



KATHOLISCHE  
HOCHSCHULE FREIBURG  
CATHOLIC UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG

**Almut Klein**

Mat.-Nr.: 20118670

almut-klein@posteo.de

**Julia Fink**

Mat.-Nr.: 20118307

julia.fink@posteo.de

Studiengang: Heilpädagogik (Master of Arts)

**Katholische Hochschule Freiburg**

---

## **Multifamilientherapie in der Jugendhilfe**

Eine quantitative Untersuchung zur Veränderung des innerfamiliären Beziehungserlebens von mehrfach belasteten Familien am Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V. in Wetzlar

---

Masterarbeit

14.01.2016

Erstprüfer: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Christian Roesler

Zweitprüferin: Dipl.-Soz.päd. (FH), Dipl.-Heilpäd. (FH) Gabriele Weiss

## DANKSAGUNG

An erster Stelle möchten wir Herrn Christian Scharfe und Frau Gesa Herklotz vom Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V. in Wetzlar für ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit danken. Ohne ihre Begeisterung für die Multifamilientherapie, ihr Vertrauen uns als Außenstehenden Ausschnitte des eigenen Arbeitens zugänglich zu machen und ihr Engagement uns möglichst viele Daten zur Verfügung zu stellen, wäre diese Masterthesis nicht entstanden.

Wir danken allen MFT-Trainerinnen und –trainern und allen anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ASK Wetzlar, die sich an der Datenerhebung und -sammlung beteiligt haben. Namentlich möchten wir uns in diesem Zusammenhang bei Herrn Hahlgans bedanken.

Wir bedanken uns zudem bei Frau Petra Kiehl und Frau Claudia Kollwe vom Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V. in Hanau. Sie haben sich die Zeit genommen und uns ihre Türen geöffnet für einen ersten Einblick in die Multifamilientherapie in der Kinder- und Jugendhilfe.

Ein ganz besonderes Dankeschön gilt unserem persönlichen „Statistik-Experten“ Andi Goldstück, bekannt auch als Dr. Andreas Schwedler, der sein Wissen mit uns geteilt und uns dies mit viel Geduld vermittelt hat. So konnte scheinbar Unmögliches möglich werden.

Einen herzlichen Dank möchten wir auch unseren Partnern, Freunden und Familien widmen, die uns in dieser Zeit getragen und ertragen haben, indem sie uns stets ermutigend zur Seite standen. Aus diesem Kreis stammen auch unseren fleißigen Korrekturleser und Korrekturleserinnen: Yorck, Marlene, Endrik und Anne. Danke euch!

Herrn Prof. Dr. Christian Roesler und Frau Gabriele Weiss danken wir herzlich für die fachliche Unterstützung und Begleitung von Seiten der Katholischen Hochschule Freiburg.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHE GRUNDLAGEN .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1</b>	<b>Familien mit Kindern im Jugendalter.....</b>	<b>8</b>
2.1.1	Das System Familie und seine Entwicklungsaufgaben .....	8
2.1.2	Entwicklungsaufgaben des Jugendalters .....	13
2.1.3	Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell .....	18
2.1.4	Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Jugendalters.....	21
2.1.5	Jugendliche in mehrfach belasteten Familien .....	25
2.1.6	Familien mit Kindern in teilstationären und stationären Einrichtungen .....	30
<b>2.2</b>	<b>Multifamilientherapie .....</b>	<b>33</b>
2.2.1	Geschichtliche Entwicklung .....	34
2.2.2	Anwendung.....	35
2.2.3	Prinzipien .....	36
2.2.4	Ziele.....	38
2.2.5	Methoden .....	40
2.2.6	Rolle des Therapeuten.....	42
2.2.7	Wirkmechanismen und Wirkfaktoren .....	44
<b>2.3</b>	<b>Multifamilientherapie in der Jugendhilfe am Beispiel des Albert-Schweitzer-Kinderdorfs Hessen e.V./Wetzlar.....</b>	<b>45</b>
2.3.1	Beschreibung des ASK Hessen e.V./Wetzlar.....	45
2.3.2	Inhalt und Ablauf der Multifamilientherapie am ASK Wetzlar .....	51
<b>2.4</b>	<b>Forschungsstand und offene Fragen .....</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1</b>	<b>Fragestellungen .....</b>	<b>57</b>
<b>3.2</b>	<b>Beschreibung der Intervention .....</b>	<b>58</b>

<b>3.3</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe .....</b>	<b>59</b>
<b>3.4</b>	<b>Beschreibung der Testverfahren .....</b>	<b>61</b>
3.4.1	Das subjektive Familienbild .....	61
3.4.2	GARF-Skala.....	69
<b>3.5</b>	<b>Vorgehensweise bei der Datenerhebung.....</b>	<b>71</b>
3.5.1	Das subjektive Familienbild .....	71
3.5.2	GARF-Skala.....	72
<b>3.6</b>	<b>Statistische Testverfahren .....</b>	<b>72</b>
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>74</b>
<b>4.1</b>	<b>Ergebnisse zum innerfamiliären Beziehungserleben aus Sicht der Gesamtfamilie.....</b>	<b>74</b>
4.1.1	Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie	75
4.1.2	Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der 2-Personen- Familie (leibliche Eltern) .....	76
4.1.3	Einschätzungen zur Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie .....	77
<b>4.2</b>	<b>Einschätzung des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der einzelnen Familienmitglieder .....</b>	<b>78</b>
4.2.1	Einschätzungen der Jugendlichen.....	78
4.2.2	Einschätzungen der Eltern .....	79
<b>4.3</b>	<b>Ergebnisse aus den Tages- und Wochengruppen .....</b>	<b>81</b>
4.3.1	Einschätzung des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie ....	81
4.3.2	Einschätzungen zur Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie .....	82
<b>4.4</b>	<b>Ergebnisse des Follow-Up .....</b>	<b>83</b>
4.4.1	Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie	84
4.4.2	Einschätzungen zur Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie .....	85
<b>4.5</b>	<b>Überblick über Veränderungen der einzelnen Beziehungen .....</b>	<b>85</b>
<b>4.6</b>	<b>Ergebnisse der Einschätzung der MFT-Trainer zum Funktionsniveau der Familienbeziehungen .....</b>	<b>87</b>
4.6.1	Korrelation der Einschätzungen der MFT-Trainer .....	87

4.6.2 Gesamteinschätzungen der MFT-Trainer .....	88
<b>4.7 Korrelation zwischen den Einschätzungen der Familien und der MFT-Trainer.....</b>	<b>90</b>
<b>5 DISKUSSION .....</b>	<b>91</b>
<b>5.1 Diskussion der Methoden.....</b>	<b>91</b>
<b>5.2 Diskussion der Hauptergebnisse .....</b>	<b>93</b>
5.2.1 Allgemeines zu den familiären Beziehungen.....	94
5.2.2 Ergebnisse aus den Einschätzungen der MFT-Trainer .....	94
5.2.3 Familienbeziehungen aus Sicht der Gesamtfamilie.....	96
5.2.4 Vergleich der Einschätzungen der Gesamtfamilie und der MFT-Trainer .....	98
5.2.5 Beziehung Leibliche Eltern—Jugendliche .....	98
<b>5.3 Diskussion der Nebenergebnisse .....</b>	<b>100</b>
5.3.1 Veränderungen in Bezug auf die Jugendlichen .....	100
5.3.2 Veränderungen in Bezug auf die Väter.....	101
5.3.3 Veränderungen in Bezug auf die Mütter .....	103
5.3.4 Paarbeziehung .....	104
5.3.5 Tagesgruppe – Wochengruppe.....	105
5.3.6 Follow-Up.....	107
<b>6 FAZIT .....</b>	<b>109</b>
<b>LITERATUR .....</b>	<b>111</b>
<b>ABBILDUNGEN.....</b>	<b>119</b>
<b>ERKLÄRUNG .....</b>	<b>120</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>121</b>

# 1 EINLEITUNG

*Nichts trägt einen Sinn in sich. Der wirkliche Sinn der Dinge liegt im Gefüge.*

*(Antoine de Saint-Exupéry)*

Mehrfach belastete Familien bilden einen Großteil der Klientel in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (Hechler 2011). Für die soziale Arbeit bedeuten die komplexen Problemlagen von Familien, die sich aufgrund von ökonomischen und psycho-sozialen Missständen in „chronischen Strukturkrisen“ befinden, eine immense Herausforderung (Goldbrunner 1989).

Das Sozialgesetzbuch (SGB) VIII schreibt als Leitnorm „permanente und qualitätsorientierte Eltern- und Familienarbeit“ vor. Dass diese von elementarer Bedeutung für einen erfolgreichen Hilfeverlauf ist, wurde bereits empirisch belegt (Schmidt-Neumeyer, Vossler & Neumeyer 2002). Die Zusammenarbeit mit mehrfach belasteten Familien gestaltet sich in vielen Fällen sehr schwierig: Zum einen ist in diesen Familien häufig bereits ein komplexes Helfersystem aktiv, zum anderen scheinen viele Eltern resigniert oder erleben die Interventionen von professionellen Helfern als bedrohlichen Eingriff in die Familie (Conen 2011). Eine weitere Schwierigkeit betrifft die Tatsache, dass sich die Hilfsangebote für die Klientel oftmals auf einen Indexklienten bzw. auf ein separiertes Problem beziehen und nicht koordiniert sind. Das Familiensystem als *Gefüge*, in welchem sich die Entwicklungen wechselseitig bedingen, wird oft nicht ausreichend berücksichtigt (Minuchin, Colapinto & Minuchin 2000).

Das Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Wetzlar versucht, dieser Problematik durch die Implementierung der Multifamilientherapie sowohl als strukturiertes Angebot als auch als institutionelle Grundhaltung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe zu begegnen – mit Erfolg: Seit der Umgestaltung des Konzepts der Einrichtung konnte die durchschnittliche Verweildauer der Kinder und Jugendlichen in der teil- und vollstationären Betreuung von zwei bis drei Jahren auf 14 bzw. 15 Monate reduziert werden (Wack & Scharfe 2012).

Bislang existieren im deutschsprachigen Raum noch keine empirischen Studien, die die Auswirkungen der Multifamilientherapie im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe quantitativ untersuchten. Ziel der vorliegenden Studie ist es herauszufinden, inwiefern die Multifamilientherapie eine Veränderung des innerfamiliären Beziehungserlebens von mehrfach belasteten Familien am Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Wetzlar bewirkt.

Im Rahmen dieser Masterthesis wurden Daten von 22 Familien ausgewertet, die im Zeitraum von 2010 bis 2015 jeweils zu Beginn und zum Abschluss der Maßnahme erhoben wurden. Ergänzend dazu wurden die Multifamilientherapie-Trainer (MFT-Trainer) zum Funktionsniveau der Familienbeziehungen befragt.

Der Aufbau der Masterthesis gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Einleitung (Kapitel 1) folgen die theoretischen Grundlagen (Kapitel 2), welche sich in zwei thematische Bereiche unterteilen: Zunächst wird auf das System Familie und die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter eingegangen. Hierbei liegt der Fokus auf den besonderen Herausforderungen mehrfach belasteter Familien. Danach wird die Intervention Multifamilientherapie vorgestellt, beispielhaft anhand der Arbeit des ASK Hessen e.V./Wetzlar für die Jugendhilfe beschrieben und abschließend ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben. In der Methodik (Kapitel 3) werden die Fragestellungen sowie die methodische Herangehensweise aufgezeigt. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Studie dargestellt und in Kapitel 5 anschließend diskutiert. Das Fazit (Kapitel 6) fasst die wichtigsten Erkenntnisse der Masterthesis zusammen.

**Anmerkung.** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf das Benennen beider Geschlechter verzichtet. Die geschlechtsneutrale Formulierung wird bevorzugt. Wenn dies nicht möglich ist oder es sich nicht ausschließlich um weibliche Personen handelt, findet die männliche Form Anwendung.

## 2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Das folgende Kapitel zu den theoretischen Grundlagen gliedert sich in zwei große thematische Bereiche:

Im ersten Teil wird der Fokus auf das System Familie und die Herausforderungen von Familien mit Kindern im Jugendalter gelegt. Die Bedeutung der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben für mehrfach belastete Familien soll anschließend vertieft werden.

Im zweiten Teil wird auf die Multifamilientherapie als Intervention eingegangen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Anwendung des Verfahrens in der Kinder- und Jugendhilfe, exemplarisch dargestellt am Beispiel des Albert-Schweitzer-Kinderdorfs Hessen e. V./Wetzlar. Empirische Arbeiten zum Thema werden im abschließenden Kapitel *Forschungsstand* zusammengefasst.

### 2.1 Familien mit Kindern im Jugendalter

Neben einem Abriss zur Familie als systemisches Konstrukt und ihrer Entwicklungsaufgaben soll in diesem Kapitel auf die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Jugendalters eingegangen werden. Mehrfach belastete Familien haben Entwicklungsaufgaben unter erschwerten Bedingungen zu meistern. Der Situation dieser Familien wird ein bedeutender Teil dieses Grundlagenteils gewidmet und berücksichtigt auch Familien, deren Kinder in teilstationären und stationären Einrichtungen betreut werden.

#### 2.1.1 Das System Familie und seine Entwicklungsaufgaben

**Familiensystemtheorie.** Entwicklungen im Laufe eines Lebens vollziehen sich auf verschiedenen Ebenen. Der Fokus kann auf das Individuum gerichtet werden, aber auch auf die Systeme, in welche es involviert ist. Nachfolgend soll die Familie als Ganzes im Zentrum

stehen, da Veränderungen eines Familienmitglieds immer verbunden sind mit Anpassungen der gesamten Familie.

Die Entwicklung eines Individuums vollzieht sich in Systemen, die sich ebenfalls weiterentwickeln. Da dabei wechselseitige Einflussprozesse stattfinden, ist eine systemorientierte Perspektive sinnvoll. (Lohaus & Vierhaus 2015, S. 38)

Ein bekanntes Modell, welches die Systeme beschreibt, die eine Person umgeben und beeinflussen, hat Bronfenbrenner (1981) entwickelt.

**Das sozialökologische Systemmodell nach Bronfenbrenner.** Das soziale System besteht aus verschiedenen Systemebenen: Das *Mikrosystem* bezieht sich auf das unmittelbare Umfeld einer Person und deren direkte Interaktionen. Beispiele hierfür sind: Familie, Freunde, Schule, Freizeit. Die Beziehungen der Mikrosysteme miteinander bilden ein *Mesosystem*. Ein Beispiel hierfür ist die Beziehung zwischen Schule und Elternhaus. Auf ein *Exosystem* hat das Individuum keinen direkten Einfluss, dennoch kann es Auswirkungen auf eine Person haben. Beispiele sind: Auswirkungen des Arbeitsplatzes der Eltern auf die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung mit dem Kind, Erziehungsratschläge von Freunden der Eltern, Konferenz von Betreuern einer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung. Alle diese Subsysteme bilden ein *Makrosystem*, welches eine bestimmte Gesellschaft oder Kultur beschreibt (Rätz, Schröder & Wolff 2014; Lohaus & Vierhaus 2015).

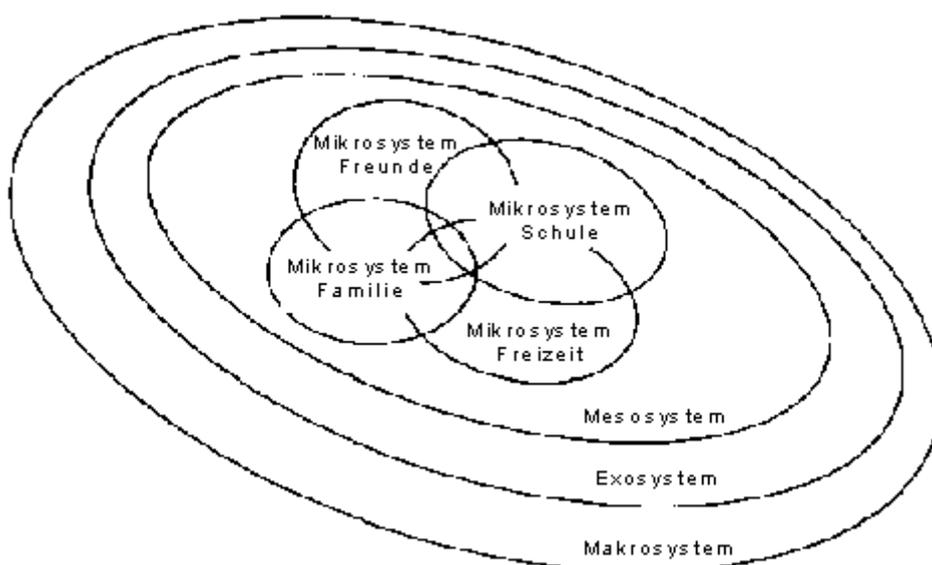


Abbildung 1. Das Systemmodell nach Bronfenbrenner (o. J.)

