

Retzlaff, Rüdiger / Brazil, Susanne und Goll-Kopka, Andrea

Multi-Familientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 5, S. 346-361

urn:nbn:de:bsz-psydok-48179

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 bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten

Rüdiger Retzlaff, Susanne Brazil und Andrea Goll-Kopka

Summary

Multifamily therapy in children with learning disabilities

Multifamily therapy is an evidence-based method used in the treatment and prevention of severe psychiatric disorders, behavioral problems and physical illnesses in children, adolescents and adults. For preventive family-oriented work with children with learning disorders there is a lack of therapeutic models. This article presents results from an innovative pilot project- multiple family groups for families with a learning disabled child of primary school age (six to eleven years old). Based on a systemic approach, this resource-oriented program integrates creative, activity-based interventions and group therapy techniques and conveys a comprehensive understanding of the challenges associated with learning disorders. Because of the pilot character of the study and the small sample size, the results have to be interpreted with care. The results do however clearly support the wider implementation and evaluation of the program in child guidance clinics, social-pediatric centers, as well as child and adolescent clinics and schools.¹

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 346-361

Keywords

learning disabilities – multi-family therapy group – systemic family therapy – learning disorders

Zusammenfassung

Multi-Familiientherapie ist ein evidenzbasiertes Verfahren zur Behandlung und Prävention von schweren psychischen Störungen, Verhaltensproblemen und körperlichen Krankheiten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Für die präventive familienorientierte Arbeit mit Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen gibt es bislang kaum Beratungskonzepte. In diesem Beitrag werden Erfahrungen mit dem Multi-Familienprojekt „Besondere Kinder“ vorgestellt, das für Grundschul Kinder mit Lernauffälligkeiten und ihre Familien entwickelt wurde. Auf systemischer Grundlage verbindet das innovative Programm kreative ressourcen- und handlungsorientierte familientherapeutische Interventionen mit gruppentherapeutischen Techniken. Dabei

¹ Das Projekt wurde mit finanzieller Unterstützung der Aktion Corporate Citizenship der SAP AG/ Wiesloch in Zusammenarbeit mit Beziehungsweise e.V. und dem Psychologischen Zentrum für Diagnostik und Förderung von Schulleistungen (PZS) der Arbeiterwohlfahrt/Heidelberg durchgeführt.

vermittelt es ein umfassendes Verständnis der besonderen Herausforderungen und Belastungen, die mit Teilleistungsstörungen einhergehen. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie müssen wegen der niedrigen Fallzahl zurückhaltend interpretiert werden, sprechen jedoch für eine breitere Anwendung des Programms in Beratungsstellen, sozialpädiatrischen Zentren, kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und Schulen und weitergehende wissenschaftliche Evaluation.

Schlagwörter

Teilleistungsstörung – umschriebene Entwicklungsstörung – Multi-Familientherapie – systemische Therapie

1 Kinder mit Teilleistungsstörungen

Bei einer erheblichen Anzahl von Kindern bestehen Beeinträchtigungen des Lernens, die durch deutliche Schwierigkeiten im Erwerb und Gebrauch des Sprechens, Hörens, Lesens, Schreibens, dem logischen Schlussfolgern oder der Rechenfähigkeit gekennzeichnet sind. Betroffenen Kindern fallen bestimmte kognitive Aufgaben wie Rechnen und Schreiben schwer, sie sind motorisch ungeschickt oder können sich nicht gut artikulieren und werden deshalb rasch ungeduldig. Andere Kinder können soziale Signale nicht gut einordnen oder verarbeiten taktile Reize in besonderer Weise. Zusätzlich Probleme bestehen meist in den Bereichen des selbstregulatorischen Verhaltens, der sozialen Wahrnehmung und der sozialen Interaktion, oft in Verbindung mit Aufmerksamkeitsstörungen. Sie treten gehäuft bei sensorischen Wahrnehmungsstörungen, bei schweren emotionalen Störungen und geistigen Behinderungen auf, sind aber nicht mit diesen gleichzusetzen – es gibt auch hochbegabte Kinder mit Teilleistungsstörungen. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wird der Oberbegriff „umschriebene Entwicklungsstörungen“ (F80 bis F83) verwendet (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2000). Zu dieser heterogenen Gruppe von Störungen zählen Entwicklungsstörungen des Sprechens, expressive und rezeptive Sprachstörungen, Rechenstörungen (Jacobs u. Petermann, 2005), Lese-Rechtschreibstörungen (Warnke Hemminger, Plume, 2004) und auditive Wahrnehmungsstörungen. Die Prävalenz wird je nach Untersuchung mit 5 % bis 15 % der Schulkinder angegeben (Gaddes u. Edgell, 1994). Lern- und Entwicklungsstörungen stellen für betroffene Kinder, aber auch für ihre Familie eine dauerhafte Belastung dar. Typische Auswirkungen auf die individuelle Entwicklung von Kindern sind ein niedriges Selbstwertgefühl, depressive Verstimmungen, Stress, Unsicherheit und ein negatives Selbstbild. Werden umschriebene Entwicklungsstörungen nicht erkannt oder richtig eingeordnet, können schulische Leistungsanforderungen zu einem erheblichen Stressfaktor werden, die Konflikte zwischen Eltern, Kindern und Lehrern nach sich ziehen. Auch die Beziehung zu Geschwistern kann leiden, wenn das häufig erforderliche besondere Engagement für das Kind mit der Lernschwäche eifersüchtige Reaktionen und Rivalität auslöst.

