, sondern daß sein Verhalten nur im Zusammenhang mit seiner psychosozialen Entwicklung zu verstehen ist. Dort, wo wir uns intensiv durch die verschiedenen Maßnahmen um den Lernprozeß des Kindes bemühen, dürfen die Eltern nicht stagniert danebenstehen, sondern müssen ebenso die Möglichkeit erhalten, neue Verhaltensweisen zu erlernen, die ihnen helfen, in Zukunft mit dem Kind besser in Beziehung zu treten, als auch dem Kind helfen, mit seinen Eltern besser zu kommunizieren.

Schwierigkeiten bei der Verwirklichung einer derartigen Konzeption sind aus einer Vielzahl von Störfaktoren abzuleiten: z.B. Schweregrad der gestörten Familiendynamik, unzureichende materielle und personelle Ausstattung im Bereich der Öffentlichen Jugendhilfe, unzureichende bzw. fehlende Konzepte einer regionalen Versorgung.

### Rahmenplan einer speziellen Familienbehandlung

Das Konzept einer Familienbehandlung im Bereich des Heilpädagogisch-Psychotherapeutischen Behandlungszentrums geht davon aus, daß nach eingehender Befundung bzw. Diagnostik der Familie angeboten wird:

1. an einem Behandlungsprogramm unserer Einrichtung oder
2. an einem Behandlungsprogramm in einer anderen Einrichtung teilzunehmen bzw.
3. Maßnahmen zu akzeptieren, die zu einer verbesserten Gesamtsituation der Familie führen können (z.B. Wohnsituation, Wechsel des Arbeitsplatzes u. a.).

Läßt sich erkennen, daß Familienangehörige aus den verschiedensten Gründen nicht in die Behandlung einzu beziehen sind, müssen Mittel und Wege gefunden werden – um die Behandlung des Kindes nicht zu stören –, die

1. die Familienangehörigen aus dem Heilungsprozeß des Kindes ausschließen,
2. die Einflußnahme der Eltern auf die Therapie des Kindes so gering wie möglich hält.

Die Familienbehandlung umfaßt alle Maßnahmen, die auf die Familie einwirken, die zu einer Beziehung zwischen Familie und unserer Einrichtung führen. Der Rahmen einer Familienbehandlung wird gebildet durch:

- Diagnose, Voruntersuchung,
- Aufnahme des Kindes zur stationären Behandlung,
- Erstellen des Behandlungsplanes, Formulierung des Behandlungszieles,
- Entlassung, Nachsorge.

### Diagnose

Die Diagnose wird von einem multidisziplinären Team erstellt (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter u. a.). Inhalt der Diagnose sollte sein:

- eine individuelle Diagnose (des Kindes, der Eltern),

- eine Diagnose der Familiendynamik in bezug auf Struktur, Kommunikation und Beziehungen,
- eine Diagnose der sozialen Situation.

Aus der Diagnose sollte hervorgehen:

- die Behandlungsfähigkeit bzw. -bereitschaft,
- die Prognose der Behandlung,
- die Behandlungsmethode.

In der Diagnose soll die Situation der Gesamtfamilie abgeklärt sein, sie soll die Grundlage zur Entscheidung der Aufnahme bilden; darüber hinaus soll sie aber auch die Grenzen der Behandlungsmöglichkeit der Familie des Kindes in unserer Einrichtung transparent machen.

### Aufnahme, Behandlungsplan und Behandlungsmethoden

Ausgehend von der Konzeption der Behandlung der Gesamtfamilie muß nach einer Modifikation der Aufnahmekriterien gesucht werden. Wesentliches Kriterium zur Aufnahme des Kindes sollte die Bereitschaft der Eltern sein, den Heilungsprozeß des Kindes durch ihre Beteiligung an einer Behandlung zu unterstützen.

Nach Abschluß der Diagnostik, zum Zeitpunkt der Aufnahme, wird ein Behandlungsplan aufgestellt mit folgendem Inhalt:

- das Behandlungsziel (größere Transparenz des stationären Aufenthaltes),
- Auswahl der Behandlungsmethode,
- Auswahl des Therapeuten.

Folgende Behandlungsmethoden für unsere Eltern können alternativ angeboten werden:

- gruppentherapeutische Gestalttherapie
- Lernzielorientierte Verhaltenstherapie
- Kommunikationstraining
- themenzentrierte Gesprächsgruppen
- Freizeitaktivitäten
- tiefenpsychologisch-fundierte Gruppentherapie

Arbeitsweise kann sein:

- Elterneinzelbehandlung
- Elterngruppenbehandlung
- Eltern und Kind in einer Gruppe.