**Familienentwicklungstheorie.** Wie alle Systeme ist auch das Familiensystem nicht statisch, sondern durchläuft Zeiten der Stabilität und Zeiten des Wandels. Jede Familie bildet einen Rollenkomplex und verfügt über eigene Muster, durch welche das System in Phasen der Stabilität funktionieren kann (Minuchin et al. 2000). Rollen bilden sich heraus, ohne dass sie bewusst vereinbart wurden. Gewisse Interaktionen laufen quasi „routinemäßig“ ab und ermöglichen somit den Aufbau einer Familienstruktur, die auf einem gemeinsamen Verständnis basiert (Hofer 2006). Phasen der Veränderung erfordern eine Anpassung aller Mitglieder an die neuen Bedingungen. In Bezug auf das System Familie sind solche Übergänge an veränderten Machtstrukturen, Affektstrukturen oder Kommunikationsstrukturen erkennbar (Schneewind 2010).

Familien werden im Laufe der vielen Jahre, die die Mitglieder in den meisten Fällen miteinander verbringen, mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die es gemeinsam zu meistern gilt. Eine solche Herausforderung kann mühevoll und belastend (z.B. Trennung, Krankheit), jedoch auch ein grundsätzlich freudiges Ereignis sein (z.B. Geburt, Hochzeit).

In der Literatur unterscheidet man vor allem *normative* und *nicht normative Entwicklungsaufgaben* (Jungbauer 2009). Normative Familienphasen sind in der Regel vorhersehbar und entsprechen einer entwicklungsbedingten Abfolge. Sie bringen für Eltern und Kinder jeweils unterschiedliche Entwicklungsaufgaben mit sich. Nicht normative Entwicklungsaufgaben sind bedeutende und einschneidende Ereignisse oder anspruchsvolle Herausforderungen für Familien, die nicht vorhersehbar sind oder nicht dem traditionellen Familienlebenszyklus entsprechen. Beispiele für familiäre Entwicklungsaufgaben werden in der Tabelle 1 dargestellt.

Die Entwicklungsaufgaben mit ihren normativen und nicht normativen Phasen und Ereignissen, die im Laufe eines familiären Lebenszyklus bewältigt werden, ergeben durch ihre Unterschiedlichkeit eine jeweils typische *Familienkarriere* (Schneewind 2010).

Allgemeiner Konsens existiert darüber, dass Differenzen und Krisen insbesondere an Übergängen auftreten (Kreppner 2000). Auch Simon, Clement und Stierlin (2004) bestätigen diese Annahme, weisen jedoch darauf hin, dass die wenigen Forschungen zu dieser These bislang keine eindeutigen Ergebnisse lieferten.

**Tabelle 1***Normative und nicht normative Familienentwicklungsaufgaben*

<b>Normative Entwicklungsaufgaben</b>	<b>Nicht normative Entwicklungsaufgaben</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eltern mit Babys/Kleinkindern</li> <li>– Eltern mit Vorschulkindern</li> <li>– Eltern mit Schulkindern</li> <li>– Eltern mit Jugendlichen</li> <li>– Eltern mit jungen erwachsenen Kindern</li> <li>– Alte Eltern mit erwachsenen Kindern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Ereignisse:</i> Trennung, schwere Erkrankung, Tod, Umzug in eine andere Wohnung, Verlust der Arbeitsstelle</li> <li>– <i>Alternative Konstellationen:</i> Scheidungsfamilien, Patchworkfamilien, Regenbogenfamilien, Familien mit einem behinderten Kind, Familien mit einem psychisch kranken Elternteil</li> </ul>

Quelle: angelehnt an Jungbauer (2009)

**Die Familienstress-Theorie.** Wie familiäre Entwicklungsaufgaben bewältigt werden, ist Gegenstand der Familienstress-Theorie. Es basiert auf dem Familienkrisenmodell von Hill (1958 zit. nach Schneewind 2010) und wurde von McCubbin und Patterson (1983 zit. nach ebd.) zum doppelten ABCX-Stressmodell weiterentwickelt. Es wird davon ausgegangen, dass eine Krise ein Stressor ist bzw. Stressoren hervorruft. Neben dieser Ausgangsvoraussetzung beeinflussen „die Einschätzung des Stressereignisses und die Bewältigungsressourcen (...) das Ausmaß einer Krise“ (Hofer 2002, S. 29). Inwiefern die Bewältigung durch eine Anpassung an die veränderten Gegebenheiten, also die Krisenbewältigung, gelingt, ist somit von Familie zu Familie sehr unterschiedlich (Schneewind 2010).

**Familiäre Ressourcen und Stressoren.** Besitzt eine Familie eine große Anzahl an Ressourcen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Entwicklungsaufgaben und andere Herausforderungen erfolgreich gemeistert werden können. Im Gegensatz dazu verringern eine Vielzahl von Stressoren die Chance einer positiven Bewältigung (Jungbauer 2009).

Schneewind (2010) unterscheidet *vertikale Stressoren und Ressourcen* und *horizontale Stressoren und Ressourcen*. Die vertikale Ebene berücksichtigt Erfahrungen, Strategien und

familiäre Strukturen. Man könnte, laut Schneewind (2010), „eine Bilanzierung des vertikalen Stressoren- und Ressourcenpotenzials vornehmen, die sich als Indikator für das Ausmaß an Verletzlichkeit des Beziehungsgeschehens (...) begreifen lässt“ (S.128).

Die vertikalen Voraussetzungen sind die Grundlage dafür, wie Herausforderungen auf horizontaler Ebene bewältigt werden können.

Die horizontale Ebene bildet die zeitliche Dimension und bezieht sich auf normative und nicht normative Ereignisse im familiären Lebenszyklus, dauerhafte Lebensumstände (Gesundheit, chronische Erkrankung, verlässliche Partnerschaft, Beziehungsverschlechterung) und alltägliche Annehmlichkeiten bzw. Unannehmlichkeiten (Gespräch mit einem guten Freund/verpasster Bus).

**Ein Systemmodell der Familienentwicklung.** Das Modell von Schneewind (2010) ist eine Zusammenführung der Familiensystemtheorie, der Familienentwicklungstheorie und der Familienstress-Theorie. Der Kerngedanke besteht darin, „den Familienentwicklungsprozess als eine Sequenz von entwicklungsbezogenen Stressoren und Ressourcen zu sehen“ (ebd., S. 127).

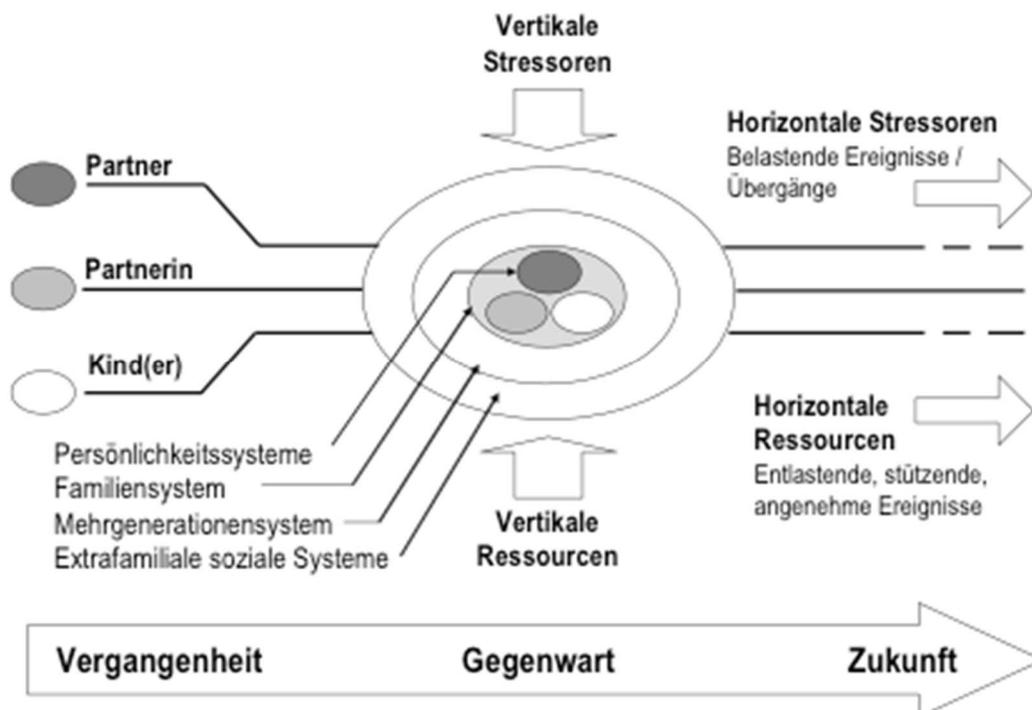


Abbildung 2. Integratives Systemmodell der Familienentwicklung nach Schneewind (o. J.)

Die Familie und die verschiedenen dazugehörigen Subsysteme bilden das Zentrum des Modells. Das Paar sammelt Erfahrungen auf den verschiedenen Systemebenen, welche durch vertikale Stressoren und Ressourcen geprägt werden. Der Zeitstrahl verdeutlicht den Familienlebenszyklus im Verlauf und berücksichtigt, dass durch Übergänge und Ereignisse horizontale Stressoren und Ressourcen die individuelle Familienkarriere wesentlich beeinflussen.

### **2.1.2 Entwicklungsaufgaben des Jugendalters**

Der Gestaltung des Übergangs vom Kindes- ins Jugendalter ist eine entscheidende normative Entwicklungsaufgabe für Familien. Es beginnt *„ein neuer Lebensabschnitt, der durch eine völlig neue, qualitativ gegenüber der Kindheit andersartig gestaltete Form der Verarbeitung von körperlichen, psychischen und Umwelтанforderungen gekennzeichnet ist“* (Hofer & Pikowsky 2002, S. 241). Sie beginnt im Alter von ca. elf Jahren und dauert in etwa zehn Jahre (ebd.).

Havighurst (zit. nach Hurrelmann & Quenzel 2012) beschrieb bereits 1953 vier zentrale Entwicklungsaufgaben des Heranwachsenden, die sowohl für die persönliche Individuation als auch für die soziale Integration nach wie vor bedeutsam sind: Qualifizieren, Binden, Konsumieren und Partizipieren (vgl. Tabelle 2).

Es entspricht nicht mehr dem klassischen Werdegang, bereits mit Anfang zwanzig alle beschriebenen Rollen auszufüllen, jedoch werden bis dahin die Grundlagen dafür gelegt. Laut Gerhard (2005) ist die Entwicklung der eigenen Identität die zentralste Aufgabe des Jugendalters, auch wenn sie sich letztlich über die gesamte Lebensspanne zieht.

**Tabelle 2***Zentrale Entwicklungsaufgaben nach Havighurst*

	<b>Die psychobiologische Dimension</b>	<b>Soziokulturelle Dimension</b>
	<i>Entwicklung ...</i>	<i>Gesellschaftliche/Wirtschaftliche Mitgliedsrolle als ... erwerben</i>
<b>Qualifizieren</b>	intellektueller und sozialer Kompetenzen (Selbstverantwortlichkeit)	Berufstätiger („ökonomische Reproduktion“ der eigenen Existenz/der Gesellschaft)
<b>Binden</b>	von Körper- und Geschlechtsidentität (Ablösung von Eltern, Aufbau enger Freundschaften und Partnerschaft)	Familiengründer („biologische Reproduktion“ der eigenen Existenz/der Gesellschaft)
<b>Konsumieren</b>	sozialer Kontakte und Entlastungsstrategien (Freizeitgestaltung)	Konsument („psychische Reproduktion“ als Erholung, zugunsten der Gesellschaft)
<b>Partizipieren</b>	eines individuellen Werte- und Normensystem (verantwortliches Handeln)	Bürger (Orientierung und Handlungsfähigkeit für die Gesellschaft)

Quelle: Hurrelmann und Quenzel (2012)

**Die Individuationstheorie.** Die Individuation als theoretisches Konstrukt stammt von Youniss und Smollar (1985) und beschreibt den „Ablöseprozess“ im Jugendalter anhand der beiden Dimensionen Autonomie und Verbundenheit. Die Theorie besagt, dass die Zunahme an Autonomie keinen Widerspruch zur Aufrechterhaltung der Verbundenheit darstellt, sondern die beiden Komponenten sich dialektisch ergänzen (Gerhard 2005). Fend (2003) spricht vom Individuationsprozess im Jugendalter als einer „*Reorganisation der sozialen Beziehungen*“ (S. 274), was eine Entwicklung hin zur Selbständigkeit bedeutet, in welcher die Verbindung zur Herkunft bestehen bleibt. Diese Veränderung ist notwendig, um die beschriebenen zentralen Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen.

**Interaktionen mit Peers.** Gleichaltrige sind von großer Bedeutung für eine positive Entwicklung eines Kind zu einem jungen Erwachsenen (Largo & Czernin 2011). In der Kindheit bestimmen zunächst vor allem physiologische Merkmale (z.B. gemeinsames Spielen) eine Freundschaft. In der Jugend haben Freundschaften zunehmend psychologische Bedeutung (z.B. sich Geheimnisse anzuvertrauen) (Youniss 1994). Freundschaften gewinnen an Verlässlichkeit und Verbindlichkeit. Ebenso werden erste Beziehungserfahrungen häufig im Jugendalter gemacht. Diese Veränderung der Bedeutung von Sozialkontakten ist notwendig, um außerfamiliäre Verbundenheitserfahrungen zu machen. Diese wiederum machen es erst möglich, dass sich die Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen altersentsprechend verändern kann. Mit Gleichaltrigen können die Heranwachsenden Erfahrungen darin sammeln, „auf Augenhöhe“ mit anderen zu interagieren und das eigene Handeln selbst zu bestimmen. Die Interaktionen mit Gleichaltrigen bilden sozusagen die Grundlage für die Ausweitung der Autonomiebestrebungen, die das Jugendalter in besonderer Weise prägen (Reindl, Reinders & Gniewosz 2013).

**Veränderung der Eltern-Jugendlichen-Beziehung.** In ihrem „Modell der Transformation“ beschreiben Hofer und Pikowsky (2002) die Veränderungen der Beziehung zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern. Die bislang hierarchische, asymmetrische Beziehungsstruktur verändert sich hin zu einer nahezu symmetrischen, die jedoch auch im späten Jugendalter keine völlige Egalität erreicht (Gerhard 2005). Der Jugendliche gewinnt an Autonomie und übernimmt zunehmend Verantwortung für sein Handeln. Die Qualität der Beziehung zwischen Kind und Eltern ändert sich von einer Bindung, die durch die Abhängigkeit des Kindes von der Fürsorge und Pflege seiner Eltern geprägt ist, hin zu einer Zugehörigkeit bzw. Verbundenheit (Reindl et al. 2013). In Tabelle 3 wird die idealtypische Veränderung von der Eltern-Kind-Beziehung zur Eltern-Jugendlichen-Beziehung dargestellt.

Diese Veränderungen geschehen nicht linear, sondern können sehr unterschiedlich verlaufen und führen nicht zwingend zum selben Endzustand. Der Entwicklungsprozess vollzieht sich vor allem durch Gespräche und Diskurse zwischen Eltern und Kind, die zunehmend partnerschaftlichen Charakter haben (Fend 2003).

**Tabelle 3***Idealtypik der Transformation der Eltern-Kind-Beziehung*

	<b>Sicht des Kindes</b>	<b>Sicht der Eltern</b>	<b>Beziehung</b>
<b>Eltern-Kind-Beziehung</b>	Vertrauen, Bindung	Gebrauch elterlicher Autorität, Bindung	Komplementarität, Asymmetrie
<b>Eltern-Jugendlichen-Beziehung</b>	Autonomie, Verbundenheit	Rücknahme elterlicher Kontrolle, Unterstützung zur Selbstständigkeit, Verbundenheit	Gegenseitiges Verständnis, Symmetrie

Quelle: Hofer und Pikowsky (2002)

**Konflikte.** Der Ablöseprozess gestaltet sich sehr unterschiedlich, dennoch ist die Jugendzeit in vielen Familien eine konfliktreiche Zeit. Wie auch in anderen Phasen des familiären Lebenszyklus fordert das Jugendalter ein „Aufgeben, Suchen und Finden von Beziehungsformen“ (Kreppner 2000, S. 175). Alle Familienmitglieder müssen sich in ihrer Rolle unter veränderten Bedingungen neu finden. „Wachsende Selbständigkeit verlangt nach Freiheiten, die die Eltern noch nicht alle zugestehen möchten oder können“ (Klößner, Beisenkamp & Hallmann 2004, S. 138).

Heftige und lange Konflikte sind Studien zufolge jedoch die Ausnahme. Bei Familien, die bereits in der Kindheit verstärkt Probleme hatten, ist das Konfliktrisiko deutlich höher (Hofer & Pikowsky 2002). Im Allgemeinen beschränken sich die Auseinandersetzungen meist auf Themen wie Kleidung, Höflichkeitsverhalten, Mithilfe im Haushalt oder Ausgehzeiten (Hurrelmann & Quenzel 2012).