Die Schule wird von betroffenen Kindern oft als eine Stätte konstanten Misserfolgs erlebt. Wenn Teilleistungsstörungen mit Beeinträchtigungen der sozialen Problemlösefertigkeiten einhergehen, kann sich dies nachteilig auf die sozialen Beziehungen des Kindes auswirken, denn die erfolgreiche Kommunikation mit Gleichaltrigen setzt komplexe kognitive und Wahrnehmungsfertigkeiten voraus. Langfristig besteht das Risiko, in eine Außenseiterrolle zu geraten und stigmatisiert zu werden. Es überrascht nicht, dass Lernschwierigkeiten nachteilige Auswirkungen auf den Schulerfolg und auf künftige Berufschancen haben und hohe gesellschaftliche Kosten verursachen. Die Rate von Schulabbruch, Delinquenz und Substanzmissbrauch unter Jugendlichen mit Teilleistungsstörungen ist deutlich erhöht (Karacostas u. Fisher, 1993; Larson, 1988). Ohne sorgfältige Diagnostik werden umschriebene Entwicklungsstörungen leicht übersehen. Im Kontext von Beratungsstellen, kinderpsychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen werden die betroffenen Kinder häufig nicht wegen einer Teilleistungsstörung, sondern wegen sekundärer Probleme vorgestellt – etwa einer sozialen Unsicherheit, Selbstwertproblemen oder allgemeinen Schwierigkeiten mit der Schule. Viele Eltern und Lehrer glauben, dass die Schwierigkeiten auf mangelnde Motivation, familiäre Probleme oder emotionale Konflikte zurückzuführen sind, ohne die neuropsychologischen Beeinträchtigungen richtig einzuschätzen. In Psychotherapien schildern erwachsene Patienten eindrucksvoll, wie sie als Kinder unter dem mangelnden Verständnis von Eltern und Lehrern gelitten haben, ihre Probleme aber selbst nicht richtig einzuordnen vermochten.

Die Dekonstruktion von Etikettierungen und das Verflüssigen von Diagnosen gehören zum Standardvorgehen systemischer Therapie (v. Schlippe u. Schweitzer, 2003). Die Validität von diagnostischen Kategorien wird hinterfragt und kritisiert, die ihnen zu Grunde liegenden gesellschaftlichen Normen würden Kindern nicht gerecht (Reinhard, 2002, 2003). Doch das Akzeptieren eines diagnostischen *labels* kann Kinder und Familien entlasten und eine positive Adaptation fördern (de Shazer u. Lipchik, 1982; Grunebaum u. Chasin, 1978; Retzlaff, 2007; Rolland, 1994; Spitzcok von Brisinski, 1999). Aus Perspektive der systemischen Familienmedizin und des biopsychosozialen Modells sind neurobiologische Faktoren ebenso relevante Teilaspekte von Systemen wie psychosoziale Faktoren (Cierpka, Krebeck, Retzlaff, 2001; Engel, 1977). Die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung werden auch von Psychotherapeuten zunehmend rezipiert: Menschliches Verhalten und Bewusstsein ist an ein neurobiologisches Substrat gebunden, dessen Ausformung und Funktionsweise jedoch stark von psychischen und interaktionellen Prozessen im sozialen Umfeld abhängt (Birbaumer u. Schmidt, 2006). Familiäre und individuelle Faktoren werden in der systemischen Familienmedizin nicht für die Genese von körperlichen Erkrankungen verantwortlich gemacht, sondern biomedizinische Vorgänge und psychosoziales Geschehen beeinflussen sich wechselseitig. Familiäre Faktoren können den Verlauf einer Krankheit oder gesundheitlichen Einschränkung günstig oder ungünstig beeinflussen und sind ein wichtiger Ansatzpunkt für therapeutische und präventive Maßnahmen (McDaniel, Hepworth, Doherty, 1997).

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die von der Weltgesundheitsorganisation als Ergänzung des ICD-10 entwickelt wurde, orientiert sich nicht primär an medizinischen Diagnosen, sondern berücksichtigt die große Bandbreite einiger hundert menschlicher Fähigkeiten und ihrer Ausprägung, über die Menschen verfügen können. Explizit besteht der Anspruch, neben Defiziten auch Kompetenzen und Fertigkeiten zu erfassen (DIMDI, 2002). Das neuropsychologische Profil jedes Kindes ist sehr unterschiedlich; deshalb lernt jedes Kind auch auf ganz individuelle Weise (Gardner, 2002; Levine, 1993). Geeigneter als Formulierungen wie „Teilleistungsstörung“ wären deshalb Begriffe wie „unterschiedliche Lernstile“ oder „Teilleistungsfertigkeiten“, die in besondere Weise die Verschiedenheit von Kindern würdigt. Die besonderen Kompetenzen und unterschiedlichen „Intelligenzen“ müssen vom Kind, seinen Eltern und Lehrern richtig eingeschätzt und gewürdigt werden, andernfalls werden Kinder mit Teilleistungsstörungen durch das Schulsystem zu einseitig beurteilt (Levine, 1994). Den Eltern sollte geholfen werden, Schwierigkeiten beim Lernen als etwas zu sehen, dass nur einen kleinen Teil des großen Potenzials eines Kindes betrifft. Das mangelnde Selbstwertgefühl, das bei den Kindern mit Teilleistungsstörungen, aber auch bei ihren Eltern infolge ihres scheinbar fruchtlosen Bemühens um schulische Entwicklung besteht, ist auch darauf zurückzuführen, dass den Eltern und Kindern ein begrifflicher Rahmen fehlt, um ihre Situationen adäquat einordnen zu können. Damit wird die Entwicklung geeigneter familiärer Strategien für den Umgang mit Lernschwierigkeiten eingeschränkt und viele fürsorgliche Angebote von Seiten der Eltern oder anderer Bezugspersonen an das Kind können nicht effektiv umgesetzt werden.

Kinder mit Teilleistungsstörungen benötigen neben einer sorgfältigen diagnostischen Abklärung und gezielter individueller Fördermaßnahmen durch Psychologen, Heilpädagogen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten, eine Familienberatung (Selig, Schell, Scholz, Asen, 2002). Die Familie ist der primäre Ort für die Unterstützung des Kindes (Cierpka et al., 2001) und eine zentrale Ressource mit einem nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Für die Bedeutung des sozialen und insbesondere des familiären Kontexts, des elterlichen Verhaltens und des Erziehungsstils (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000) für die Anpassung und die Entwicklung betroffener Kinder (Hechtman, Weiss, Perlman, 1984; Strehlow, 2004; v. Suchodoletz, 2003) gibt es zahlreiche empirische Belege. Untersuchungen zeigen, dass zwischen kindlichen Entwicklungsstörungen und familiären Organisationsmustern Wechselbeziehungen bestehen. Insbesondere in der Entwicklungstherapie von teilleistungsgestörten Kindern hat sich gezeigt, dass Behandlungserfolge schneller und gezielter zu erreichen sind, wenn Eltern aktiv das Lebensumfeld des Kindes entwicklungsfördernd gestalten (Bode, 2002; Goll-Kopka, 2004; Weiß, 2002). Der Erfolg von lerntherapeutischen Anstrengungen wird durch die Art und Weise begrenzt bzw. potenziert, wie mit dem Kind und seinen Besonderheiten umgegangen wird.