### Praxis der Elternarbeit

Bei der Durchführung des Rahmenplanes ergaben sich drei Schwerpunktsbereiche, die wir im folgenden beschreiben wollen:

1. vor der Aufnahme,
2. während des stationären Aufenthaltes und
3. Nachsorge

#### 1. Vor der Aufnahme

Über die verschiedensten Institutionen werden Kinder in unserer Einrichtung vorgestellt. Es erfolgt eine Voruntersuchung, die in der Regel die Untersuchungsergebnisse der

überweisenden Stelle einbezieht. Wird eine Aufnahme des Kindes beschlossen, kommt es nun zu ersten Kontakten, die dem gegenseitigen Kennenlernen dienen. In einem sog. Aufnahmegespräch wird unserer Einrichtung mit ihren Strukturen (insbesondere die Einrichtung „Elternarbeit“) vorgestellt. An diesem Gespräch soll nach Möglichkeit auch die überweisende Stelle beteiligt sein, da sie während des Aufenthaltes und auch für die Nachsorge zur Mitarbeit herangezogen werden soll.

#### 2. Während des stationären Aufenthaltes

Nach der Aufnahme und vor der ersten diagnostischen Hausbesprechung erfolgen Hausbesuche mit dem Ziel:

- die familiäre Situation in ihrem sozialen Umfeld zu erfahren,
- die Beziehungsstruktur im häuslichen Rahmen zu erfahren,
- die Bereitschaft zur Mitarbeit zu fördern.

Aus der ersten Hausbesprechung ergeben sich – unter Beteiligung aller Mitarbeiter, die mit dem Kind zu tun haben – die ersten Arbeitshypothesen für die Behandlung der Gesamtfamilie. Inhaltlich unterscheidet sich die Elternarbeit während des Aufenthaltes in zwei Bereiche:

1. nicht professionalisierte Elternarbeit der Erzieher in den Häusern: die Arbeit der Erzieher mit den Eltern ist ein wichtiger Bestandteil des Rahmenplanes. Die Erzieher erhalten zur Vorbereitung auf die Elterngespräche ein spezielles Elterntaining, um auch schwierige Situationen sicher anzugehen. Bei komplizierten Fällen übernimmt der Gruppenberater das Gespräch. Zur Elternarbeit der Erzieher gehört: Besuchsregelung, spontane Kontakte bei Krisen, Elternsprechtage, pädagogische Gespräche i.S. einer Beratung, Freizeitaktivitäten mit Eltern und Kind (Elterntag).

2. professionelle Elternarbeit: Neben den bereits aufgezählten Behandlungsmethoden der Einzel- und Gruppentherapie wird in unserer Einrichtung das „*Elternwochenende*“ angeboten. Das Elternwochenende umfaßt jeweils ein Programm für die Eltern des Gruppenhauses unserer Einrichtung (10 Kinder), in einem zeitlichen Abstand von ca. 2 Monaten, ein Abstand von 6 Wochen wird angestrebt. Es werden alle Eltern bzw. Elternteile einer Gruppe eingeladen. Zwei diagnostische Kriterien können jedoch zum Ausschluß der Teilnahme von Eltern führen:

- a) Vorliegen einer präpsychotischen bzw. psychotischen Erkrankung,
- b) Vorliegen einer ausgeprägten abnormen Persönlichkeit, besonders im soziopathischen Bereich.

Ziel der Veranstaltung, die Samstag und Sonntag stattfindet (die Eltern können in unserer Einrichtung übernachten), ist:

- a) den Eltern eine Möglichkeit zu geben, sich untereinander kennenzulernen,
- b) den Eltern und den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, sich kennenzulernen,
- c) den Eltern, Kindern und Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, sich nach dem Prinzip spontaner Gruppen-

dynamik miteinander erleben zu können i. S. der therapeutischen Gemeinschaft,

d) Anleitungen zum sozialen Lernen im Rahmen eines vorher festgelegten Programms zu vermitteln.

Der Samstag läuft in der Regel nach folgendem Programm ab:

15.00–15.30 Uhr	Kaffeetrinken mit Eltern und Mitarbeitern,
15.30–17.30 Uhr	Gruppensitzung mit Eltern und Mitarbeitern,
17.30–18.30 Uhr	Freizeit für Eltern und Kinder,
18.30–19.00 Uhr	Abendessen mit Eltern und Mitarbeitern,
19.00–ca. 21.00	Gruppensitzung mit Eltern und Mitarbeitern.

Der Sonntag steht Eltern, Kindern und Mitarbeitern zur freien Verfügung. Das gemeinsame Frühstück der Eltern hat sich in der Praxis als besonders gruppenfördernd herausgestellt!

Erfahrungen mit dem Elternwochenende bestehen seit 1974. In der Regel kamen bisher nahezu alle eingeladenen Eltern. Eine besonders wichtige Rückmeldung für den Erfolg der bisherigen Arbeit stellte für uns die wiederholt vorgetragene Frage nach dem nächsten Wochenende dar!

### 3. Nachsorge

Der Bereich Nachsorge umfaßt den Kontakt zu den überweisenden Institutionen, therapeutische Maßnahmen für die Eltern über den Aufenthalt des Kindes hinaus, Vermittlung therapeutischer Maßnahmen und Verlaufsbeobachtung nach Entlassung des Kindes.