Nach Fend (2003) schätzen die Jugendlichen die Konflikthäufigkeit zwischen Eltern und Kind höher ein als die Erwachsenen. Es wird vermutet, dass die Eltern ein größeres Bedürfnis haben, familiäre Harmonie zu empfinden als ihre jugendlichen Kinder.

**Die Rolle der Eltern bei der Individuation.** Eltern können ihre heranwachsenden Kinder in ihrer Entwicklung unterstützen, indem sie einen autoritativen Erziehungsstil pflegen, der

durch Wärme, Festigkeit und Autonomiegewährung gekennzeichnet ist (Hofer & Pikowsky 2002; Klöckner et al. 2004). Konflikte können vermieden werden, indem Eltern ihren Kindern Vertrauen entgegenbringen, ihnen vermehrt Verantwortung für ihr Handeln übergeben und kontrollierendes Verhalten reduzieren (Reindl et al. 2013). Übermäßige Kontrolle und Strenge stellen gar Risikofaktoren der Entwicklung dar (Hofer & Pikowsky 2002). Nichtsdestotrotz ist es wichtig, dass Eltern im Sinne von „Monitoring“ informiert sind und in Situationen Präsenz und Autorität zeigen, wo dies notwendig ist (Omer & Schlippe 2009). Als „sicherer Hort“ sollten Eltern ihren jugendlichen Kindern Verlässlichkeit vermitteln und ihnen Rat gebend zur Seite stehen (Largo & Czernin 2011).

Mütter und Väter tendieren aufgrund von geschlechtsspezifischem Verhalten ihre Kinder unterschiedlich in deren Entwicklung zu unterstützen: Mütter sind stärker für den Aspekt der Verbundenheit zuständig, indem sie ihre Kinder pflegen, versorgen und eine innigere, emotionale Nähe pflegen. Väter fordern ihre Kinder vermehrt heraus, pflegen einen spielerischen Umgang und sind präziser in der Formulierung von Regeln. Sie fördern vermehrt die Abgrenzung und somit die Autonomiegewinnung ihrer Kinder (Youniss & Smollar 1985; Asisi 2015).

**Autonomie und Verbundenheit.** Die zunehmende Unabhängigkeit (Autonomie) und das Lösen von Bindung im Sinne einer entwicklungsadäquaten familiären Zugehörigkeit (Verbundenheit) sind somit zentrale Themen des Jugendalters (Hofer 2002; Largo & Czernin 2011; Fend 2003; Kreppner 2000; Gerhard 2005).

Das Maß der Verbundenheit nimmt in der Regel über die gesamte Jugendzeit einen u-förmigen Verlauf: Die erlebte Nähe zwischen Eltern und Kind ist zu Beginn und zum Ende der Jugendzeit hoch, sinkt jedoch in der mittleren Jugend, mit ca. 15 Jahren, leicht ab. Die emotionale Verbindung zu den Eltern bleibt für Jugendliche eine wichtige Quelle für Bestätigung und Zuwendung. Diese Nähe ermöglicht den Jugendlichen ihre eigene Persönlichkeit zu festigen und somit eine positive Autonomieentwicklung (Gerhard 2005). Autonomie setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen, die allesamt im Jugendalter ansteigen: emotionale Autonomie (z.B. Privatsphäre), Verhaltensautonomie (Alltagsbewältigung), kognitive Autonomie (eigene Meinung, Werte) und ökonomische Autonomie (Hofer & Pikowsky 2002).

Nach Mattejat (1993) wäre es im Sinne eines funktionalen Familiensystems nicht erstrebenswert, eine mittlere Position zwischen den Polen Autonomie und Verbundenheit zu erreichen und Auslenkungen zu vermeiden. Vielmehr gehe es darum, das „*dynamische Wechselspiel von Bindung und Abgrenzung*“ (ebd., S. 66) zu integrieren, sodass „*der Jugendliche die Familie als einen Raum erlebt, indem Ablösung und Bindung, Selbstständigkeit und wechselseitige Abhängigkeit nicht als sich ausschließende Entwicklungspfade erscheinen*“ (ebd., S. 61).

Verbundenheit und Autonomie und der Wandel dieser Dimensionen sind besonders für die Entwicklungsphase Jugendalter von grundlegender Bedeutung, jedoch auch während des gesamten familiären Lebenszyklus von Relevanz, was im folgenden Kapitel (vgl. 2.1.3) am Entwicklungs-Kohäsions-Modells ersichtlich wird.

### 2.1.3 Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell

Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell nach Fritz Mattejat (1993) beinhaltet eine Darstellung, welche sowohl für jugendpsychologische als auch familientherapeutische Ansätze von zentraler Bedeutung ist: Das Zusammenspiel von *emotionaler Verbundenheit* und *individueller Autonomie* (Mattejat 1993, S.58). Es bildet zudem die Grundlage, auf welcher die Daten der vorliegenden Studie erhoben und interpretiert wurden.

**Bezogene Individuation.** Das beschriebene Modell basiert auf der Grundannahme, dass die Mitglieder einer Familie einerseits eines hohen Maßes an Verbundenheit (emotionaler Bindung) bedürfen, andererseits muss jede einzelne Person durch die Abgrenzung von den anderen Familienmitgliedern ihre Eigenständigkeit und damit persönliche Identität entwickeln können. Die wechselseitige Bedingtheit zwischen Bindung und Individualität wird als *bezogene Individuation* bezeichnet (Stierlin, Rücker-Embsen, Wetzel & Wirsching 1977). Ein höheres Niveau an Bezogenheit verlangt und ermöglicht demnach auch jeweils ein höheres Niveau an Individuation (Simon et al. 2004).

Die Versöhnung zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und Emotionalität auf der einen und Selbstständigkeit und Selbstdifferenzierung auf der anderen Seite gilt somit als Bedingung

für das Funktionieren einer Familie und die gesunde Entwicklung aller ihr angehörenden Mitglieder. Da sich die Anforderungen an Entwicklung abhängig vom Alter und der aktuellen Lebenssituation stetig verändern, stellt diese Versöhnungsleistung gleichzeitig eine immer währende Entwicklungsaufgabe dar: „*Zu bestimmten Zeiten müssen sich die sonst festen und schützenden Grenzen öffnen und sich Getrenntheit mit Gemeinsamkeit, Individuation mit Solidarität, Autonomie mit Interdependenz versöhnen.*“ (Simon et al. 1999, S.143)

Befinden sich die Bedürfnisse nach Verbundenheit und Autonomie in Balance, kann von günstigen Entwicklungsbedingungen für den Einzelnen sowie für die familiären Beziehungen ausgegangen werden. Werden Verbundenheit und Autonomie als unvereinbar bzw. sich ausschließend erlebt und wahrgenommen, hat dies Entwicklungshemmungen oder psychische Erkrankungen zur Folge. Die Familien und ihre Mitglieder sind dann weniger gut in der Lage Belastungen zu ertragen, und ihre Vulnerabilität ist erhöht (Mattejat, 1993).

**Beschreibung des Modells.** Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell (vgl. Abbildung 3) bezieht sich auf zwei Grunddimensionen: auf die Dimension der Entwicklungsbedingungen und auf die Dimension der Kohäsion (Mattejat, 1993).

Die *Entwicklungsdimension* wird polarisiert zwischen entwicklungsfördernden Bedingungen (Ressourcen/Bewältigungspotential, Stressresistenz, Stabilität) auf der einen Seite und entwicklungsbehindernden Bedingungen (Belastung, Vulnerabilität und Labilität) auf der anderen Seite. Familien, die in einem Klima entwicklungsfördernder Bedingungen leben, weisen sowohl ein hohes Maß an Verbundenheit als auch ein hohes Maß an individueller Autonomie der einzelnen Familienmitglieder auf. *Entwicklungshemmende Bindung* und *entwicklungshemmende Autonomie* entsprechen im Modell den entwicklungsbehindernden Bedingungen: Besteht eine entwicklungshemmende Bindung, äußert sich dies in Fusion, d.h. in Entdifferenzierung, Unterindividuation und Verstrickung. Die Familienmitglieder befinden sich in extremer Abhängigkeit voneinander, was die individuelle Autonomie der Einzelnen untergräbt. Entwicklungshemmende Autonomie führt hingegen zu Isolation, Desintegration und Überindividuation. Charakteristisch ist hier ein Mangel an Verbundenheit (Mattejat 1993).

Der Kohäsionsaspekt wird – orientiert an den Entwicklungsbedingungen – in die beiden Aspekte *emotionale Verbundenheit* und *individuelle Autonomie* differenziert. Durch die beiden Diagonalen werden jeweils zwei Dimensionen verdeutlicht: „hohe versus geringe emotionale Verbundenheit“ und „hohe versus geringe Autonomie“ (Mattejat, 1993, S. 69). Die *Kohäsionsdimension* hat auf beiden Seiten sowohl entwicklungsfördernde als auch entwicklungshemmende Aspekte und damit keinerlei psychopathologische Wertigkeit. Sie umfasst Gegensatzpaare wie: Fusion vs. Isolation, Nähe vs. Distanz, Abhängigkeit vs. Unabhängigkeit. Um die Neutralität der Begrifflichkeit widerzuspiegeln, wurde das Begriffspaar „zentripetale und zentrifugale Tendenzen“<sup>1</sup> verwendet (ebd.).

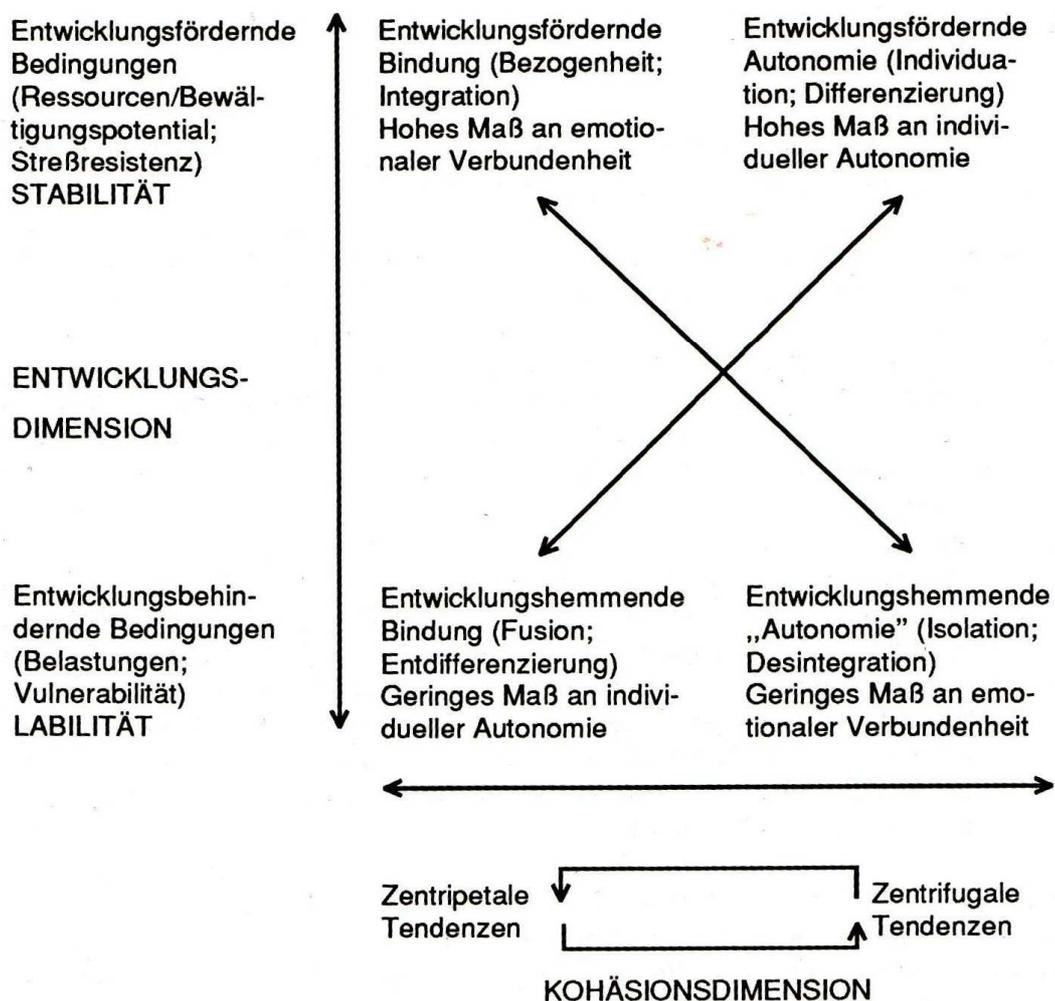


Abbildung 3. Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell nach Mattejat (1993, S. 68)

<sup>1</sup> Simon et al. (2004): Von Helm Stierlin in die Familientheorie eingeführte Begriffe bezeichnen Formen des Ablösungsprozesses der Jugendlichen. Zentrifugal bedeutet nach außen gerichtet (beschleunigte Ablösung des Jugendlichen), zentripetal nach innen gerichtet (gehemmte Ablösung des Jugendlichen).

Die Besonderheit und Stärke des Modells liegt darin, dass es Autonomie und Bezogenheit nicht als Gegensätze, sondern als dialektische Ergänzung abbildet. Beide Dimensionen erfassen Aspekte, die sich laut Forschung als protektive Faktoren erwiesen haben (Mattejat 1993).

#### **2.1.4 Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Jugendalters**

Die Entwicklungsaufgabe der Individuation im Jugendalter setzt sich aus vielen Teilanforderungen zusammen. Es gibt nicht den einen, richtigen Weg ins Erwachsenenendasein. Insbesondere individualistische Gesellschaften fordern den Menschen dazu heraus, Konflikte und Krisen selbstverantwortlich und individuell zu lösen. Die großen Freiheiten und unzähligen Möglichkeiten stellen in einer Phase, die von vielen Unsicherheiten geprägt ist, eine zusätzliche Herausforderung dar.

Jugendliche stehen vor der Herausforderung die schnelle Veränderung von Körpermerkmalen, Gefühlslagen, Denkweisen und Antriebsenergien zu verarbeiten und zugleich sozialen Erwartungen und Anforderungen nachzukommen. Gelingt ihnen das nicht oder nur unzureichend, ergeben sich also Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, dann kann der weitere Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt werden. (Hurrelmann & Quenzel 2012, S. 222)

Es ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Jugendlichen überfordert ist mit den Entwicklungsaufgaben des Jugendalters. Diese Probleme können sich vorübergehend zeigen oder den Menschen in seiner Entwicklung dauerhaft negativ beeinflussen, sowohl in Bezug auf die persönliche Individuation, als auch auf die soziale Integration. Die Entwicklung einer stabilen „Ich-Identität“ würde dadurch gefährdet (Hurrelmann & Quenzel 2012).

**Personale Ressourcen und soziale Ressourcen.** Die personalen und sozialen Ressourcen des Jugendlichen (vgl. Tabelle 4) sind ausschlaggebend dafür, wie er seine Entwicklungsaufgaben meistern kann (Fend 2003).

**Tabelle 4***Personale und soziale Ressourcen*

<b>Personale Ressourcen</b>	<b>Soziale Ressourcen</b>
– Körperliche Kondition	– Gute Bildung der Eltern
– Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)	– Hoher sozialer Status der Eltern
– Überdurchschnittliche Intelligenz	– Familiärer Zusammenhalt
– Positives Selbstbild	– Auf Selbständigkeit orientierte Erziehung
– Begabung (musisch, sportlich)	– Enge Geschwisterbeziehung
– Gute Lern-, Reflexions- und Planungsfähigkeit	– Gute Nachbarschaft
– Internale Kontrollüberzeugungen	– Vertrauensvolle Beziehung zu Erwachsenen
– Aktiv-problemlösende Bewältigungsstrategien	– Harmonische Gleichaltrigengruppe
– Leistungsmotivation	– Guter Freund/gute Freundin
– Sicheres Bindungsverhalten	– Positive Schulerfahrung
	– Unterstützende Systeme (z.B. Verein)

Quelle: Blanz, Remschmidt, Schmidt und Warnke (2006)

Nach Hurrelmann und Quenzel (2012) sind gut entwickelte Lern-, Reflexions- und Planungskompetenzen besonders bedeutsame personale Ressourcen.