Angesichts der großen Zahl an betroffenen Kindern und der hohen Belastung für Familien erscheint ein präventiver, therapeutisch wirksamer Interventionsansatz erforderlich, der nicht allein auf das einzelne Kind fokussiert, sondern zumindest seine

Familie und idealerweise auch das schulische Umfeld einbezieht. Die familienbezogene Arbeit schafft einen Rahmen, in dem alle Familienmitglieder miteinander über ihre jeweilige Situation mit dem „besonderen“ Kind sprechen können und ihre Geschichten und Perspektiven darstellen können. Das Bemühen, die unterschiedlichen Problembeschreibungen und die bisherigen Umgangsweisen der Familienmitglieder in Erfahrung zu bringen, bildet die Grundlage, neue Umgangsweisen miteinander zu entwickeln und auszuprobieren. Die sozial geschaffene Bedeutungsgebung und die Interaktion „rund um die Entwicklungsbeeinträchtigung oder Teilleistungsstörung“ kann teilweise mehr Einfluss auf das Erleben der Familienmitglieder bekommen als die Beeinträchtigung selbst (v. Schlippe u. Schweitzer, 2003). In Befragungen äußern fast 70 % der Eltern den Wunsch, sich mit anderen Eltern auszutauschen (Brambring, 1997). Bei der Evaluation von angeleiteten Gruppenangeboten für Eltern wird deutlich, dass diese die Selbsthilfe-, Alltags- und Erziehungskompetenzen stärken.

2 Multi-Familientherapie

Multi-Familiengruppen sind ein Verfahren der systemischen Therapie, die psychoedukative Elemente mit gruppentherapeutischen und systemischen Interventionen verbindet. Sie wurden vor über 50 Jahren zunächst für die Arbeit mit Patienten mit Psychosen und ihren Familien entwickelt (Laqueur, LaBurt, Morong, 1971). In den 70er Jahren wurde das Modell für Alkohol- und Drogenmissbrauch adaptiert (Kaufman u. Kaufmann, 1981). Heute findet es zunehmend auch bei körperlich kranken Patienten und ihren Familien Anwendung (Steinglass, 1998). Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie wird Multi-Familientherapie bei der Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa (Scholz u. Asen, 2001; Asen u. Scholz, 2008), schweren sozialen und emotionalen Störungen (Asen, Dawson, McHugh, 2001), bei Multiproblemfamilien und bei obdachlosen Familien (Fraenkel, Shannon, Brandt, 2001) angewandt. Eine Übersicht über die empirische Evidenz des Modells als Behandlungsverfahren für Kinder und Jugendliche geben McDonell und Dyck (2004).

An MFT-Gruppen nehmen in der Regel fünf bis acht Familien mit Angehörigen teil, die an ähnlichen Beschwerden leiden, an sechs bis zwölf zweistündigen Gruppensitzungen, die im ambulanten Setting meist vierzehntägig bis vierwöchentlich stattfindenden. Die Gruppen beginnen meist mit einer strukturierten, psychoedukativen Phase, die in eine psychotherapeutische Phase übergeht, in der stärker mit systemischen Interventionen gearbeitet wird. Sie werden von zwei Therapeuten geleitet. Nehmen an den Gruppensitzungen jüngere Kinder teil, ist es zweckmäßig, dass weitere Gruppenhelfer zur Verfügung stehen. Multi-Familientherapie lässt sich darüber hinaus auch teilstationär durchführen, hier nehmen für ca. eine Woche täglich für etwa sechs Stunden sechs bis acht Familien an einer MFT-Gruppe in verschiedenen Settings – gemeinsame Gruppentherapien, kreative Therapien, getrennte Eltern- Kinder- Geschwisterrunden etc. teil. Ein Variante sind MFT-Gruppen im

stationären Setting, etwa im Rahmen der familienorientierten Rehabilitation oder in Suchtkliniken, die meist an Angehörigentagen stattfinden.

MFT-Gruppen verbinden Wirkfaktoren der Gruppen- und der Familientherapie. Die Arbeit in Mehrfamiliengruppen ermöglicht die Nutzung gruppentherapeutischer Interventionen wie z.B. gegenseitige Unterstützung, konstruktive Kritik und Modelllernen (Yalom, 2007). Die Anwesenheit von mehreren Familien mit ähnlichen Störungen und Krankheitsbildern wirkt auf den Indexpatienten, aber auch auf Angehörige entlastend. Beispielsweise erfahren betroffene Kinder, ihre Eltern, und Geschwister, dass andere Familien sich mit ähnlichen Rollenmustern um eine Krankheit- oder Störung herum organisiert haben. In MFT-Gruppen sind Familien offener, denn sie erleben, dass andere Familien sich in einer vergleichbaren Lage befinden. Im Gruppenprozess – zum Beispiel bei der Arbeit mit Subsystemen in einem Geschwisterkreis- werden eigene Interaktions- und Kommunikationsmuster von dritten Personen „gespiegelt“. Gleichzeitig gibt es durch die Verschiedenheit der Familien in den Gruppen immer wieder Gelegenheit, sich untereinander Anregungen zu geben, Ideen auszutauschen, neue Lösungen zu finden und Feedback zu geben. 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 (Retzlaff, 2007). Hauptziel der MFT-Arbeit sind die Aufklärung über konstruktive Muster im Umgang mit der Krankheit oder der Beeinträchtigung, die Aktivierung von Selbsthilfekräften und Ressourcen, und die Förderung der sozialen Vernetzung der Familien (Asen, 2006; Asen u. Scholz, 2008).

3 Das Projekt „Besondere Kinder“

Dieses Multi-Familiengruppen-Projekt ist ein strukturiertes Konzept für die Arbeit mit Familien, die ein Grundschulkind mit Lernschwierigkeiten haben (Stern, 2002). Fünf bis acht Kinder mit Teilleistungsstörungen und ihre Familien und Geschwister nehmen an neun bis zwölf strukturierten Sitzungen teil. In einer Pilot-Phase wurde das ursprünglich in den USA entwickelte Programm für die Durchführung im hiesigen kulturellen Kontext adaptiert, umfangreiche Materialien für die Gruppenarbeit erstellt, und mit insgesamt drei Gruppen angewendet.