Ein wichtiger und noch aufzubauender Bereich stellt die Vermittlung von Pflegeeltern dar, da für einige unserer Kinder und Jugendlichen die Rückkehr in die eigene Familie kontraindiziert ist.

### Fazit

Das von uns dargestellte Konzept der Zusammenarbeit mit Eltern bzw. der speziellen Familienbehandlung kann nicht ohne weiteres für andere Einrichtungen in der Öffentlichen Jugendhilfe als Modell empfohlen werden, da in vielen Einrichtungen die personellen, aber auch finanziellen Voraussetzungen noch nicht gegeben sind. Grundlage der Zusammenarbeit mit Eltern ist jedoch eine veränderte Einstellung gegenüber Eltern bzw. der Familie eines gestörten Kindes. Unter „veränderter Einstellung“ verstehen wir besonders eine verbesserte Kommunikation zwischen Einrichtung und Eltern in Form einer partnerschaftlichen Beziehung. Die Mitbeteiligung der Eltern sowohl in der Diagnostik, aber auch in der Gestaltung des therapeutischen Planes setzt voraus, daß eine Einrichtung Eltern von gestörten Kindern in einer positiven Einstellung annimmt und sich diesen Eltern in ihrer Arbeit öffnet.

Die Praxis unserer Elternarbeit läuft nicht ohne Schwierigkeiten ab: Unsere Ansprüche an die Eltern werden z.T.

mit recht starken Widerständen und Ängsten besetzt; es kommt zur Konkurrenz zwischen Eltern und Erziehern; Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsprobleme zwischen Eltern und Mitarbeitern entstehen; unsere Angebote zur Zusammenarbeit scheitern aus sachlichen oder auch persönlichen Gründen. Unsere Zielvorstellungen in dieser Arbeit haben bisher allerdings bereits erste praktische Erfolge gezeigt:

1. Verbesserte Kommunikation zwischen Einrichtung, Eltern und Kind – bessere gegenseitige Information über den Erziehungsprozeß,
2. Abbau des „Erziehungs- und Behandlungsmonopols“ unserer Einrichtung,
3. positive Einstellung der Mitarbeiter zu den Eltern,
4. größere Transparenz des stationären Aufenthaltes für das Kind,
5. Mitbeteiligung extramuraler Institutionen i.S. der Regionalversorgung,
6. Förderung des Problembewußtseins bei den Eltern.

Inwieweit unsere Arbeit mit den Eltern den Heilungsprozeß der Kinder beeinflussen konnte, muß einer katamnestic Untersuchung vorbehalten sein. In der Gestaltung des Behandlungsplanes sehen wir allerdings deutliche Erfolge in der Zusammenarbeit mit den Eltern.

Unsere Forderung bezüglich der Elternarbeit in der von uns beschriebenen Konzeption lautet noch einmal zusammengefaßt:

1. Klare Indikation für die Zusammenarbeit mit Eltern bzw. für die Konzeption einer speziellen Familienbehandlung,
2. klare Zielvorstellung über das betroffene Kind,
3. klare Methodik (inhaltliche und personelle Kontinuität).

### Summary

#### *Cooperation with Parents in Youth Welfare*

We regard disturbed behaviour as interactional phenomena which can only be understood in connection with family dynamics. This changed conception in youth welfare led us to develop a special program of family treatment in residential homes, to be applied:

- a) before admission of the child,
- b) during residential treatment of the child,
- c) in the catamnestic phase.

The goals of the program, which was described in its most important parts, are:

- a) to attain self-responsibility of parents for future child-development;
- b) to enforce self-confidence in parents;
- c) to accelerate the process of self-regulation in the family;
- d) to make parents less anxious of „total institutions“, which too often degrade them to troublesome appendages of the child.



## Literatur

*Bateson, G., Jackson, D.D.*: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. – *Colla, H.E.*: Die Entwicklung in den Heimen. In: Betrifft Erziehung, Nov. 1976, S. 34ff. – *Kempler, W.*: Grundzüge der Gestalt – Familientherapie. Stuttgart 1975. – *Richter, H.E.*: Patient Familie. Reinbek bei Hamburg 1970. – *Ders.*: Eltern, Kind und Neurose. Reinbek bei Hamburg 1969. – *Ders.*: Die Rolle des Familienlebens in der kindlichen Entwicklung. Familiendynamik, 1 (1976). – *Ders.*: Familie und seelische Krank-

heiten. Reinbek bei Hamburg 1976. – *Satir, V.*: Selbstwert und Kommunikation. München 1975. – *Dies.*: Familienbehandlung. Freiburg i. Breisgau 1973. – *Stierlin, H.*: Von der Psychoanalyse zu Familientherapie. Stuttgart 1975. – *Watzlawick, P.*: Menschliche Kommunikation. Bonn/Stuttgart 1969.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Christian Wolf, Gografenweg 4, 2900 Oldenburg/Oldb.; Hartmut Rau, Sozialarbeiter grad., Norderbach 25, 5603 Wülfrath.