**Bedeutung der elterlichen Beziehung.** In diversen Studien wurde der Zusammenhang zwischen dem familiären Zusammenhalt und einer positiven Entwicklung bestätigt (Kreppner 2000; Klöckner et al. 2004; Asisi 2015). Die Eltern sind Vorbilder für ihre Kinder und bleiben dies auch in der Jugendzeit. Die Paarbeziehung der Eltern dient als wichtiges Modell für die Kinder und ist somit für die Entwicklung bedeutsam. Kreppner (2000) erklärt, dass *„[d]ie Umgangsformen, die Eltern untereinander pflegen, (...) in Zeiten von erhöhtem Stress ausschlaggebend für die Art und Weise [sind], wie eine neue Balance zwischen den Familienmitgliedern nach massiven Veränderungen gefunden wird (...)“* (S. 190). Asisi (2015) weist gar auf die erhöhte Prävalenz für psychische Störungen bei Heranwachsenden hin, deren Eltern in einer dauerhaft disharmonischen Beziehung leben.

**Normalität und Devianz.** Die Übergänge zwischen Normalität und Devianz sind fließend und Entwicklungen verlaufen nicht linear. Durch die Vielzahl von Wirkfaktoren kann beispielsweise trotz einer genetischen Anfälligkeit der Weg der Individuation unter günstigen Bedingungen gelingen (Fend 2003).

**Risikoentwicklungen: Internalisierend – Externalisierend – Evadierend.** Menschen gehen mit belastenden Situationen und Spannungen unterschiedlich um. In der Literatur werden zwei (Fend 2003) bzw. drei (Hurrelmann & Quenzel 2012) Tendenzen der Problemverarbeitung unterschieden: Bei Überforderung zieht sich der internalisierend verarbeitende Typus zurück, der externalisierend verarbeitende Typus trägt seine Anspannung nach außen. Ein dritter Typus der Problemverarbeitung, der evadierende (vermeidende), ist weniger bekannt. Diese Tatsache und die sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen sind der Grund, weshalb in Tabelle 5 der internalisierende und der externalisierende Typus differenzierter kategorisiert werden können. Es können jedoch Kombinationen aller drei Kategorien auftreten (Hurrelmann & Quenzel 2012).

**Tabelle 5**

*Erscheinungsformen der Problemverarbeitung*

	<b>Internalisierend</b> (nach Fend 2003)	<b>Externalisierend</b> (nach Fend 2003)	<b>Evadierend</b> (nach Hurrelmann & Quenzel 2012)
<i>Gefährdeter Entwicklungsprozess</i>	Individuation	soziale Integration	Individuation, soziale Integration
<i>Weltsicht</i>	fremd, uninteressiert, verlassen, lähmend	feindlich, provozierend	<i>nicht bekannt*</i>
<i>Äußert sich durch</i>	Rückzug, Selbstreduktion	Angriff, Schädigung anderer	Betäubung, Ausweichen, unstete Beziehungen
<i>Auswirkung</i>	selbstschädigend	fremdschädigend	<i>nicht bekannt*</i>
<i>Symptome</i>	ängstlich-zwanghaft, somatisch, schizoid, depressiv	aggressiv, delinquent	Drogenkonsum, unbeschränkte Nutzung von elektronischen Medien

\* Anmerkung der Verfasserinnen.

**Geschlechtstypische Unterschiede der Problemverarbeitung.** Mädchen neigen zu internalisierendem, Jungen zu externalisierendem Verhalten. Evadierende Verhaltensweisen zeigen beide Geschlechter, wobei Mädchen zu verdeckteren Mustern neigen (z.B. Medikamentenkonsum) als Jungen (z.B. unkontrollierter Alkoholkonsum) (Seiffge-Krenke 1994 zit. nach Hurrelmann & Quenzel 2012; Settertobulte 2002 zit. nach ebd.).

**Ursachen für die Entstehung von Verhaltensstörungen.** Welche Reaktionsformen ein Jugendlicher zeigt, der mit seinen Entwicklungsaufgaben überfordert ist, hängt sowohl mit frühen Lebenserfahrungen als auch mit Umweltbelastungen zusammen (Fend 2003). Es wird davon ausgegangen, dass internalisierende Störungen stärker mit einem Mangel an Autonomie und externalisierende Störungen stärker mit einem Mangel an Verbundenheit in Verbindung stehen (Gerhard 2005).

Zusammenhänge zwischen familiären Gegebenheiten und der Entwicklung von Symptomen im Kindes- und Jugendalter fasst Asisi (2015) aus mehreren Studien zusammen, welche in Tabelle 6 dargestellt werden.

**Tabelle 6**

*Zusammenhänge zwischen familiären Gegebenheiten und Symptomentwicklung*

<b>Internalisierende Symptome</b>	<b>Externalisierende Symptome</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ungünstige Kommunikationsformen</li> <li>– Ablehnung, Feindseligkeit, Kritik</li> <li>– Gleichgültigkeit</li> <li>– Mangelnde familiäre Unterstützung (Duggal et al. 2001)</li> <li>– Ärger und Rückzug des Vaters als Konfliktlösungsstrategie (Katz &amp; Gottman 1993)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Feindseliger Konfliktlösungsstil der Eltern (Katz &amp; Gottman 1993)</li> </ul>

Quelle: zit. nach Asisi (2015)

**Erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Problemverhalten.** In der Jugendzeit müssen innerhalb weniger Jahre eine Vielzahl an Entwicklungsschritten gemacht werden, die die jungen Menschen an ihre Grenzen bringen können. Das Risiko, dass durch diese Überforderung problematische Verhaltensweisen entwickelt werden, ist während der Jugendzeit größer als in jeder anderen Phase des Lebens (Hurrelmann & Quenzel 2012).

### 2.1.5 Jugendliche in mehrfach belasteten Familien

Von mehrfach belasteten Familien oder Multiproblemfamilien spricht man bei „*sozial benachteiligte[n] Familien, die mit einer Bündelung von schwierigen Lebenslagen, einschließlich problematischer Beziehungs- und Interaktionsdynamiken, zu kämpfen haben*“. (Asen 2005, S. 166) Es handelt sich um Familien, die – in der Regel über mehrere Generationen hinweg – über geringe soziale und ökonomische Ressourcen verfügen und mit einer Vielzahl interner und externer Belastungsfaktoren konfrontiert sind. Sie entsprechen keiner festgeschriebenen Kategorie, sondern die Beschreibung weist auf den kumulativen Effekt sozialer Benachteiligung hin (Matter & Abplanalp 2009). Aufgrund der Bündelung von schwierigen Lebenslagen stecken mehrfach belastete Familien in einer chronischen Strukturkrise. Sie verfügen nicht über ausreichend Ressourcen und angemessene Lösungsstrategien, Probleme aus eigener Kraft befriedigend lösen zu können (Goldbrunner 1989). Neben den Bezeichnungen mehrfach belastete Familien und Multiproblemfamilien (Asen & Scholz 2012; Conen 2011) wird auch von sozial benachteiligten Familien (Matter & Abplanalp 2009), Multi-Institutionen-Familien (Asen 2005), Problemfamilien (Goldbrunner 1989), psychosozial hochbelasteten Familien (Darimont 2010) und Behördenfamilien (Minuchin et al. 2000) gesprochen.

**Merkmale, Problematiken und Verhaltensweisen.** Eine Auflistung von Aspekten aus der Literatur stellt den Versuch dar, anhand häufig zutreffender Probleme und Verhaltensweisen die Klientel *mehrfach belastete Familien* zu beschreiben:

- *ökonomische Aspekte*: Armut, Arbeitslosigkeit, beengte Wohnsituation, gesellschaftliche Randständigkeit, Abhängigkeit von Hilfesystemen, geringe Bildung (Goldbrunner 1989);
- *kognitive Aspekte*: mangelnde oder fehlende Problemlösungs- und Planungsfähigkeit (Darimont 2010);
- *soziale Aspekte (außerfamiliär)*: kein unterstützendes Umfeld, Isolation, Außenseiter, schulische Probleme, Abhängigkeit von Hilfesystemen (Goldbrunner 1989);
- *familiäre Aspekte*: viele Konflikte in allen Beziehungen, keine Balance zwischen Intimität und Distanz, unberechenbares (Erziehungs-)Verhalten, mangelnde Konsistenz in der Erziehung, Mangel an Fürsorge für Kinder, hoher Unterstützungsbedarf der Kinder, keine verlässliche Beziehung/Bindung, feindselige Kommunikation, negative Gefühle von Hass und Ablehnung, kein deutlicher Unterschied zwischen Eltern- und Kindersubsystem, fehlende Lenkungscompetenz der Eltern, abrupte Wechsel in der Familienstruktur, biographisch häufig erfahrene Platzierung in Pflegefamilien und Heimerziehung, ambivalente Loyalitätsbeziehungen, Eltern haben selbst als Kinder häufige Grenzverletzungen ihrer Autonomie und Situationen unerträglicher Verlassenheit erlebt (Darimont 2010; Eggemann-Dann 2003; Cierpka 2009; Goldbrunner 1989; Matter & Abplanalp 2009);
- *gesundheitliche Aspekte*: Suchtstrukturen, psychische Erkrankungen, Verhaltensstörungen, Behinderungen, Krankheit – chronifizierte Spannungen und Konflikte führen zu psychischen, somatischen und psychosomatischen Beschwerden (Darimont 2010);
- *Lebensgefühl*: Hoffnungs- und Perspektivenlosigkeit, Resignation, Hilflosigkeit (Matter & Abplanalp 2009).

**Beziehungsstruktur und Rollenverteilung.** Eltern aus mehrfach belasteten Familien haben in ihrer eigenen Geschichte häufig Deprivationserfahrungen gemacht. Beziehungskompetenzen konnten nur unzureichend entwickelt werden. Die Paar- und Familienbildung geschieht in der Hoffnung, dass der Partner und/oder die Kinder eigene emotionale Defizite kompensieren können. Überforderungen, Enttäuschungen und Konflikte sind vorprogrammiert, da das Gegenüber oft aus einem ähnlichen Hintergrund stammt. Auf die Kinder wer-

den ähnliche Erwartungen projiziert: „Auf verschiedenen Ebenen sollen sie die Eltern versorgen und sie für das entgelten, was das Leben ihnen schuldig geblieben ist.“ (Matter & Abplanalp 2009, S. 30)

Frauen und Männer bedienen oft klassische Rollenbilder. Die Frau identifiziert sich durch ihre Mutterrolle und trägt oft die Alleinverantwortung für Erziehungsaufgaben und den Haushalt. Die Belastung ist hoch, insbesondere wenn die Frau zudem berufstätig ist. Die emotionalen Kapazitäten ihrer Familie gegenüber sind dadurch beschränkt. Allianzen zwischen der Mutter und den Kindern gegenüber dem Vater sind häufig anzutreffen.

Ebenso sind die Werte- und Rollenvorstellungen des Mannes häufig sehr traditionell. Er fühlt sich vor allem als Ernährer der Familie. Da sich die Männer in ihrer beruflichen Tätigkeit meist unterordnen müssen, kaum Gestaltungsmöglichkeiten haben oder arbeitslos sind, erfüllen sie selbst ihre Vorstellung der Männerrolle nur bedingt. Ohnmachtsgefühle werden durch betont männliches Verhalten, wie beispielsweise stark autoritäres Auftreten in der Familie oder Suchtmittelkonsum zu kompensieren versucht. Die Beziehung zu den Kindern ist von emotionaler Distanz geprägt.

Die Darstellungen von Matter und Abplanalp (2009) scheinen plakativ und einseitig. Namhafte Autoren wie Minuchin (et al. 2000) und Goldbrunner (1989) versuchen jedoch auf ähnliche Weise, häufige familiäre Muster und Strukturen der Klientel zu beschreiben, die letztlich dazu führen, dass das dysfunktionale Familiensystem aufrechterhalten bleibt. Es scheint, als gerieten mehrfach belastete Familien von einer „Katastrophe“ in die nächste, und selbst professionelle Helfer stellen sich die Frage, ob diese Familien „unbehandelbar“ sind (Goldbrunner 1989).

**Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.** Mehrfach belastete Familien sind neben den normativen Entwicklungsaufgaben permanent mit (existenziellen) nicht normativen Entwicklungsaufgaben konfrontiert (vgl. 2.1.1). Ein dramatischer Übergang folgt dem nächsten, weshalb von „chronischen Strukturkrisen“ gesprochen wird (Goldbrunner 1989). Es gibt keine Phasen der Stabilität, in denen sich das Familiensystem festigen könnte, wie es im klassischen Familienlebenszyklus der Fall ist. Zudem fehlen die Ressourcen, wie beispielsweise gewachsene, verlässliche Familienstrukturen, um Herausforderungen meistern zu können. Es kommt in den Familien „nahezu zwangsläufig zu Anpassungsstörungen, die

*entweder durch den Zerfall der Familie oder aber durch die Entwicklung von Symptomen gekennzeichnet sind“ (Simon et al. 2004, S. 87 f.). Minuchin et al. (2000) betonen die Bedeutung der richtigen Einschätzung von Verhaltensweisen der Klienten: „Erschütterung und Auflösung, wie sie in den Reaktionen von Familienmitgliedern zum Ausdruck kommen, (...) [sind] Teil des Prozesses, der mit Übergangsphasen einhergeht“ (S. 40).*

Somit sind die Familien oft überfordert mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Sinne einer positiven kindlichen Entwicklung und einer Stärkung des familiären Zusammenhalts.

**Jugendliche in mehrfach belasteten Familien.** Vor diesem Hintergrund muss beispielsweise die Verhaltensauffälligkeit eines Jugendlichen mit dem Blick auf die gesamte Familie, die sich in einer Phase der Instabilität befindet, betrachtet werden. Die kindlichen Bedürfnisse werden aufgrund der umfassenden Probleme der Familie verkannt und die Zunahme von Autonomie im Laufe der Entwicklung wird als persönliche Kränkung gedeutet, teilweise sogar bestraft (Matter & Abplanalp 2009).

Eltern in einer schwachen sozioökonomischen Lage zeigen Tendenzen zur sozialen Isolation oder sie demonstrieren ihre wirtschaftliche Potenz durch Konsum, der sie in die Überschuldung treibt. In beiden Fällen hat die finanzielle Situation der Familie Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung. Die Beziehungsunsicherheiten der Eltern äußern sich bei den Kindern als Gefühle der Minderwertigkeit und des mangelnden Selbstvertrauens. Je geringer der Bildungsstatus und die finanziellen Möglichkeiten der Eltern sind, desto weniger fungieren sie für die Jugendlichen als Rollenvorbilder. Konflikte und Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Jugendlichen sind in diesen Familien häufiger (Hurrelmann & Quenzel 2012).

**Herausforderungen für Helfersysteme.** Die Kooperation zwischen Helfersystemen und mehrfach belasteten Familien gestalten sich oft schwierig. Außenstehende beurteilen die familiären Problematiken in der Regel umfassender als die Familie selbst (Ziegenhain 2007). Familien verweigern häufig die Zusammenarbeit mit Institutionen, da sie diese als wenig hilfreich und bedrohlich erleben. Sie befürchten Einschränkungen und Kontrollverlust und haben ihrerseits wenig Hoffnung, dass sich an ihrer Situation etwas verbessern

könnte (Matter & Abplanalp 2009). Sie erleben sich nicht als selbstwirksam, da sie beispielsweise aus problematischen Verhaltensweisen ihrer Kinder den Schluss ziehen, den Einfluss auf die Erziehung verloren zu haben. Das Gefühl der Resignation erschwert es Helfern, ein „Arbeitsbündnis“ aufzubauen (Conen 2011).

**Hilfeparadox.** Hilfe durch professionelle Institutionen kann auch das Gegenteil davon bewirken, was deren Aufgabe und Intention ist: Den Familien wird durch das Hilfsangebot vor Augen geführt, dass sie ohne fachliche Unterstützung ihre Probleme nicht lösen können, was deren Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht verstärkt. Die Erwachsenen ziehen sich zurück und flüchten in Kinderrollen, was die Helfer dazu veranlasst, die „unbesetzte“ Elternrolle zu übernehmen (Machann & Rosemeier 2000). Die Kinder lernen schon früh, dass ihre Eltern keine Macht haben und wichtige Entscheidungen von Außenstehenden getroffen werden, was die Rolle der Eltern zusätzlich schwächt (Minuchin et al. 2000).

**Hilfen für mehrfach belastete Familien.** Nachhaltig erfolgreich kann Unterstützung dann sein, wenn der Familie Strategien und Wege aufgezeigt werden, sich Herausforderungen zu stellen und sie dadurch das Gefühl von Selbstwirksamkeit (wieder-)erlangen (Conen 2011).

Durch die vielschichtigen Probleme ist in manchen Familien eine kaum überschaubare Zahl an professionellen Helfern tätig. Die Koordination ist oft unbefriedigend. Die Notwendigkeit, dass die Helfer sich vernetzen und ein Problem bzw. ein Klient immer im Kontext seines familiären Systems betrachtet werden muss, erläutern Minuchin et al. (2000) ausführlich. Die Autoren warnen davor, emotionale Bindungen und ineffektive Ressourcen der Familienmitglieder zueinander zu ignorieren und zu schädigen, indem diese Faktoren bei der Interventionsplanung orientiert an einem Indexpatienten nicht ausreichend bedacht werden. Ebenso gilt es zu bedenken, dass der professionelle Helfer durch sein aktives Intervenieren selbst eine Rolle im Familiensystem einnimmt.