3.1 Inhaltliche Zielsetzungen

Das Ziel der MFT-Gruppen bestand darin, Eltern zu unterstützen ein besseres Verständnis ihrer Kinder zu entwickeln und den Kindern zu helfen, sich selbst besser zu verstehen und die emotionalen Auswirkungen zu erkennen. Aufklärung und Informationsmaterialien dienen dazu, die Lernbeeinträchtigung zu entmystifizieren. Das Programm hilft Eltern, Lernschwierigkeiten als Ausdruck der normalen Variabilität und der Vielseitigkeit von Kindern zu verstehen. Das Problem des Kindes wird normalisiert und zu einem

Thema, das nicht das Familienleben beherrscht, sondern einen angemessenen, nicht allzu dominanten Raum einnehmen sollte. Die Familien und Kinder sollen neue Lösungswege für den Umgang mit der Lernbeeinträchtigung finden und kooperative Strategien im Umgang mit dem Schulsystem und Behandlern zu entwickeln. Ein weiteres zentrales Ziel ist das Erkennen und die Würdigung der Stärken der Kinder durch die Familie, um das Selbstwertgefühl und das Gefühl der Kohärenz zu fördern. Die Stärken des Kindes und seiner Familie werden in den Gruppen aktiv genutzt. Neben den individuellen Ressourcen der Kinder nehmen die Stärken der Familie als Ganzes in dem Modell einen zentralen Stellenwert ein. Die Stärken der Familien werden aufgespürt und weiterentwickelt. Das Kind wird ermutigt, zu einem Experten für seine Stärken, Limitierungen und Schwächen beim Lernen zu werden. Die Eltern werden eingeladen, gemeinsam kreativ nach Lösungen für etwaige Probleme zu suchen, statt in einer klagenden oder anklagenden Position zu verharren. Das Kind kommt damit in eine aktive Rolle gegenüber der Lernbeeinträchtigung, statt passiv zu reagieren. Bildlich gesprochen ist es nicht länger Passagier, sondern setzt sich auf den Fahrersitz.

In den MFT-Gruppen kommt eine Fülle von kreativen, lebendigen, aktionsorientierten Interventionen zum Einsatz, verschiedene Sinnesbereiche werden angeregt und ein Lernen auf der Erfahrungsebene begünstigt. Durch die Arbeit mit dem ganzen Familiensystem wird ein Teamgefühl aufgebaut, „dies ist ein Problem von uns allen – zusammen werden wir das schaffen!“ Die teilnehmenden Familien werden dadurch wechselseitig zu einem gemeinsamen Unterstützungsteam, das die betroffenen Kinder ermutigt. Die MFT-Gruppen ermöglichen Familien, sich nicht nur als „Ratsuchende“ sondern zugleich als „Beratende“ zu erleben. Damit werden erste Schritte in Richtung von Selbsthilfe und einer intensiveren Vernetzung getan. Familien, die ein gemeinsames Problem teilen, können einander am besten helfen, ihre Selbsthilfekräfte und Ressourcen zu entfalten – dies ist die Kernaussage des Projektes. Die interfamiliäre Kommunikation wird gestärkt und in der Gruppe eine Stimmung erzeugt, die die familiäre Kohärenz fördert (Antonovsky u. Sourani, 1988). Die Interventionen zielen auf Handlungsmuster, die innerhalb eines Systems und zwischen den einzelnen Systemen wiederkehren und die Symptome aufrechterhalten.

3.2 Interventionen innerhalb der MFT-Gruppe

Normalisierung von Lernproblemen. Teilleistungsstörungen werden in den Kontext der Stärken und Schwächen eingeordnet. Metaphern und spielerische Aktivitäten vermitteln ein neues Verständnis, wie komplex das menschliche Bewusstsein ist und wie viele Faktoren am Lernen beteiligt sind. Das Verständnis von Lernvorgängen wird durch eine Reihe von kniffligen, spielerischen Übungen vertieft, die bei den Eltern vorübergehend ein „Lern-Handicap“ induzieren. Innerhalb von wenigen Minuten berichten sie, sich unzulänglich, frustriert und defensiv gefühlt zu haben – Gefühle, die ihren Kindern allzu vertraut sind. Diese Übungen führen zu einem Perspektivenwechsel und einer größeren Empathie gegenüber dem Kind.

Induktion von Hoffnung. Viele Kinder mit Teilleistungsstörungen sind der Überzeugung, mit anderen Kindern nicht mithalten zu können und in einer komplexen, verwirrenden Welt ihren Weg nicht zu finden. Durch Ratespiele und Videoclips werden Beispiele von Erwachsenen gezeigt, die trotz Lernschwierigkeiten erfolgreich waren, außerdem wird den Kindern die Wirkung von sich selbst erfüllenden Vorhersagen erläutert.

Aufklärung und Information. Den Familienmitgliedern wird mit anschaulichen Bildern, mit Metaphern und Teile-Aufstellungen auf spielerische Art und Weise ein Modell des Gehirns und von kognitiven Prozessen und Lernvorgängen vermittelt. Besonders betont wird, dass Menschen verschiedene Intelligenzen besitzen können, das Schulsystem meist nur einen Teil dieser „Intelligenzen“ selektiv bevorzugt.

Emotionale Auswirkungen von Teilleistungsstörungen. Diese Übungen nehmen im Gruppenprogramm einen zentralen Platz ein. Mit kreativen Techniken wie Problemexternalisierungen, Teilarbeit mit Handpuppen, in paradoxen Rollenspielen und in Konsultationen mit den Kindern als Experten, werden die entmutigenden Wirkungen von Teilleistungsstörungen verdeutlicht und durch hoffnungsvollere Szenarien ersetzt. Die Familien begegnen dem Kannichtosaurus – eine üble Gestalt, die durch einen Handpuppen-Saurier repräsentiert wird, der Kindern einredet, dass sie nichts können und immer alles verkehrt machen. Kinder und viele Eltern berichten spontan, dass ihnen dieser Bursche schon häufiger über den Weg gelaufen ist. Als nächstes wird der „Stachel“ vorgestellt, eine aggressiv aussehende Bienen-Handpuppe, die es besonders auf Eltern abgesehen hat. Eltern, die „gestochen“ wurden, reagieren auf ihre Kinder allergisch. Sie sind rasch gereizt, sind fest überzeugt, dass ihre Kinder dumm und faul sind und sagen Dinge, die ihrem Kind „einen Stich“ geben. Die MFT-Gruppe wird in Subgruppen von Eltern und Kindern unterteilt, und mit Handpuppen können Szenen gespielt werden, die typischerweise problematisch sind, wie „Morgens beim Aufstehen“, „Elterngespräch mit dem Klassenlehrer“, „Hausaufgaben“ oder „Bettzeit“. In der Regel werden die Kinder gebeten, mit Handpuppen den Part von Eltern oder Lehrern zu übernehmen, während die Eltern die Rolle von Kindern übernehmen. Die Familien beratschlagen anschließend, was sie tun können, um den Kannichtosaurus und den Stachel zu zähmen. Die Eltern können gemeinsam mit Handpuppen eine Gruppe völlig resignierter Eltern spielen, während die Kindern im Außenkreis Handpuppen auftreten lassen, die als Experten den Elternpuppen kompetente, einfallsreiche Ratschläge geben, was sie alles tun können. Ältere Kinder können mit Skalierungen erkunden, wie sehr ihre Teilleistungsstörung ihr Leben beherrscht und wie sie deren Einfluss zurückdrängen können.