Wenn die Familien darum kämpfen, sich über Wasser zu halten, bedeutet schwimmen zu lernen, ihre eigenen Ressourcen zu entwickeln. Es ist letztlich einfacher, Fähigkeiten zu erweitern, als negatives Verhalten zu stoppen. (Conen 2002a, S. 40)

### 2.1.6 Familien mit Kindern in teilstationären und stationären Einrichtungen

Umso höher die familiären Belastungen, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Kinder in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen betreut werden. Dies belegen sowohl Statistiken der Jugendhilfe als auch sämtliche empirische Studien (Hechler 2011).

**Rahmensetzungen des SGB VIII.** Ein Kind oder Jugendlicher hat „*Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist (...)*“ (§ 27 SGB VIII). Somit ist es naheliegend, dass nicht ausschließlich die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes einer professionellen Maßnahme bedürfen, sondern die Problematik immer im Kontext der familiären Situation zu betrachten ist.

Entsprechend kommen die Leistungen nicht ausschließlich dem Kind oder Jugendlichen zugute, sondern dienen zur allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie: „*Sie sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können.*“ Sie sollen sich des Weiteren an der Lebenswelt der Familien orientieren und auf „*Bedürfnisse und Interessen sowie (...) Erfahrungen von Familien eingehen [und] die Familie zur Mitarbeit (...) besser befähigen (...)*“ (§ 16 SGB VIII). Die Kooperation mit den Familien ist somit als Leitnorm vorgeschrieben und sollte fester Bestandteil in der Kinder- und Jugendhilfe sein.

**Wirkfaktoren in der Erziehungshilfe.** Esser (2014) beschreibt in seiner Arbeit Faktoren, die für eine gelingende Hilfe ausschlaggebend sind und im Folgenden zusammengefasst aufgelistet werden:

- Ausgangslage: Vorbelastung/Vorgeschichte/Risikofaktoren sind entscheidend;
- Indikation: geeignetes Hilfeangebot;
- sozialpädagogische Diagnostik: um Zuweisungsqualität zu erhöhen;
- Case-Management: systematische Fallsteuerung;
- Ressourcenorientierung: Lösungsmöglichkeiten im Mittelpunkt;
- Partizipation: angemessene Form der Beteiligung der Kinder/Jugendlichen, um ein Höchstmaß an Kooperation zu gewährleisten;

- Kooperation: aller Beteiligten (entscheidend vor allem Zusammenarbeit mit Familien);
- Hilfedauer: lineare Zunahme der Effektivität über die gesamte Hilfedauer;
- Elternarbeit.

Im Allgemeinen gilt es als entscheidend, dass ein Angebot von allen Beteiligten als passend angesehen wird.

**Bedeutung der Elternarbeit.** 10 von 12 Studien belegen, dass Elternarbeit zu den entscheidenden Wirkfaktoren von Erziehungshilfemaßnahmen gehört. In 74 Prozent von 16.785 evaluierten Hilfen einer EVAS-Sonderauswertung<sup>2</sup> wurde Elternarbeit durchgeführt. *„Diese Hilfen verliefen über alle untersuchten Skalen hochsignifikant erfolgreicher als Hilfen ohne Elternarbeit.“* (Esser 2014, S. 599) Ein Grund dafür ist, dass Heimerziehung kein Ersatz für Familie sein kann. Bei der Elternarbeit geht es darum, emotionale Bindungen zur Familie zu stärken oder zu reaktivieren. Eltern sollen diesbezüglich Unterstützung bekommen, sich kompetenter fühlen und (wieder) lernen, Verantwortung zu übernehmen und, wenn möglich, auf die Rückführung des Kindes in die Familie vorbereitet werden. Um nachhaltige Veränderungen bewirken zu können, ist eine intensive Eltern- und Familienarbeit unerlässlich. Die Familie soll unter anderem die Erfahrung machen, dass sie Probleme gemeinsam überwinden kann (Conen 2002b).

**Bindungen und Loyalitätskonflikte.** Die Gefahr ist groß, dass Kinder und Jugendliche in teilstationären und stationären Einrichtungen in einen Loyalitätskonflikt zwischen Familie und professionellen Helfern geraten (Conen 2015). Wenn sie eine vertrauensvolle Beziehung zum Betreuer im Heim aufbauen und ihr Verhalten „verbessern“, verhalten sie sich ihrer Herkunftsfamilie gegenüber illoyal. *„Die Zugehörigkeit und Verbindung zu seiner leiblichen Familie, stellt für das Kind einen fundamentalen Bestandteil seines Selbstverständnisses und seiner Identität dar.“* (Conen 2002b, S. 35) Für Winkelmann (2014) ist die wichtigste Grundhaltung von professionellen Helfern, die Eltern als wichtigste Personen für die Kinder und Jugendlichen wertzuschätzen und der Aufrechterhaltung der emotionalen Verbundenheit besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Dies kann die Grundlage schaffen, Probleme der familiären Geschichte offen aufarbeiten zu können.

---

<sup>2</sup> Evaluation erzieherischer Hilfen.

**Symptomträger und Symptomverschiebung.** Die Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes oder Jugendlichen können Ausdruck familiärer, meist tiefgreifender Belastungen sein. Als schwächstes Glied der Familie sind häufig Kinder die Symptomträger. Mindert sich die Symptomatik des Jugendlichen im Heim, ist es wahrscheinlich, dass ein anderes Familienmitglied, häufig ein Geschwisterkind, die Rolle des Symptomträgers „übernimmt“. Die isolierte Beseitigung eines Problems kann somit eine Krise für das Familiensystem auslösen. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit von Elternarbeit in der Jugendhilfe, indem ein Symptom in seiner Funktion für die jeweilige Familie erkannt und thematisiert werden kann (Conen 2002b).

**Ablösung unter erschwerten Bedingungen.** Für Jugendliche, die in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen betreut werden, ist die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe der Individuation besonders brisant. Zum einen ist das Fundament der familiären Verbundenheit durch die familiäre Geschichte brüchig. Zum anderen gibt es für die Familie kaum Möglichkeiten, sich mit den Rollenveränderungen im alltäglichen Miteinander und Diskurs auseinanderzusetzen. Besonders in herausfordernden oder überfordernden Situationen ist das Risiko groß, dass der Jugendliche auf erlernte oder nicht mehr angemessene kindliche Verhaltensmuster zurückgreift (Winkelmann 2014).

Conen (2002b) beschreibt ein weiteres Phänomen, das die Individuation für den Jugendlichen erschwert: *„Insbesondere Eltern von Jugendlichen im Heim benötigen oftmals das Kind zur eigenen Stabilisierung und binden es noch stärker an sich.“* (S. 43) Ein abrupter Beziehungsabbruch würde dazu führen, dass das Problem in zukünftige Beziehungen und die nachfolgende Generation getragen wird. Aus diesem Grund sollte der Fokus darauf gelegt werden, die Eltern zu stärken um ihnen das „Loslassen“ zu erleichtern und Jugendlichen dadurch zu ermöglichen, den nächsten Entwicklungsschritt zu gehen. Die innerfamiliären Beziehungen müssen dafür aufgearbeitet und Enttäuschungen überwunden werden. Eine versöhnliche und adäquate Ablösung von den Eltern gilt somit als Leitziel von Jugendlichen in der Kinder- und Jugendhilfe und bedarf intensiver Elternarbeit (Conen 2002b).

**Abwehrhaltung durch Schuldgefühle.** Für Eltern kann die Fremdunterbringung eines Kindes eine große Entlastung darstellen. Gleichzeitig müssen die Eltern Schuldgefühle ertragen. Sie erleben sich als gescheitert in der Kindererziehung. Durch die tiefe Kränkung können Eltern eine Abwehrhaltung entwickeln (Conen 2015). Sie versuchen, meist unbewusst, *„die beteiligten professionellen Helfer ebenfalls zum Scheitern zu bringen, so dass dann deutlich ist, dass es auch diesen nicht gelungen ist, die Probleme zu lösen“* (Conen 2002b, S. 41).

Die Zusammenarbeit mit mehrfach belasteten Familien ist und bleibt eine große Herausforderung für die Jugendhilfe. Eine Möglichkeit dieser Klientel zu begegnen, bietet die Intervention Multifamilientherapie, welche nachfolgend vorgestellt wird.

## 2.2 Multifamilientherapie

Die Multifamilientherapie, auch Mehrfamilientherapie oder Mehrfamilienarbeit genannt, bezeichnet ein Therapiesetting, in welchem gleichzeitig mit mehreren Familien gearbeitet wird. Das evidenzbasierte Therapieverfahren besteht aus Konzepten und Techniken der Gruppen – und systemischen Einzelfamilientherapie sowie aus Elementen der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, des Psychodramas und des Empowerments (Asen & Scholz 2012). Multifamilientherapien werden in der Regel in geschlossenen oder halboffenen Gruppen von sechs bis acht Familien durchgeführt, deren Problemlagen sich ähneln. Dabei sind mindestens zwei Therapeuten anwesend. Abhängig von der Größe der teilnehmenden Familien kann die Teilnehmerzahl 30 Personen übersteigen. Angepasst an die jeweilige Klientel und den Kontext<sup>3</sup>, erfolgen die Therapien stundenweise, tageweise bzw. auch an aufeinanderfolgenden Tagen (Asen & Scholz 2012; Bracht 2012).

---

<sup>3</sup> Multifamilientherapie kann im ambulanten, teil- oder vollstationären Kontext angewandt werden.

### 2.2.1 Geschichtliche Entwicklung

**Entwicklung der Multifamilientherapie.** Die Anfänge der Multifamilientherapie liegen in den 1940er Jahren in den USA. Peter Laqueur, der als Begründer der Multifamilientherapie gilt, behandelte in New York erstmals Patienten mit Schizophrenien und deren Angehörige im Setting einer Großgruppe. Dieser gruppentherapeutische Ansatz wurde von Erwachsenenpsychiatern und -psychologen aufgegriffen und für andere Krankheitsbilder weiterentwickelt (z.B. Detre et al. 1961, Anderson 1983 zit. nach Asen & Scholz 2012). Von den USA ausgehend, verbreitete sich die Multifamilientherapie in Europa, wie z.B. in Frankreich (Benot et al. 1980 zit. nach ebd.), Belgien (Igodt 1983 zit. nach ebd.) und der Schweiz (Salem et al. 1985 zit. nach ebd.) sowie in Südamerika (Badaracco 2000 zit. nach ebd.) und wird inzwischen in unterschiedlichen Kontexten eingesetzt.

Die heutige Multifamilientherapie für Kinder und Jugendliche und ihre Familien wurde entscheidend durch die Arbeit des Marlborough Family Service (Marlborough-Familiendienst) in London beeinflusst. Die in den 1980er Jahren unter Alain Cooklin aufgebaute Familientagesklinik (*Family Day Unit*) spezialisierte sich auf die Arbeit mit Multiproblemfamilien. Salvador Minuchin trug mit seinen Erfahrungen in der Arbeit mit unterprivilegierten und marginalisierten Familien zur Entstehung des Multifamilientherapie-Konzepts bei. Unter dem späteren Direktor Prof. Dr. Eia Asen entstanden in der *Family Day Unit* zahlreiche Multifamilienprojekte und -ansätze, die sich zunächst in England und später in anderen Ländern Europas und auf anderen Kontinenten verbreitet und weiterentwickelt haben. Auch in Ostdeutschland waren bereits in den 1970er Jahren unter der Leitung von Prof. Dr. Michael Scholz Elterngruppen Bestandteil der stationären, kindzentrierten Therapie (Asen & Scholz 2012).

**Verbreitung der Multifamilientherapie.** Das moderne Multifamilientherapie-Konzept gelangte bereits in den 1990er Jahren nach Deutschland und wurde zunächst vereinzelt in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie z.B. der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychologie in Dresden umgesetzt. Ab dem Jahr 2010 erwachte bundesweit sowohl in weiteren Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in Ju-

gendhilfeeinrichtungen zunehmendes Interesse an dieser Methode (Scholz 2010). Mittlerweile existieren durch Eia Asen und Michael Scholz supervisierte Projekte in Großbritannien, Irland, Deutschland, Dänemark, Schweiz, Norwegen, Niederlande, Belgien, Frankreich, Italien, Polen, USA, Kanada und China (Asen 2015).

### 2.2.2 Anwendung

Die Multifamilientherapie gewann in den letzten Jahren sowohl im Erwachsenen- als auch im Kinderbereich an Bedeutung und umfasst inzwischen ein breites Anwendungsspektrum. Multifamilientherapie wird häufig als begleitendes Verfahren in Ergänzung zu anderen Behandlungsformen, manchmal auch als eigenständiges Behandlungsverfahren angewandt (Asen 2015).

**Multifamilientherapie bei Erwachsenen.** Bei Erwachsenen und ihren Angehörigen wird die Multifamilientherapie bisher bei folgenden Störungsbildern eingesetzt (Asen & Scholz 2012):

- depressive Erkrankungen;
- Zwangserkrankungen;
- bipolare Krankheitsbilder;
- Drogen- und Alkoholabhängigkeit;
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen;
- Bulimie;
- Chorea Huntington;
- chronische Schmerzzustände.

**Multifamilientherapie bei Kindern und Jugendlichen.** Bei Kindern und Jugendlichen bestehen Behandlungskonzepte für folgende Indikationen (Asen & Scholz 2008; Asen & Scholz 2012; Asen 2015):

- Kindesmisshandlung und -vernachlässigung;
- Obdachlosigkeit;

- Schul- und Lernstörungen;
- Essstörungen;
- chronische organische Erkrankungen;
- emotionale und Verhaltensstörungen;
- Multiproblemfamilien;
- Asperger-Syndrom;
- ADHS;
- Psychosen;
- Turner-Syndrom;
- Regulationsstörungen.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen findet die Multifamilientherapie neben dem klinischen Setting auch im schulischen Bereich mit dem so genannten *Familienklassenzimmer* (Bracht 2012) sowie in der Jugendhilfe Anwendung. Da die vorliegende Untersuchung in einer Jugendhilfeeinrichtung stattfand, liegt der Fokus in der folgenden Beschreibung auf Multifamilientherapie mit Kindern und Jugendlichen und deren Familien. Die *Multifamilientherapie in der Jugendhilfe* wird an späterer Stelle (vgl. 2.3) ausführlich dargestellt.

### 2.2.3 Prinzipien

Die Multifamilientherapie impliziert eine familienzentrierte, ressourcenorientierte und lösungsfokussierte Grundhaltung. Das gesamte Familiensystem mit seinen Interaktionsformen steht dabei im Fokus, wodurch das symptomtragende Kind Entlastung erfährt (Asen & Scholz 2012). Im folgenden Abschnitt werden fünf ausgewählte Prinzipien der Multifamilientherapie näher beschrieben.

**Die Verantwortung für das Kind bleibt bei den Eltern (Asen 2015).** Dieses Grundprinzip hat in der Multifamilientherapie oberste Priorität. Viele Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten sind versucht, die Verantwortung für ihre Kinder an professionelle Helfer abzugeben bzw. sind es gewohnt, dass die Verantwortung von diesen übernommen wird. In der Multifamilientherapie wird darauf geachtet, dass die Eltern immer die „Experten“

für ihre Kinder bleiben. Die Verantwortung für die Kinder liegt so bei den Eltern bzw. wird ihnen temporär zurückgegeben, falls sich das Kind in einer stationären Betreuung befindet. Häufig wird die Verantwortungsübergabe durch ein Ritual für die Eltern und die Kinder zu Beginn eines Multifamilientherapie-Settings sichtbar gemacht (Asen 2015; Asen & Scholz 2012; vgl. 2.2.6 *Rolle des Therapeuten*).

**Alle in einem Boot – der gemeinsame Nenner (Asen 2015).** In der Multifamilientherapie begegnen sich Familien mit ähnlichen Ausgangslagen und Problemen, was in vielerlei Hinsicht positive Effekte bewirkt: Zum einen entwickelt sich rasch ein starkes Zugehörigkeitsgefühl der Teilnehmenden untereinander, was den Abbau von empfundener Isolation und das Erleben sozialer Unterstützung fördert. Zum anderen werden die Teilnehmenden durch den Kontakt und das Erleben anderer Familien ermutigt, defensive Schutzhaltungen aufzugeben und das eigene Verhalten zu reflektieren. Das Erleben ähnlicher Probleme bei anderen führt dazu, dass sich die Teilnehmenden mit anderen Familien identifizieren und ebenfalls von den gemeinsam erarbeiteten Strategien profitieren können (Lange 2012).

**Multi-Perspektivität (Asen 2015).** Es besteht die Tendenz, in der Sichtweise für das eigene Problem eingeschränkt zu sein, jedoch über eine hohe Sensitivität für ähnliche Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten bei anderen Familien zu verfügen. Dies wird als große Ressource innerhalb der Multifamilientherapie genutzt. Die Wahrnehmung des gleichen Problems bei anderen Familien und das Erleben der eigenen Kompetenz, z.B. in Form von Lösungsideen, führen zu einer Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls, was grundlegend und ausschlaggebend für eine positive Veränderung ist. Sofern die Gruppenatmosphäre von gegenseitiger Anteilnahme, Wertschätzung und Transparenz geprägt ist, können Kommentare und Kritik von anderen Familien oftmals besser verstanden und angenommen werden als diesbezügliche Äußerungen der Therapeuten (Asen 2015; Asen 2005). Die Familien können voneinander lernen und sich durch das Erfahren neuer Sichtweisen bei der Bewältigung ihrer Probleme gegenseitig unterstützen. Das Einnehmen neuer Perspektiven und die Reflexion des eigenen Umgangs mit dem Problem machen konkrete Verhaltensänderungen möglich und wecken Hoffnung (Asen & Scholz 2012; Asen & Scholz 2008).

**Schaffung lebensnaher Situationen und Kontexte (Asen 2015).** Das Setting der Multifamilientherapie beinhaltet u.a. alltägliche Handlungen und Abläufe, wie z.B. das gemeinsame

Zubereiten und Einnehmen der Mahlzeiten. Dabei auftretende Probleme und Konflikte können dadurch „in situ“ und folglich sehr alltags- und verhaltensnah bearbeitet oder zu einem späteren Zeitpunkt reflektiert werden. Je nach Situation und Bedarf kann dies in der Großgruppe (inter-familiär) oder im Einzel-, Paar- oder Familiensetting (intra-familiär) erfolgen. Der starke Bezug zum Alltag erleichtert gleichermaßen den Transfer in das eigene Familienleben (Asen 2015; Lange 2012).

**Vorteile des Gruppenkontextes nutzen (Asen & Scholz 2012).** Der Wirkung der Gruppe wird hohe Bedeutung beigemessen. Der positive Gruppendruck ermutigt die Teilnehmenden neue Handlungsstrategien zu entwickeln und zu erproben. Der Vorteil einer halboffenen Gruppenstruktur ist, dass „erfahrene“ Familien im Laufe der Maßnahme zum „Botschafter“ des Modells werden. Sie können noch skeptischen Familien von ihren Erfahrungen berichten und so zu einer (regelmäßigen) Teilnahme motivieren. Die neu hinzukommenden Familien können von den sogenannten „Experten-Familien“ lernen und sehen, dass Veränderung möglich ist (Asen & Scholz 2012; Lange 2012).

#### 2.2.4 Ziele

Die in der Multifamilientherapie inszenierten intra- sowie interfamiliären Lernprozesse sollen bewirken, dass sich die Entwicklungsbedingungen der Kinder in den Familien verbessern. Dazu wird das Erreichen folgender Ziele anvisiert (Asen 2015):

**Befähigung zur Erziehungsverantwortung.** Die Eltern werden ermutigt und aktiv darin unterstützt, die Erziehungsverantwortung für ihre Kinder (erneut) zu übernehmen. Im Rahmen der Multifamilientherapie bekommen sie die Möglichkeit ihre elterlichen Beziehungs- und Handlungskompetenzen auszubauen (ebd.).

*Beispiel:* Die Eltern schaffen es konsequent zu handeln, wenn das Kind die Hausaufgaben verweigert.

**Chance zur Reintegration.** Der Kontakt der Familien untereinander soll u.a. dem Aufbau und Ausbau eines stabilen sozialen Netzwerks dienen. Somit kann einer erneuten Isolation

entgegengewirkt werden und die Möglichkeit des Austauschs auch nach der Beendigung der Intervention erhalten bleiben (Asen & Scholz 2012).

*Beispiel:* Die Familien verabreden sich auch außerhalb der Multifamilientherapie, die Kinder finden Freunde.

**Kompetenzerweiterung.** Im Beisein der anderen Familien und der Therapeuten soll es den Familien und ihren Mitgliedern gelingen, eigene Ressourcen und Kompetenzen (wieder) zu entdecken und zu erweitern. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit sowie ein gesteigertes Selbstwertgefühl sollen die Familien dazu befähigen, Konflikte erfolgreich zu lösen und neu erlernte Verhaltensweisen umzusetzen (Asen & Scholz 2012).

*Beispiel:* Eltern und Kindern haben Freude an einer gemeinsamen Freizeitaktivität.

**Verhaltensveränderungen und dann Haltungsänderung.** Durch die aktive Einbeziehung der Familien beim Lösen von Problemen anderer Teilnehmenden wächst die Offenheit und Bereitschaft eigene Schwierigkeiten sowie das eigene Verhalten wahrzunehmen und zu verändern. Das alltagsnahe Übungsfeld soll den Teilnehmenden ermöglichen, Verhaltensänderungen im Schonraum der Multifamilientherapie zu erproben. Die Änderung des Verhaltens soll allmählich zu einer Haltungsänderung führen, die es den Teilnehmenden ermöglicht handlungs- und beziehungsfähiger zu werden (Asen 2015; Asen & Scholz 2012).

*Beispiel:* Die Mutter spricht ihr Kind in ruhigem und freundlichem Tonfall an.

**Beziehungsveränderungen.** Langfristig zielt die Multifamilientherapie darauf ab, dass sich schwierige Beziehungsdynamiken zugunsten eines positiven Familienklimas entwickeln (Asen & Scholz 2012).

*Beispiel:* Konflikte können gewaltfrei gelöst werden.

**Partnerschaftlichkeit.** Ein Ziel der Multifamilientherapie ist ebenso die Vernetzung und Kooperation der Helfersysteme zu bewirken, welche in und mit der Familie arbeiten. In diesem Sinne wird der Aufbau eines partnerschaftlichen Verhältnisses zu wichtigen Institutionen gefördert (Asen 2015).

*Beispiel:* Im Beisein der Familie und der Helfer werden die Ziele der installierten Hilfen reflektiert und in gegenseitiger Abstimmung neu angepasst.

### 2.2.5 Methoden

Die Multifamilientherapie zeichnet sich insgesamt durch eine hohe Vielfältigkeit und Vielzahl an Interventionen aus, was ein Ergebnis der Anpassung des Konzepts der Multifamilientherapie an unterschiedliche Arbeitskontexte und spezifische Bedarfe (z.B. kulturelle Besonderheiten) ist. In der Recherchearbeit „Multifamilientherapie in Deutschland“ benennt Born (2012) folgende Techniken, die laut Umfrage am häufigsten Anwendung finden:

- systemisch orientierte Gesprächstechniken (z.B. zirkuläres Fragen, Feedback, Rollenspiele);
- kognitive Techniken (z.B. Skalierung der Symptombeschwerden);
- alltagsnahe Aktivitäten (z.B. gemeinsames Essen);
- analysierende Methoden (z.B. Biografiearbeit, Mentalisierungsansatz nach Allen und Fonagy, ressourcen- und lösungsfokussierte Methoden, Video-Training).

Innerhalb der Interventionen finden sich des Weiteren – abhängig von den Vorlieben und Erfahrungen des behandelnden Therapeuten – Elemente aus der Gesprächspsychotherapie, Familientherapie, gemeindenaher Hilfe, Selbsthilfe und Edukation. Born (2012) weist darauf hin, dass es bisher weder eine Untersuchung über die Gemeinsamkeiten der multifamilientherapeutischen Ansätze gibt noch über eventuelle inhaltliche und methodische Schwerpunkte bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen. Eine umfassende und integrative Theorie zur Multifamilientherapie fehle bislang.

Typisches Merkmal der Multifamilientherapie ist, dass die Aktivitäten schnell und häufig wechseln. Neben Alltagsaktivitäten werden gezielt – häufig spielerisch – Kontexte initiiert, in denen sich problematische (Familien-)Interaktionen zeigen. Asen und Scholz (2012) unterscheiden in „Praxis der Multifamilientherapie“ drei verschiedene Arten von Übungen (Gruppenübungen, Familienübungen und störungsspezifische Übungen), welche in Tabelle 7 exemplarisch anhand eines Beispiels vorgestellt werden:

Tabelle 7

Multifamilientherapie-Übungen nach Asen und Scholz (2012)

Merkmale der Übung	Gruppenübung	Familienübung	Störungsbezogene Übung
<b>Name</b>	<i>Speed-Dating</i> (S. 69)	<i>Stellenanzeige</i> (S. 141)	<i>Sketche</i> (S. 160)
<b>Einsatzmöglichkeit</b>	Kennenlernphase oder gezielter Austausch über ein Thema	Bei negativ eingestellten Eltern und Jugendlichen, die nur die Fehler des anderen sehen	Multiproblemfamilien, multikulturelle Familiengruppen, Ess-Störungen
<b>Ablauf</b>	Teilnehmende sitzen sich in einem Innen- und einem Außenkreis gegenüber und interviewen sich nacheinander. Rascher und häufiger Wechsel des Interviewpartners, indem die Personen des Außenkreises einen Platz weiterrutschen	Familienmitglieder schreiben einzeln oder zusammen für ein anderes Familienmitglied eine Stellensuchanzeige	„Spielgruppen“ bestehend aus Eltern mit einem Kind aus einer anderen Familie erstellen zwei Sketche einer typischen familiären Streitsituation, einmal mit „typischem“ Ausgang und einmal mit einem neuen, konstruktiven oder überraschenden Ausgang
<b>Therapieziel</b>	„Eisbrecher“, erleichtert das Kennenlernen sowie fokussiert und konzentriert über ein Thema zu sprechen	Wertschätzung der Familienmitglieder untereinander, Stärkung des Selbstvertrauens, Förderung einer akzeptierenden, wertschätzenden und differenzierten Gruppenatmosphäre	Durch Perspektivwechsel können Streitkultur und festgefahrene Verhaltensweisen überdacht werden. Neue Lösungen können spielerisch ausprobiert und erlebt werden

Quelle: Asen und Scholz (2012)

### 2.2.6 Rolle des Therapeuten

Von einer akzeptierenden, wertschätzenden und aufmerksamen Grundhaltung ausgehend, betonen Asen und Scholz (2012) einen Paradigmenwechsel in der Therapeutenrolle: von einer kindzentrierten zu einer familienorientierten Perspektive. Dazu ist es notwendig, die Verantwortung für die Kinder bei den Eltern zu belassen und diese ggf. symbolisch an die Eltern zurückzugeben. Andernfalls könnte es bedeuten mit den Eltern ungewollt oder unbewusst zu konkurrieren und sie damit als Eltern zu entwerten. Ebenfalls kommen durch das Belassen der Verantwortung bei den Eltern alltägliche Schwierigkeiten und Konflikte zum Vorschein, die unmittelbar bearbeitet werden können (Asen & Scholz 2008). Im Laufe des therapeutischen Prozesses sollte sich der Therapeut zunehmend auf den „Rücksitz“ begeben. Folgende Fragen können sich dabei als hilfreich erweisen:

Was kann die Familie (die Gruppe) eigenverantwortlich übernehmen und was muss ich dafür tun? (...) Was müssen wir als Therapeuten tun, damit die Eltern die Verantwortung für ihr Kind übernehmen oder die Gruppe aktiv und selbstständig arbeiten kann? Wann behindern wir durch unsere Aktivität und Fürsorge und unsere gewohnte Haltung diesen wichtigen Prozess? (Asen & Scholz 2012, S. 25)

Asen und Scholz (2012) plädieren des Weiteren für ein Therapeutenteam, welches den Therapeuten ermöglicht, abwechselnd sowohl die aktiv, strukturierende als auch die nicht agierende, beobachtende Rolle einzunehmen und sich gegenseitig zu reflektieren. Im Rahmen der Multifamilientherapie fungieren die Therapeuten als gleichrangige Partner in gegenseitiger Ergänzung und nur in einzelnen Situationen als Hauptakteur und Assistent. Sie sollten einerseits wohlwollend und loyal, andererseits auch transparent und kritisch miteinander umgehen. Somit können sie eine Vorbildfunktion für Eltern einnehmen, die sich ebenfalls im Umgang mit ihren Kindern abstimmen und verständigen müssen.

**Therapeutisches Vorgehen.** Die Prozesse und Interaktionen in der Multifamilientherapie überschneiden sich häufig bzw. laufen gleichzeitig ab. Um den Familienmitgliedern ihre Rollen in ihrer Flexibilität und ihren Grenzen erfahrbar zu machen, werden immer wieder Subgruppen in verschiedenen Konstellationen und Kontexten inszeniert.

Die stattfindenden Prozesse können auf folgenden fünf Ebenen beschrieben werden (Cassano 1989 zit. nach Asen & Scholz 2012, S. 19):

- innerhalb der einzelnen Familien (intrafamiliär);
- zwischen den Familien (interfamiliär);
- zwischen den Therapeuten und den einzelnen Familien (Therapeut – Klient);
- in der gesamten Gruppe, die Therapeuten und Familien einschließt (Intragruppe);
- zwischen der gesamten Gruppe und dem weiteren Kontext (Extra-Gruppe).

Der vielfache Wechsel von Aktivitäten und Kontexten führt zu Veränderungen von Rollen und Aufgaben innerhalb kurzer Zeitspannen. Dieser „Treibhauseffekt“ regt die Familien an, immer wieder neue Sichtweisen in Bezug auf ihre Probleme und Beziehungen zu finden (Asen & Scholz 2012).

Vorrangige Aufgabe der Therapeuten ist es zunächst, die Teilnehmenden miteinander ins Gespräch zu bringen, d.h. Verbindungen untereinander herzustellen. Dazu sollte zunächst zentral und lenkend interveniert und für eine angenehme Gruppenatmosphäre gesorgt werden. Die Therapeuten wechseln zwischen Nähe und Distanz, was die Eigenaktivität und Eigenverantwortung der Gruppe steigert und ein zunehmend selbstständiges Arbeiten ermöglicht (ebd.).

Ein flexibles Vorgehen der Therapeuten sowie ein rasch wechselndes Aktivitätsniveau begünstigen laut Asen und Scholz (2012) die Offenheit und das Neugierverhalten einer Gruppe sowie die Entwicklung einer guten Gruppenkohäsion. Das Zusammentreffen mehrerer Familien mit oftmals verschiedenen sozialen und kulturellen Hintergründen oder Nationalitäten stellt immer wieder neue Anforderungen an die Präsenz und Flexibilität der Therapeuten. Abhängig von der Größe der Gruppe, dem Alter und der Anzahl der Kinder, den sprachlichen Fähigkeiten (Deutschkenntnisse) sowie den Problemlagen und Beziehungsdynamiken der Teilnehmenden gestaltet sich ein Multifamilientherapie-Setting sehr abwechslungsreich. Von den Therapeuten erfordert es ein hohes Maß an Erfahrung, Professionalität und Kreativität, um adäquat auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Gruppe und der Teilnehmenden eingehen zu können (Lange 2012).

### 2.2.7 Wirkmechanismen und Wirkfaktoren

Neben der therapeutischen Technik, der therapeutischen Beziehung sowie außertherapeutischen Faktoren (Miller et al. 2000 zit. nach Asen & Scholz 2012) gehen Asen und Scholz (2012) davon aus, dass Ressourcenaktivierung, das Stiften von Hoffnung sowie das Erleben sozialer Unterstützung wesentliche Wirkfaktoren der Multifamilientherapie sind. Da die Multifamilientherapie zu den Gruppentherapieverfahren zählt, können weiterhin die bereits von Irvin Yalom (2007 zit. nach Lange 2012) erwiesenen gruppentherapeutischen Wirkfaktoren als gegeben vorausgesetzt werden. Im Rahmen ihrer Diplomarbeit zu „Wirkfaktoren der Multifamilientherapie im Kontext der Jugendhilfe“ findet Lange (2012), neben der Bestätigung bereits erwiesener Wirkfaktoren, 13 neue Wirkfaktoren heraus.

**Tabelle 8**

*Wirkfaktoren in der Multifamilientherapie*

<b>Allgemeine Wirkfaktoren</b>	<b>Spezifische Wirkfaktoren im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe</b>
- Universalität des Leidens	- Freude und Spaß
- Wertschätzender Rahmen	- Fremderkenntnis
- Austausch/Kommunikation	- Selbsterkenntnis
- Feedback	- Therapeutische Grundhaltung
- Gegenseitige Unterstützung	- Quality-Time
- Solidarität	- Familienkohäsion
- Voneinander lernen	- Problemnahes Übungsfeld
- Soziale Kontakte	- Alltagsbruch
- Neuer Blickwinkel	- Erholung
- Hilfe zur Selbsthilfe	- Selbstwertzuwachs
- Kompetenzen entdecken	- Schlüsselsituationen
- Problembewältigung	- Gestärktes Selbstbewusstsein
- Problemaktualisierung	- Sich als handlungsfähig erleben
- Hoffnung	
- Therapeutische Beziehung	

Quelle: Lange (2012, S. 115)

## 2.3 Multifamilientherapie in der Jugendhilfe am Beispiel des Albert-Schweitzer-Kinderdorfs Hessen e.V./Wetzlar

Im folgenden Kapitel soll der Fokus auf dem Einsatz und den Besonderheiten der Multifamilientherapie innerhalb der Jugendhilfe liegen, wobei an dieser Stelle beispielhaft auf die Arbeit des Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Standort Wetzlar<sup>4</sup> eingegangen wird. Vom ASK Hessen e.V. ausgehend verbreitete sich die Multifamilientherapie in der Jugendhilfe ab 2008 deutschlandweit. Die Daten für die vorliegende Studie wurden ebenfalls innerhalb dieser Institution, am Standort Wetzlar, erhoben.