Problemlösestrategien für zu Hause. Das systemische Modell geht von der Annahme aus, dass menschliche Probleme auf untaugliche Lösungsversuche zurückzuführen sind, die das Problem aufrechterhalten und verschlimmern (Retzlaff, 2008). Das Modell von eskalierenden symmetrischen Kreisläufen oder „Teufelskreisen“ wird in den MFT-Gruppen gemeinsam rekonstruiert. Mit Hilfe von Verschlimmerungsfragen wird ein „Drehbuch für einen üblen Tag bei den Hausaufgaben“ entwickelt. Eltern und Kinder besitzen großes Detailwissen über typische Problemmuster und

können eine Fülle an Ideen präsentieren, was der Junge und seine Mutter tun können, damit sie sich ganz sicher verrennen. Lösungs- und Ausnahmefragen dienen dann dazu, Strategien zu finden, um diesen Kreis zu unterbrechen. Als nächster Schritt kann erläutert werden, dass dieser Zirkel an jeder Stelle unterbrochen werden kann: „Welche Ideen und Erfahrungen habt ihr, wie ihr aussteigen oder etwas anderes tun könnt?“ Den teilnehmenden Familien wird das Problemlösemodell vermittelt und es werden weitere Aufgaben besprochen, die von den Familien zu Hause gelöst werden sollen.

Kooperation zwischen Familie und Schulsystem. Kinder entwickeln sich emotional und kognitiv besser, wenn Eltern und Lehrer zusammenarbeiten, miteinander im Gespräch sind und ihre Einschätzungen, Ideen und Schwierigkeiten des Kindes in der Schule besprechen. Mit den Familien werden deshalb Strategien erarbeitet, um mit dem Schulsystem zu einer guten Zusammenarbeit zu finden, statt in charakteristische Muster von wechselseitigen Schuldzuweisungen zu geraten, bei denen die Bedürfnisse des Kindes zu kurz kommen. Kinder und Eltern probieren in Rollenspielen welche Strategien konstruktiv oder eher kontraproduktiv sind, damit die Eltern ein partnerschaftliches Verhältnis zur Schule entwickeln und als kompetente Fürsprecher für ihre Kinder auftreten können.

Vernetzung von Familien mit ähnlichen Problemen. Im Verlauf der Gruppe werden die Eltern ermutigt, sich bei alltäglichen Problemen gegenseitig zur Seite zu stehen. Wenn Eltern erkennen, dass sie als Experten bei ihren Problemen eingreifen können, sich Kompetenzen zutrauen und sich gegenseitig coachen können, wird das Familienselbstbild gestärkt. Durch den Austausch von Adressen, die Verabredung von Nach-Treffen und sozialen Aktivitäten während und nach der Gruppenzeit wird die Vernetzung gefördert.

Zukunftsvisionen. Beim Abschluss der MFT-Gruppen kommen zukunftsorientierte systemische Techniken zum Einsatz. Mit dem „Zauberstab“ werden magische Wünsche für die Zukunft gestellt, Familien entwickeln Zukunftscollagen, oder ein Familien-Motto für die Zeit vor ihnen. Mit zukunftsorientierten hypothetischen Fragen und der Technik der „Reportagen aus der Zukunft“ wird erkundet, auf welche positiven Schritte die Familie im 200x zurückblicken kann, wenn es ihr insgesamt gut geht. Beim Gruppenabschlussritual erhalten alle Teilnehmer eine für sie ausgestellte Urkunde, um die neu errungenen Fähigkeiten und Erkenntnisse zu untermauern.

3.3 Beschreibung der teilnehmenden Familien

Die teilnehmenden Familien wurden durch das Psychologische Zentrum für Diagnostik und Förderung von Schulleistungen/PZS, eine Beratungsstelle in Trägerschaft der Arbeitswohlfahrt, rekrutiert. Nach der testpsychologischen Untersuchung der Kinder in dem Zentrum wurde den Familien eine Teilnahme an dem Projekt angeboten. Von den teilnehmenden Kindern befanden sich etwa 50 % in lerntherapeutischer Behandlung an der zuweisenden Einrichtung (PZS).

Voraussetzung für die Gruppenteilnahme waren ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, Vorliegen einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, Alter des Indexpatienten zwischen sechs und elf Jahren und die verbindliche Bereitschaft zur Teilnahme an den Gruppenterminen der Kinder, Eltern und Geschwister.

Der Altersschwerpunkt der Indexpatienten lag bei durchschnittlich neun Jahren. Die teilnehmenden Geschwister waren zwischen 5 und 19 Jahren alt, der Mittelwert lag bei 9,5 Jahren. Die Diagnosen der Indexpatienten waren Lese-Rechtschreibschwäche (13) Dyskalkulie (3), visuelle Teilleistungsstörung (3), visuomotorische Teilleistungsstörung (5), graphomotorische Teilleistungsstörung (3). Mit den teilnehmenden Familien wurden ein bis zwei Vorgespräche durchgeführt, in denen der Ablauf und die der Gruppen, Veränderungswünsche und Ziele von Eltern und ihren Kindern besprochen wurden. In zwei Gruppen nahmen sechs, in einer weiteren Gruppe fünf Familien teil. Die überwiegend Zahl der Väter und Mütter hatte dreijährige Ausbildungsberufe (N = 20), lediglich 14 hatten Hochschul- bzw. Fachhochschulabschlüsse.