### 2.3.1 Beschreibung des ASK Hessen e.V./Wetzlar

Das ASK Hessen e.V. ist eine heilpädagogisch-therapeutische Einrichtung der Jugendhilfe und wurde 1966 in Frankfurt gegründet. Das ASK Hessen e.V. setzt sich aus den beiden Standorten Hanau (bestehend seit 1975) und Wetzlar (bestehend seit 1981) zusammen und orientiert seine Arbeit an den ethischen Werten und humanistischen Idealen Albert Schweitzers. In Anlehnung an bestehende Multifamilientherapie-Konzepte des Marlborough Family Service in London wurde im Jahr 2008 die Multifamilientherapie bundesweit erstmalig in einer Jugendhilfeeinrichtung, dem ASK Hessen e.V., umgesetzt und angewandt. Das ASK Hessen e.V. ist seither in dieser Arbeit führend und bietet die Multifamilientherapie als ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfe für Familien an. Zudem existieren sowohl im ASK Hanau als auch im ASK Wetzlar Kooperationsprojekte an Grundschulen (*Familienklassenzimmer*) und Kindergärten sowie das Fortbildungsinstitut *Connect*, welches u.a. Fortbildungen zur Multifamilientherapie anbietet (Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen, o.J.; Wack & Scharfe 2012).

Anliegen und Angebot des ASK Hessen e.V. ist es, Kinder und Jugendliche sowie deren Familien in schwierigen Lebenssituationen durch gezielte pädagogische und therapeutische

---

<sup>4</sup> Im Folgenden werden die Abkürzungen ASK Hessen e.V. bzw. ASK Wetzlar verwendet.

Interventionen zu unterstützen, zu begleiten und zu fördern. Die pädagogische Vorgehensweise ist grundlegend systemisch und ressourcenorientiert geprägt. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen werden als *„Ergebnis eines langwierigen, fehlgelaufenen Prozesses im familiären Bezugssystem des Kindes und Ausdruck gestörter Beziehungsdynamik im Familienverbund“* verstanden (Leistungsvereinbarung Tagesgruppe 2007, S. 10), was die Arbeit mit dem gesamten Familiensystem impliziert. Das ASK Wetzlar arbeitet mit der Grundhaltung der Multifamilientherapie, die Eltern in ihrer Verantwortung für die Kinder zu belassen. Für einen realistischen und nachhaltigen Erfolg der Maßnahme ist dies von maßgeblicher Bedeutung (Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen/Standort Wetzlar o.J.; Wack & Scharfe 2012; Leistungsvereinbarung Tagesgruppe 2007).

Da die Daten der vorliegenden Studie in den Tages- und Wochengruppen des ASK Wetzlar erhoben wurden, werden diese Angebote im folgenden Abschnitt genauer beschrieben.

**Beschreibung der Tages- und Wochengruppe.** Das ASK Wetzlar führt zwei Tagesgruppen (teilstationär) und eine Wochengruppe (stationär), in denen jeweils 9 Kinder betreut werden. Dieser Arbeit liegt ein umfassendes Multifamilientherapiekonzept zugrunde, welches „Hilfen aus einer Hand“ anbietet und folgende Bereiche umfasst:

- Betreuung der Kinder und Jugendlichen in den Tagesgruppen/der Wochengruppe;
- Multifamilientherapie an jeweils einem Nachmittag pro Woche;
- aufsuchende Familienarbeit;
- optional und auf Wunsch der Familie das Angebot einer Familientherapie (durch einen Familientherapeuten).

Der im Jahr 2008 eingeführte Haltungswechsel der Einrichtung, der – gemäß dem multifamilientherapeutischen Ansatz – die Verantwortung der Kinder bei ihren Eltern belässt, durchwirkt die Arbeit aller Bereiche. Auch im pädagogischen Gruppenalltag arbeiten die Pädagogen eng mit den Eltern zusammen. Die Eltern werden beispielsweise dazu eingeladen mit ihren Kindern Hausaufgaben zu machen oder sie werden bei Konflikten einbezogen. Die Fallverantwortung liegt dabei in „einer Hand“, d.h. die Pädagogen<sup>5</sup> der Gruppen sind neben der Betreuung der Kinder und Jugendlichen gleichzeitig in der aufsuchenden

---

<sup>5</sup> Alle Pädagogen der Einrichtung erhalten eine Schulung/Weiterbildung zur Multifamilientherapie.

Familienarbeit tätig und führen das Angebot der Multifamilientherapie durch. Diese Tatsache begünstigt und fördert eine enge, konstruktive Vernetzung: Interaktionen, die sich im familiären Umfeld oder im Rahmen der Multifamilientherapie zeigen, werden in der Gruppe aufgegriffen, was ein ständiges Abgleichen und Neuentwickeln von Arbeitszielen ermöglicht. Ebenso können neu erlernte Strukturen und Handlungsweisen direkt ins familiäre Umfeld übertragen und dort gefestigt werden. In regelmäßig stattfindenden Gesprächen werden mit der Familie die gesetzten Ziele überprüft und Erfolge reflektiert (ASK Hessen/Standort Wetzlar o.J.; Wack & Scharfe 2012). Die Eltern werden im Arbeitsprozess darin unterstützt eine gemeinsame Erziehungshaltung zu entwickeln und ihre Kompetenzen zu erweitern. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, dass sich für die Kinder Loyalitätskonflikte zwischen ihren Eltern und dem professionellen Helfersystem zugunsten einer guten Kooperation auflösen können (Wack & Scharfe 2012).

**Aufnahmekriterien des ASK Wetzlar.** Grundvoraussetzung für eine Aufnahme des Kindes (ab 6 Jahren) oder Jugendlichen in die Tages- oder Wochengruppe ist, dass die Eltern ihre Kinder zu den vereinbarten Zeiten (ggf. am Abend, teilweise in den Ferien und am Wochenende) selbst betreuen<sup>6</sup>. Des Weiteren müssen sie zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit dem ASK Wetzlar bereit sein. Dies bedeutet eine aktive Mitarbeit der Eltern, wie z.B. eine regelmäßige Beteiligung der Eltern am Alltagsgeschehen der Gruppe (z.B. bei der Freizeitgestaltung und Hausaufgabenbetreuung) und die Teilnahme an Multifamilientherapie-Gruppennachmittagen (Leistungsvereinbarung Tagesgruppe 2007; Leistungsvereinbarung Wochengruppe 2007).

Neben den Vorstellungen und Wünschen der Eltern und des Jugendamtes sind für die Entscheidung bezüglich der Unterbringungsform die Bedürfnisse des Kindes relevant, d.h. in welchem Maß das Kind eine durch Pädagogen geführte Alltagsstruktur benötigt. Laut Aussage des Einrichtungsleiters Christian Scharfe erfolgt in der Mehrzahl der Fälle die Arbeit mit Zustimmung der Eltern. Eine Arbeit im Zwangskontext findet bisher eher selten statt, ist jedoch konzeptionell möglich und erwünscht.

---

<sup>6</sup> In der Wochengruppe werden die Kinder im Gegensatz zur Tagesgruppe an den Werktagen auch abends und nachts betreut.

**Beschreibung der Klientel.** Den Großteil der Klientel des ASK Wetzlar bilden *mehrfach belastete Familien* (vgl. 2.1.5). Charakteristisch für das ASK Wetzlar ist eine sehr niedrigschwellige Aufnahme. Laut Angaben des ASK Wetzlar haben 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme einen Aufenthalt in der Psychiatrie hinter sich. Viele von ihnen werden mit den Diagnosen ADHS bzw. Autismus-Spektrum-Störung aufgenommen. Die Mehrzahl der Familien hatte bereits Kontakt mit anderen Hilfeformen mit der Rückmeldung, dass der weitere Verbleib des Kindes in der Familie fraglich sei (drohende Fremdplatzierung). In vielen Fällen ist ebenso die Schule Auslöser für das Installieren einer Maßnahme im ASK Wetzlar, die sich in Bezug auf die Beschulung des Kindes oder Jugendlichen überfordert sieht. Häufig leiden die Eltern und Kinder an chronischen Überforderungssituationen, die sich in komplexen Erziehungsschwierigkeiten – häufig auch in der Anwendung von Gewalt – äußern. Viele Elternteile haben selbst eine psychische Erkrankung bzw. zeigen Suchtverhalten. Zudem offenbaren sich im Laufe der Arbeit häufig Paar- und Beziehungsprobleme. Arbeitslosigkeit und Geldsorgen sind ebenfalls sehr oft gegenwärtig und bedrohen die materielle Existenz der Familien.

Neben mehrfach belasteten Familien nehmen auch Familien das Angebot des ASK Wetzlar in Anspruch, in denen sehr schwierige Beziehungsproblematiken vorherrschen (z.B. im Umgang mit Kindern/Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung).

**Ausschlussgründe.** Als Ausschlussgründe für eine Zusammenarbeit mit dem ASK Wetzlar werden massiver Drogenkonsum der Eltern sowie die Zusammenarbeit mit Tätern im Bereich sexueller Missbrauch benannt. Die Arbeit mit Familien, in denen eine akute Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) vorherrscht, kann erst dann erfolgen, wenn die Sicherheit für das Kind/den Jugendlichen wieder hergestellt ist.

**Ablauf der Gesamtmaßnahme.** Die Arbeit mit den Kindern bzw. Jugendlichen und deren Familien orientiert sich am in Tabelle 9 dargestellten Phasenmodell, welches Teil der Leistungsvereinbarung mit dem Jugendamt ist.

**Tabelle 9***Arbeitsphasenmodell „Hilfen aus einer Hand“*

Phase 1	Dauer: 3 Monate
<b>Klärungsphase</b>	Alle Fachpersonen schaffen sich ein Bild von der Familie. Zielvereinbarung mit allen Familienmitgliedern zur Erfüllung der Kriterien einer Rückführung. Besprechung der Ergebnisse und Vereinbarung konkreter Handlungsschritte in den dafür vorgesehenen Familiengesprächen.
Phase 2	Dauer: bis zu ½ Jahr
<b>Umsetzungsphase</b>	Umsetzung der in der Klärungsphase entwickelten Handlungsschritte.  Regelmäßige Zielüberprüfung mit der Familie, Entwicklung eines konkreten Plans zur Rückführung.
Phase 3	Dauer: ½ Jahr
<b>Rückführungsphase</b>	Umsetzung der Rückführung, d.h. das Kind verbringt zunehmend mehr Zeit im Haushalt der Familie. Intensive Begleitung der Familie durch die SPFH und pädagogische Mitarbeiter vor Ort.
Phase 4	Dauer: ½ Jahr
<b>Nachsorge</b>	Weitere Begleitung der Familie durch SPFH und weitere Teilnahme an der Multifamilientherapie.

Quelle: Leistungsvereinbarung Tagesgruppe/Wochengruppe (2007, S. 11 f.)

Alle Phasen werden mit denselben Pädagogen durchlaufen, sodass der persönliche Bezug bzw. die pädagogische Beziehung über den Zeitraum der gesamten Maßnahme aufrechterhalten wird. Zwischen den einzelnen Phasen findet jeweils ein Hilfeplangespräch statt, welches eine Phase beschließt und einen neuen Abschnitt einleitet. In Absprache mit dem Jugendamt kann jede Phase einmal wiederholt werden. Nach Beendigung der Maßnahme ist es möglich die aufsuchende Familienarbeit in Kombination mit der Multifamilientherapie im Sinne der Nachsorge zu verlängern. Gerade in Anbetracht der stark reduzierten Verweildauer erhalten diese Folgemaßnahmen eine wesentliche Bedeutung für den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Maßnahme mit dem Ziel einer abschließenden Stabilisierung (Wack & Scharfe 2012).

Eine regelmäßige Teilnahme der Familien an der Multifamilientherapie ist erwünscht und notwendig. Wenn Familien trotz Aufforderung dreimal hintereinander nicht teilgenommen haben, wird das Jugendamt über die Fehlzeiten informiert. In gemeinsamen Gesprächen wird dann geprüft, ob die Maßnahme für diese Familien geeignet ist. Meist gelangen Familien, welche schon zu Beginn häufig fehlen, über die Klärungsphase nicht hinaus.

**Ziel der Maßnahme.** Ziel ist in den meisten Fällen eine dauerhafte Reintegration bzw. der Verbleib des Kindes in der Herkunftsfamilie. In manchen Fällen kann jedoch auch das Schaffen eines Übergangs des Kindes in eine Pflegefamilie oder in eine stationäre Unterbringungsform bzw. die Vorbereitung auf eine selbstständige Lebensführung angezeigt sein (Leistungsvereinbarung Tagesgruppe/Wochengruppe 2007).

Zur Evaluation und Qualitätssicherung der Maßnahme sowie für das inhaltliche Arbeiten an Zielen und das Visualisieren von Beziehungsstrukturen der Familien wird standardmäßig das *Subjektive Familienbild* (SFB) erhoben, welches im Kapitel 3.4.1 ausführlich dargestellt wird.

**Evaluation (Bericht aus 2012).** 2010/2011 erfolgte die Entlassung von 38 Familien aus den Tages- und Wochengruppen. 86,8 Prozent der Kinder konnten in die Familien erfolgreich rückgeführt werden, die Fremdplatzierung lag bei 13,2 Prozent. In den Rückmeldungen der Familien wurde laut Bericht die starke Nachhaltigkeit des Angebotes betont. Ebenso sei die Zeit des Aufenthaltes stetig gesunken: Lag die durchschnittliche Verweilzeit vor der Einführung des Konzeptes „Hilfen aus einer Hand“ zwischen zwei und drei Jahren, befanden sich in den Jahren 2010/2011 die Kinder durchschnittlich 15 Monate in der Wochengruppe und durchschnittlich 14 Monate in der Tagesgruppe. Das Installieren von Folgemaßnahmen<sup>7</sup> in den Familien kann die Stabilität und die Nachhaltigkeit des Erfolges trotz der stark reduzierten Aufenthaltsdauer und den Herausforderungen des Übergangs in ein „Leben ohne Hilfen“ dauerhaft sichern (Wack & Scharfe 2012).

---

<sup>7</sup> Wie beschrieben setzen sich die Folgemaßnahmen aus Multifamilientherapie und aufsuchender Familienarbeit zusammen.

### 2.3.2 Inhalt und Ablauf der Multifamilientherapie am ASK Wetzlar

Das strukturierte Angebot der Multifamilientherapie ist neben der Arbeit in den Tages- und Wochengruppen, der Aufsuchenden Familienarbeit und der optionalen Familientherapie ein wesentlicher Baustein im Konzept „Hilfen aus einer Hand“ im ASK Wetzlar.

**Rahmenbedingungen.** Die Familien treffen sich an einem Nachmittag pro Woche für jeweils viereinhalb Stunden zur Multifamilientherapie. Die Gruppe besteht aus fünf bis sieben Familien sowie zwei MFT-Trainern<sup>8</sup>. Die halboffene Gruppenstruktur bietet die Chance, dass Familien, die schon länger an dem Angebot teilnehmen – so genannte „Expertenfamilien“ – den neu hinzukommenden Familien ihre Erfahrungen vermitteln können und damit zeigen, dass Veränderung möglich ist.

**Merkmale.** In der Multifamilientherapie im ASK Wetzlar geht es, in Abgrenzung zu der in Kliniken angebotenen Multifamilientherapie, verstärkt um Prozesse in einem pädagogischen Rahmen. Basierend auf praktischen und alltagsnahen Übungen ist diese Intervention sehr niedrigschwellig angelegt und ermöglicht somit auch Eltern mit minimalem Reflexionsvermögen und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit die Teilnahme. Mithilfe von Techniken und Methoden aus der Multifamilientherapie werden Kontexte geschaffen, in denen die Familien unterschiedliche Thematiken bearbeiten können. Wie bereits im Kapitel 2.2.6 erwähnt, orientieren sich die MFT-Trainer am ASK Wetzlar stets an den vorhandenen Ressourcen und Handlungspotentialen der Familien, was eine gesteigerte Aktivität der Familienmitglieder und ein hohes Maß an gegenseitiger Wertschätzung bewirkt. Die gesamte Sitzung wird durch Videokameras aufgenommen und ggf. in Einzelsequenzen mit den Familien oder einzelnen Mitgliedern nachbesprochen. Davon abgesehen werden je nach Bedarf kurze Einzelgespräche oder Paargespräche geführt.