3.4 MFT-Gruppenleiter

Die MFT-Gruppen wurden von jeweils zwei psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit systemischer Ausbildung und Erfahrung in Multi-Familientherapie geleitet. Sie wurden von zwei Praktikanten unterstützt. Zur Evaluation des Gruppenprozesses wurden von allen Sitzungen Videoaufnahmen angefertigt und schriftliche Rückmeldebögen von den Familien am Ende der Gruppen ausgefüllt.

3.5 Durchführung der MFT- Gruppen

Die drei Gruppen trafen sich 10, 12 und 9 Sitzungen mit Doppelstunden. Die Termine fanden wöchentlich statt, sowie ergänzend an ein bis drei Samstagnachmittagen für vier Stunden. Die längeren Nachmittagsgruppensitzungen ermöglichten zeitaufwändigere Aktivitäten, wie Gruppenspiele und gemeinsame Mahlzeiten zur Stärkung der Gruppenkohäsion.

Fallbeispiel 1: Der zehnjährige Sebastian, ein Einzelkind, hatte infolge einer ausgeprägten Leseschwäche in der Grundschule einen schweren Stand. Zu Beginn der MFT-Gruppe stand er auf der Warteliste für eine einzeltherapeutische Lernförderung am PZS. Seine Mutter, 38 J., Hausfrau war eine stille, zurückhaltende Frau, die ihren Sohn sehr zu unterstützen versuchte. Der 45-jährige Vater war in leitender Position in der EDV-Branche tätig und beruflich sehr eingespannt. Im Gegensatz zur Mutter reagierte er abwertend und fordernd auf die Probleme des Sohnes. Auch in den Gruppensitzungen trat er zunächst dominant, anklagend und seinen Sohn kritisierend auf und äußerte, er müsse dem Jungen „mal richtig eins über die Löffel geben, um ihm Verstand und Benehmen einzutrichtern“. Zuhause im familiären Umfeld und mit Freunden sowie mit Klassenkameraden fiel Sebastian durch seine ausgeprägte Passivität auf. Es war

offensichtlich, dass er unter starker psychischer Anspannung stand und einem erheblichen Leistungsdruck von Seiten des Vaters und der Lehrerin ausgesetzt war.

Beim Rollenspiel mit dem „Kannichtosaurus“ und dem „Stachel“ hat die Familie zum ersten Mal erkannt, wie mächtig diese Biester bei ihnen zu Hause geworden waren. Sebastian wurde von dem Kannichtosaurus mit Sätzen wie „du bist so blöd; du schaffst es nie, weil du kapiert nichts“ gequält und seine Eltern wurden von der Biene „Stachel“ laufend in Konflikten „angestachelt“ durch Sätze wie „du (gerichtet an die Mutter vom Stachel) sagst dem Jungen nie, was du von ihm verlangst; du verhättschelst den Kerl“ und der Vater wurde mit Sätzen wie „du brüllst ja nur rum“, „Fordere ihn heraus, damit was aus ihm wird, aber der Junge lernt dadurch auch nicht besser“ konfrontiert.

Bei der Teufelskreisanalyse öffneten sich Sebastian und seine Familie sehr und beteiligten sich aktiv am Gruppenprozess. Die anderen Familien gaben ihnen gezielt Feedback, als die Familie ihr typisches Eskalationsmuster zeigte: Mutter und Sohn lernen, Vater kommt heim und stellt abstrakte Ansprüche, Forderungen nach mehr Leistung, weitere Steigerung der Eskalation.

Sebastian entwickelte durch die Anteilnahme und Ermunterung der anderen Gruppenteilnehmer Kraft genug, um zu äußern, wie positiv es für ihn ist, wenn der Vater bei der Arbeit ist und er nicht seinem massiven Druck ausgesetzt ist. Ein Rollentausch, bei dem die Kinder Eltern spielten und die Eltern die Rolle von Sebastian einnahmen, führte zu einer Reihe von sehr konstruktiven Lösungsideen. Sebastian nahm sehr gerne die Hilfe des Vaters an, aber nur bei bestimmten Aufgaben wie zum Beispiel Mathematik. Die Mutter wurde entlastet, indem er mit ihr vereinbarte, zunächst selbständig zu lernen und sie nur nachprüfen sollte, was er in der gegebenen Zeit bereits erreicht hatte. Sebastian entwickelte durch die Anregungen der anderen Kindern und Eltern eigene Ideen, wie er besser mit seinen Lehrern umgehen konnte. Beispielsweise übte er mit Hilfe der anderen Kinder verschiedene Formulierungen zu Fragen und Themen, die er mit Lehrern klären sollte. Durch die gezielte therapeutische Arbeit in der MFT-Gruppe machte er so gute Fortschritte, dass eine Lerntherapie nach Einschätzung des PZS nicht länger erforderlich war. Von der Schule erhielt er statt der ursprünglich angekündigten Hauptschulempfehlung schließlich sogar eine Realschulempfehlung, was durchaus seinem getesteten Intelligenzniveau entsprach. Auch das Freizeitverhalten der Familie änderte sich – früher hatte es keine wirkliche freie Zeit gegeben, weil der Druck zu lernen so stark war. Die Familie konnte jetzt regelmäßig schöne Freizeitunternehmungen machen, statt immer nur gemeinsam zu lernen. Überraschenderweise strukturierte der Vater seine Berufstätigkeit so um, dass er früher heimkehrte, um mit dem Sohn gemeinsamen befriedigenden Aktivitäten nachzugehen.

Ein Jahr nach Gruppenende teilte der Vater in einem Brief an die Gruppenleiter mit, wie sehr sich die Beziehung zu seinem Sohn durch die MFT-Gruppe verändert hatte, insbesondere begründet durch die Rückmeldungen der anderen Gruppenteilnehmer, die zum Nachdenken angeregt hatten – der ganzen Familie ginge es viel besser.

Fallbeispiel 2: Der achtjährige Fynn litt an einer ausgeprägten Lese-Rechtschreib-Schwäche; er wurde von einer Ergotherapeutin gefördert. Der Vater, 35 Jahre, war leitender

Büroangestellter. Er konnte mit Fynn mitfühlen, weil er selber an dem gleichen Problem in seiner Schulzeit gelitten hatte. Doch er wusste selbst nicht recht, wie er dem Sohn helfen konnte, weil er die Problematik nicht richtig einzuschätzen vermochte. Die Mutter dagegen war insgesamt sehr negativ eingestellt. Sie hielt Fynn für dumm und faul und beschäftigte sich sehr viel stärker mit seiner zwölfjährige Schwester, die mit der Schule weitgehend unkompliziert zurechtkam. Nach Einschätzung der überweisenden Einrichtung hatte Fynn zusätzlich erhebliche psychische Beeinträchtigungen. Bei den Übungen zur Auslösung von „Teilleistungsstörungen“ bei den Eltern entwickelten die Mutter und der Vater spontan ein Verständnis und Empathie für Fynn. Für den Vater war diese Einsicht in doppelter Hinsicht befreiend, weil er zum ersten Mal ein Verständnis seiner eigenen Schwierigkeiten in der Kindheit erlangte. Fynn und seine Eltern reagierten auf die Schaubilder von Neuronennetzwerken und die Theorie vielfältiger Begabungen mit großem Interesse und konnten Fynns Fähigkeiten und Schwächen sehr viel positiver einschätzen. Auch das Modell von symmetrischen eskalierenden Interaktionsschleifen leuchtete unmittelbar ein. Die Eltern waren sehr viel geduldiger mit Fynn und entschieden mit ihm zusammen, dass Fynn die dritte Klasse wiederholen sollte. Die Anspannungen im Alltag der Familie verschwanden, der innerfamiliäre Stress ließ deutlich nach. Nachdem zunächst der Wechsel an eine Haupt- oder Förderschule zur Diskussion gestanden hatte, hat Fynn inzwischen eine Realschulempfehlung erhalten.

4 Zwischenbilanz

Die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt mit drei MFT-Gruppen für Familien mit Kindern mit Teilleistungsstörungen sind ermutigend. Von den teilnehmenden Familien wurde das Programm insgesamt gut angenommen, was sich unter anderem in der hohen Adhäsionsrate zeigt – 16 von 17 Familien waren bei allen Gruppensitzungen bis zum Ende des Programms komplett anwesend. Die hohe Partizipation von berufstätigen Vätern und Müttern als auch älteren Geschwistern ist besonders hervorzuheben. Die teilnehmenden Familien berichteten über wesentliche Verbesserungen der innerfamiliären Kommunikation und der Beziehung zur Schule. Einzelne Väter und Mütter mit einem negativen Selbstbild, Zweifeln an den eigenen Erziehungskompetenzen und Beziehungsfertigkeiten zu ihren Kindern wurden durch die Teilnahme an der MFT-Gruppe deutlich gestärkt. Am Ende der jeweiligen Gruppe äußerten sich die Familien schriftlich auf den Rückmeldebögen insgesamt sehr positiv.

Von den Therapeuten der zuweisenden Einrichtung wurde bei der fallbezogenen Evaluation von deutlichen qualitativen Veränderungen bei den teilnehmenden Kindern und ihren Eltern berichtet: Eine deutliche Erhöhung der Motivation zur Lerntherapie, eine deutlich verbesserte Kooperation mit den Eltern und eine differenziertere, ressourcenorientierte Einschätzung der Kinder durch ihre Eltern konnten sie feststellen. Bei 20 % der normal intelligent getesteten Kinder wurde von der jeweiligen Klassenlehrerin eine Hauptschulempfehlung in die Empfehlung einer weiterführenden Schule umgewandelt.

Den Leitern von MFT-Gruppen stellen sich komplexe organisatorische Anforderungen. Für 25-30 Personen müssen ansprechende, kinderfreundliche, zentral gelegene Räumlichkeiten gefunden werden, mit einer Teeküche und Platz für Kleingruppenarbeit. Die Teilnahme von Familien ist abhängig von einer familienfreundlichen Zeitstruktur der Gruppen, sowohl im Hinblick auf die Tageszeit als auch auf Ferienzeiten. Wöchentlich stattfindende MFT-Gruppen Sitzungen lassen sich eher in Ballungsräumen mit guter Verkehrsanbindung realisieren, bei längeren Anfahrtszeiten der Familien sind längere Gruppenblöcke in größeren Abständen realistischer.

Die ausgeprägte erlebnis- und erfahrungsorientierte Herangehensweise, die Arbeit mit einer Fülle an kreativen Übungen, Rollenspielen, Teilarbeit und Handpuppen, neben der Vermittlung von Information bei einer Gesamtgruppengröße von 25-30 Teilnehmern führt zu einer dichten, emotionalen, zum Teil sehr lebendigen Gruppenatmosphäre. MFT-Gruppenleiter müssen gruppensystemische und familiendynamische Prozesse erfassen und therapeutisch nutzen können. Neben einem fundierten Fachwissen sollten sie über die Fähigkeit verfügen, mit Kindern und Erwachsenen aktionsorientiert und spielerisch zu arbeiten und über eine „Schatzkiste“ von kreativen Methoden, gruppentherapeutischen Kompetenzen und systemischem Hintergrundwissen verfügen. Sie müssen multisystemisch vorgehen und Kompetenzen für die Einbeziehung von größeren Systemen, wie Fördereinrichtungen und Schulsystem in ihre Arbeit besitzen. In den Gruppen folgt auf die Anfangsphase mit stärker strukturierten, informativen Angeboten eine Phase, in der die Familien aktiv das Gruppengeschehen bestimmen und beginnen, sich selbst gegenseitig zu coachen. Eine zentrale Herausforderung für die Leiter von MFT-Gruppen besteht darin, sich aus einer aktiven und direktiven Rolle zurückzunehmen und zu einer prozessorientierten Arbeitsweise überzugehen.

5 Abschließende Bemerkungen

Das Programm „Besondere Kinder“ ist eine sinnvolle Ergänzung der individuellen kindzentrierten Förder- und Therapiemaßnahmen durch eine familien- und ressourcenorientierte Intervention, die zugleich das soziale Netzwerk stärkt. MFT-Gruppen sind kein Ersatz für eine Einzelpsychotherapie, für eine gezielte Vermittlung von grundlegenden Wahrnehmungsfertigkeiten, die der Schwäche zugrunde liegen oder eine systemische Familientherapie von Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten; diese verschiedenen therapeutischen Zugangsweisen sollten sich ergänzen und in einem Kontext der Kooperation durchgeführt werden.

Die direkte, aktive Einbeziehung der Indexpatienten und ihrer Familien in einen von einer Fülle an kreativen spielerischen Übungen geprägten therapeutischen Prozess führt nach den Erfahrungen des Pilotprojektes sehr rasch zu veränderten Glaubenssystemen und einem Einstellungswandel. Das Kind wird ganzheitlich, mit seinem Spektrum an Fähigkeiten gesehen und seine Schwächen anerkannt und gewürdigt, aber in den Kontext von anderen Fähigkeiten und Kompetenzen einge-

bettet. Grundlage für erfolgreiche Psychotherapie ist eine Erhöhung der familiären und der individuellen Kohärenz – das Erleben, dass die eigene Situation verstehbar ist, dass Schwierigkeiten handhabbar sind und Ressourcen zu ihrer Überwindung zur Verfügung stehen oder erschlossen werden können, und dass es lohnt, diese Anstrengung gemeinsam auf sich zu nehmen.

Trotz der sehr kleinen Fallzahl bietet die Pilotstudie mit dem MFT-Programm für Kinder mit Teilleistungsstörungen ermutigende Hinweise dafür, dass es das Potenzial für eine breitere Implementierung in therapeutischen und schulischen Kontexten besitzt. Sinnvoll erscheint eine breitere Anwendung und Evaluation, um auf quantitativer und qualitativer Ebene die Wirksamkeit besser und differenzierter erfassen zu können.

Literatur

- Antonovsky, A., Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family* 50, 79-92.
- Asen, E. (2006). Kinder und Erwachsene in der Multifamilientherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 49-52.
- Asen, E., Dawson, N., McHugh, B. (2001). *Multiple family therapy: The Marlborough model and its wider applications*. London: Karnac.
- Asen, E., Scholz, M. (2008). Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 362-380.
- Asen, E., Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58-72.
- Bode, H. (2002). Die Bedeutung der Eltern für eine erfolgreiche Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 21, 88-95.
- Brambring, M. (1997). Bewertung und Gestaltung von Elternwochenenden in der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 16, 49-65.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (2006). *Biologische Psychologie* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer
- Cierpka, M., Krebeck, S., Retzlaff, R. (2001). *Arzt, Patient und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- de Shazer, S., Lipchik, E. (1982). Frames and reframing. In: Imber Coppersmith, E., *Families with handicapped members* (S. 88-97). Rockville: Aspen Publishers.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- DIMDI (2002). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Entwurf zu Korrekturzwecken*. Köln: DIMDI.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fraenkel, P., Shannon, M., Brandt, J. (2001). *Multiple family discussion group manual: Family support from welfare to work program (Fresh Start for Families) for survivors of domestic violence*. Unpublished manual. New York: Ackerman Institute for the Family.
- Gaddes, W.H., Edgell, D. (1994). *Learning disabilities and brain function – A neuropsychological Approach* (3. Aufl.). Berlin: Springer.

- Gardner, H (2002) Intelligenzen. Die Vielfalt des menschlichen Geistes. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goll-Kopka, A. (2004). Jedes Kind hat eine Familie – Formen ressourcenorientierter Familienarbeit in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Kontext: Zeitschrift für systemische Therapie und Familientherapie, 35, 21-42.
- Grunebaum, H., Chasin, R (1978). Relabelling and reframing reconsidered: The beneficial effects of a pathological label. Family Process 17, 449-455.
- Hechtman, L., Weiss, G., Perlmann, T. (1984). Young adult outcome of hyperactive children who received long-term stimulant treatment. Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 23, 261-269.
- Jacobs, C., Petermann, F. (2005). Rechenstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Karacostas, D., Fisher, G., (1993). Chemical dependency in students with and with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 26, 491-495.
- Kaufman, E., Kaufmann, P. (1981). Multiple family therapy with drug abusers. In E. Kaufman, P. Kaufmann (Hrsg.), Family therapy of drug and alcohol abuse (S. 81-93). New York: Gardner.
- Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). Multiple family therapy. Further developments. New York: Grune & Stratton.
- Larson, K.A. (1988). A research review and alternative hypothesis as explaining the link between learning disability and delinquency. Journal of Learning Disabilities, 23, 105-116.
- Levine, M. (1993). All kinds of minds. Cambridge, Mass.: Educators Publishing Service.
- Levine, M. (1994). Educational care: A system for understanding and helping children with learning problems at home and at school. Cambridge, Mass.: Educators Publishing Service.
- McDaniel, S., Hepworth, J. Doherty, W. (1997). Familientherapie in der Medizin. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- 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 Press.
- Reinhard, M. (2002). Was ist wirklich richtig und was ist richtig wirklich? Mögliche Provokationen von Legasthenie, Dyskalkulie und ADS. System Schule, 6, 53-60.
- Reinhard, M. (2003). „Mama, wo ist denn eigentlich deine Insel?“ Lernstörungen als kreativer Ausdruck kultureller Wandlung. In R. Balgo, R. Werning (Hrsg.) Lernen und Lernprobleme im systemischen Diskurs (S. 277-309). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Retzlaff, R. (2007). Families of children with Rett-Syndrome: Stories of coherence and resilience. Families, Systems, and Health, 25, 246-262.
- Retzlaff, R. (2008). Spielräume – Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rolland, J. S. (1994). Families, illness and disability – an integrative treatment model. New York: Basic Books.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (2003): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scholz, M., Asen, E (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. European Eating Disorders Review, 9, 33-42.
- Selig, D., Schell, B., Scholz, M., Asen, E. (2002). Systemische Ressourcenarbeit mit Familien im ergotherapeutischen Kontext in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergotherapie & Rehabilitation, 5, 7-13.

- Sloman, L., Konstantreas, M. M. (1990). Why families of children with biological deficits require a systems approach. *Family Process*, 29, 417-429.
- Spitzczok von Brisinski, I. (1999). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 17, 43-51.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Family, Systems & Health*, 76, 55-70.
- Stern, M. B. (2002). *Child-friendly therapy. Biopsychosocial innovations for children and families*. New York: Norton & Company.
- Strehlow, U. (2004). Langfristige Perspektiven von Kindern mit Lese-Rechtschreibstörungen. In W. v. Suchodoletz, W. v. (Hrsg.), *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen?* (S. 201-218). Göttingen: Hogrefe.
- Suchodoletz, W. v. (Hrsg.) (2003). *Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Warnke, A., Hemminger, U., Plume, E. (2004). *Lese-Rechtschreibstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Weiß, H. (2002) Was wirkt in der Frühförderung? – Eine Analyse aus einem pädagogischen Blickwinkel. *Frühförderung interdisziplinär*, 21, 74-87
- Yalom, I. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzanschrift: Dr. Rüdiger Retzlaff, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinik Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg;
E-Mail: Ruediger_Retzlaff@med.uni-heidelberg.de