Die MFT-Trainer treten im ASK Wetzlar als gleichberechtigtes Team auf, die sich selbst und die ablaufenden Prozesse im Beisein der Gruppe reflektieren. Die Beziehung zwischen den

---

<sup>8</sup> In Abgrenzung zum Begriff „Familientherapeuten“, der optional mit den Familien arbeitet (s.o.) wird im Rahmen der Multifamilientherapie von „MFT-Trainer“ gesprochen.

MFT-Trainern und den Teilnehmenden hat laut Aussage der Mitarbeiter eine große Bedeutung. Familienfreizeiten (drei Tage am Stück) tragen zum einen zur Festigung dieser Beziehung bei und führen damit zu einem offenen, wertschätzenden und von Vertrauen geprägten Klima, zum anderen fördern sie das Gemeinschaftsgefühl der Gruppe. Wichtig für ein erfolgreiches Arbeiten sind nach Einschätzung der MFT-Trainer ebenso die Eigenmotivation, der eigene Veränderungswunsch der Eltern und Jugendlichen, als auch die Bereitschaft der Teilnehmenden an sich selbst zu arbeiten.

**Ablauf eines Multifamiliennachmittages im ASK Wetzlar.** Inhalt und Ablauf einer Multifamilientherapie-Sitzung am ASK Wetzlar wird in Tabelle 10 aufgezeigt und beschrieben. Zwischen den einzelnen Punkten werden Pausen eingelegt. Die Eltern bleiben auch dann in der Verantwortung für ihre Kinder.

**Tabelle 10**

*Inhalt und Ablauf eines Multifamiliennachmittages am ASK Wetzlar*

<b>Abschnitt</b>	<b>Beschreibung des Abschnittes</b>
<b>1. Verantwortungsrunde</b>	Mit einem Ritual wird zu Beginn die Verantwortung an die Eltern übergeben, die Eltern sind die gesamte Zeit verantwortlich für ihre Kinder.
<b>2. Eingangsrunde</b>	Festlegung der Tagesziele: für Eltern (z. B. „Ich handle konsequent.“; „Ich setze Grenzen.“) und Kinder (z.B. „Ich schaue meine Mutter an, wenn sie mit mir spricht.“).
<b>3. Hausaufgabeneinheit</b>	Eltern und Kinder machen gemeinsam Hausaufgaben.
<b>4. Hausaufgabenzieleblatt</b>	Kinder haben bestimmte Ziele für die Woche bezüglich der Hausaufgabensituation (z.B. Blätter einsortieren), die Eltern bewerten diese Ziele. Wenn die Eltern nicht da sind, bewerten die Mitarbeiter des ASK Wetzlar das Erreichen der Ziele. Die Ziele werden im Beisein der Gruppe bewertet (z.B. mit Applaus der Gruppe); neue Ziele werden für die kommende Woche besprochen.
<b>5. Arbeitseinheit</b>	Angepasst an den Bedarf und den Arbeitskontext werden Spiele und Übungen mit unterschiedlichen Zielsetzungen durchgeführt.
<b>6. Reflektion/Bewertung der Tagesziele</b>	Findet in der Gruppe statt durch Rückmeldung der anderen Familien.
<b>7. Abendessen</b>	Die Familien decken gemeinsam den Tisch und essen zu Abend.
<b>8. Blitzlicht</b>	Möglichst positives Feedback durch Gruppe und MFT-Trainer.

Quelle: MFT-Trainer Herr Hahlgans (Telefonat, 16.10.2015)

## 2.4 Forschungsstand und offene Fragen

Die Multifamilientherapie ist ein evidenzbasiertes Verfahren (Asen & Scholz 2012). In Deutschland wurde die Multifamilientherapie im Gegensatz zum anglo-amerikanischen Raum bislang noch nicht in einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) getestet (Born 2012). In ihren Ergebnissen zeigen die wenigen deutschen Studien Symptomlinderung, die Reduzierung des problemstabilisierenden Verhaltens der Angehörigen, die Verbesserung der Beziehungen zwischen Patient und Familienmitgliedern sowie den Ausbau familiärer Copingstrategien und des sozialen Netzwerkes der Familien auf. Sie stimmen dahingehend mit den Ergebnissen aus Großbritannien und den USA im Wesentlichen überein (Goll-Kopka 2009).

**Studien zur Multifamilientherapie bei Erwachsenen.** Es existieren zahlreiche empirische Untersuchungen zur Multifamilientherapie bei Erwachsenen (McDonnell & Dyck 2004). Die meisten Studien liegen zur Behandlung von Schizophrenie in der Erwachsenenpsychiatrie vor (z.B. McFarlane et al. 1995, Bradley et al. 2006, McDonnell et al. 2006 zit. nach Asen & Scholz 2012). Verglichen mit alleiniger Psychopharmakotherapie zeigte sich, dass mit einer Kombination aus Multifamilientherapie und medikamentöser Behandlung die Rückfallquote um 50 Prozent minimiert werden konnte. Weitere Ergebnisse dieser Studien wiesen eine Verbesserung der sozialen Interaktion und beruflichen Chancen, eine deutliche Belastungsreduzierung und einen kompetenteren Umgang der Familienmitglieder mit der Erkrankung auf. Es zeigte sich zudem, dass der kombinierte Ansatz weniger zeit- und kostenaufwendig als die herkömmliche Standardbehandlungen ist. Studien zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit belegen, dass Multifamilientherapie einen verminderten Alkoholkonsum und höhere Abstinenzraten im Vergleich zu anderen Behandlungen bewirkt (Monti et al. 1990, Fals-Stewart et al. 2005 zit. nach ebd.). Ebenso liegen Studien zu affektiven Störungen vor (z.B. Keitner et al. 2002 zit. nach ebd.), aus denen ebenfalls ersichtlich wird, dass sich die Belastungen der Familien verringern. Die Ergebnisse zu Studien zur Minderung der depressiven Symptomatik seien bisher nicht vollständig überzeugend (Miller et al. 2004 zit. nach ebd.).

**Studien zur Multifamilientherapie bei Kindern und Jugendlichen.** Im Vergleich zu den empirischen Untersuchungen der Multifamilientherapie bei Erwachsenen fällt die Zahl der Studien zur Multifamilientherapie im Kindes- und Jugendalter geringer aus. Eine Übersicht zur empirischen Evidenz der Multifamilientherapie im angloamerikanischen Raum bei Kindern und Jugendlichen liefern McDonell und Dyck (2004) sowie Scholz und Asen (2012). McDonell und Dyck beschreiben in ihrem Übersichtsartikel insgesamt elf Studien, die sich auf externalisierende und internalisierende Störungen sowie auf psychotische Erkrankungen und geistige Behinderungen konzentrieren. In Anbetracht der Fülle der Behandlungen durch Multifamilientherapie bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie der zahlreichen Belege über die Wirksamkeit der Multifamilientherapie bei Erwachsenen sei die geringe Zahl an Studien überraschend (McDonell & Dyck 2004).

Asen und Scholz (2012) ordnen die zu diesem Zeitpunkt im anglo-amerikanischen Raum existierenden Studien folgenden Bereichen zu:

- Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (Asen, George, Piper & Stevens 1989);
- Schul- und Lernstörungen (Dawson & McHugh 1994);
- Essstörungen (z.B. Rhodes et al. 2008);
- chronisch organisch erkrankten Kindern (Saayman, Saayman & Wiens 2006);
- Verhaltensstörungen (z.B. McKay et al. 2002).

Deutschlandweit mangelt es noch an Studien, die eine generelle Wirksamkeit der Multifamilientherapie belegen und eine wissenschaftliche Grundlage für die Etablierung dieser Therapie bilden. Bisher liegen in Deutschland neben einigen Pilotstudien<sup>9</sup> drei Studien im naturalistischen Prä-Post-Design vor. Diese Studien werden in Tabelle 11 skizziert.

---

<sup>9</sup> „Ambulante MFT-Gruppen für Grundschulkinder mit Teilleistungsstörungen“ durch Retzlaff, Brazil und Goll-Kopka (2008); „Das Frankfurter MFT-Modell: ambulante MFT mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern“ durch Goll-Kopka (2009).

Tabelle 11

## Studien zur Wirksamkeit der Multifamilientherapie

	Kinder mit sozial/emotional auffälligem Verhalten (ab 9 Jahre)	Kinder und Jugendliche mit sozial/emotional auffälligem Verhalten (10-17 Jahre)	Jugendliche mit Anorexia nervosa
<b>Autor, Jahr</b>	Süß-Falckenberg (2006)	Röttger, von der Lippe, Schadow, Radloff, Kramm und Flechtner (seit 2010)	Thömke (2005)
<b>Ort</b>	Dresden	Magdeburg	Dresden
<b>N</b>	N = 31	Quantitativ: N = 157 (N = 30) <sup>10</sup> Qualitativ.: N = 6	N = 41
<b>Erhebungsinstrumente</b>	Subjektives Familienbild (SFB, Mattejat & Scholz 1994); Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Child Behavior Checklist, CBCL/4-18 1998a); Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R, Franke 1995); Frankfurter Basisdokumentation, 3. Auflage (Engler et al. 1998)	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Child Behavior Checklist, CBCL /4-18 1998a); YSR: Fragebogen für Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren; Subjektives Familienbild (SFB, Mattejat & Scholz 1994); Qual. Tiefeninterviews nach Witzel und Reiter (2012)	Subjektives Familienbild (SFB, Mattejat & Scholz 1994); Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB, Mattejat & Remschmidt); Dresdner Screeningfragebogen für Essstörungen (DSE, Selisko & Thömke 2000)
<b>Design</b>	Naturalistisches Design mit Prä- und Follow-Up-Messungen, punktuelle Post-Messungen	Naturalistisches Design mit Prä-, Post- und Follow-Up-Messungen, Kombination quant. und qual. Methoden	Naturalistisches Design mit Prä- und Post-Messungen, Kontrollgruppe
<b>Ergebnisse</b>	Signifikante Symptomabnahme der Kinder; signifikante Symptomabnahme bei den psychisch belasteten Müttern nach erfolgter <i>systemischer</i> Nachbehandlung zu t3; Kompetenzzuwachs im Umgang mit den Kindern, was diese als liebevollere Zuwendung erlebten; verringerte Belastung durch psycho-soziale Risikofaktoren	<i>Quant.:</i> Signifikante Verbesserungen des Belastungserlebens (CBCL, YSR); Veränderungen der Familienbeziehungen liegen im nicht-signifikanten Bereich <i>Qual.:</i> spezifischer Kompetenzzuwachs durch MFT-Sitzungen (Austausch mit anderen Familien, Verbesserung der Beziehungsqualität innerhalb der Familien)	Erreichen des Normalgewichts nach Beendigung der MFT; sicherer Umgang der Eltern mit ihren Kindern; das Verhältnis zwischen den Eltern sowie zwischen Vater und Tochter wurde warmherziger und sicherer; das Mutter-Tochter-Verhältnis blieb stabil; MFT-Teilnehmende akzeptieren die Behandlung generell gut

vgl. Süß-Falckenberg 2006; Röttger et al. 2015; Thömke 2005

<sup>10</sup> Teilstichprobe: Die Daten von 30 der 157 Familien wurden quantitativ ausgewertet.

**Offene Fragen.** Born (2012) weist nach ihrer deutschlandweiten Recherche darauf hin, dass weitere Studien im Prä-Post- sowie im randomisiert-kontrollierten Design notwendig seien, um die Multifamilientherapie als „gesicherte“ Intervention zu etablieren. Weiterhin wäre es wichtig zu prüfen, für welches Klientel welche multifamilientherapeutische Interventionen geeignet sind, in welchen Fällen eine Kombination von Multifamilientherapie mit anderen Therapieverfahren sinnvoll und wann Multifamilientherapie als alleiniges Behandlungsverfahren ausreichend wirkungsvoll ist. Als ein Ergebnis ihrer Recherche stellt Born (2012) die Vermutung auf, dass Multifamilientherapie im Vergleich zu den Behandlungsmaßnahmen aller einzelnen Familienmitglieder kostengünstiger sei. Um dies abzuklären, seien Kosten-Nutzen-Analysen erforderlich.

Seit der Einführung der Multifamilientherapie hat sich die Verweildauer am ASK Wetzlar stark reduziert (vgl. 2.3.1). Um diese Tatsache zu untersuchen, soll in der vorliegenden Forschungsarbeit geprüft werden, wie sich die Multifamilientherapie auf das innerfamiliäre Beziehungserleben der Teilnehmenden auswirkt.

Die Recherche zum Stand der Forschung ergab zum jetzigen Zeitpunkt, dass die Auswirkungen der Multifamilientherapie im Prä-Post-Design deutschlandweit ausschließlich im klinischen Kontext überprüft worden sind. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, eventuelle Auswirkungen der Intervention im Kontext der Jugendhilfe quantitativ zu erfassen.

## 3 METHODIK

### 3.1 Fragestellungen

Um Aussagen über eventuelle Auswirkungen der Multifamilientherapie (MFT) auf die teilnehmenden Familien treffen zu können, wurden die Einschätzungen der Familien sowie die Einschätzungen der MFT-Trainer erhoben. Das innerfamiliäre Beziehungserleben wurde anhand der Dimensionen *emotionale Verbundenheit* und *individuelle Autonomie* durch Befragung der Familienmitglieder ermittelt. Die MFT-Trainer beurteilten ergänzend dazu das Funktionsniveau der Familienbeziehungen.

Die Hauptfragestellung „*Führt die MFT am ASK Wetzlar zu einer Veränderung des innerfamiliären Beziehungserlebens der Familien?*“ wird in der vorliegenden Arbeit in folgende Fragestellungen untergliedert:

1. Beziehungserleben der Gesamtfamilie
  - 1.a Kommt es im Laufe der MFT zu einer Veränderung in Bezug auf das Erleben der emotionalen Verbundenheit der Gesamtfamilie?
  - 1.b Kommt es im Laufe der MFT zu einer Veränderung in Bezug auf das Erleben der individuellen Autonomie der Gesamtfamilie?
2. Familienbeziehungen aus Sicht einzelner Familienmitglieder
  - 2.a Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der emotionalen Verbundenheit der Jugendlichen/der Väter/der Mütter?
  - 2.b Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der individuellen Autonomie der Jugendlichen/der Väter/der Mütter?
3. Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen des innerfamiliären Beziehungserlebens zwischen den Jugendlichen und ihren leiblichen Eltern?

4. Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der Zufriedenheit in Bezug auf das innerfamiliäre Beziehungserleben der Gesamtfamilie?
5. Ergeben sich im Laufe der MFT Unterschiede zwischen der Tagesgruppe und der Wochengruppe in Bezug auf das innerfamiliäre Beziehungserleben?
6. Ergeben sich nachhaltige Veränderungen des innerfamiliären Beziehungserlebens durch die MFT?
7. Kommt es im Laufe der MFT zu einer Veränderung in Bezug auf das Funktionsniveau der Familienbeziehungen aus Sicht der MFT-Trainer?
8. Wie verhalten sich die Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie und die Einschätzungen zum Funktionsniveau der Familienbeziehungen aus Sicht der MFT-Trainer zueinander?

### 3.2 Beschreibung der Intervention

Die Intervention MFT ist Teil eines umfassenden Hilfsprogramms des Albert-Schweitzer-Kinderdorfs Hessen e.V./Wetzlar (vgl. 2.3). Das seit 2008 bestehende Konzept „Hilfen aus einer Hand“ beinhaltet neben der MFT die Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Tages- oder Wochengruppen<sup>11</sup>, aufsuchende Familienarbeit sowie optional das Angebot einer Familientherapie. Aufgrund der Tatsache, dass die MFT in dieses Gesamtkonzept eingebettet ist, handelt es sich bei der vorliegenden Studie um ein naturalistisches Design.

Die Dauer der Gesamtintervention ebenso wie der darin integrierten MFT betrug im Untersuchungszeitraum zwischen 9 und 22 Monaten, in der Regel jedoch mindestens ein Jahr. Die MFT erfolgte an einem Nachmittag pro Woche in halboffenen Gruppen, beste-

---

<sup>11</sup> Die Tagesgruppe ist im Gegensatz zur Wochengruppe ein teilstationäres Angebot. Weitere Erläuterungen dieser Angebote finden sich in den im Kapitel 2.3.1 sowie im Anhang.

hend aus fünf bis sieben Familien, von jeweils zwei MFT-Trainern durchgeführt. Ausführliche Beschreibungen zum Inhalt und Ablauf der Intervention finden sich im Kapitel 2.3.2 der vorliegenden Arbeit.

### 3.3 Beschreibung der Stichprobe

**Merkmale.** Als charakteristisch für die Klientel der Stichprobe können die Mehrfachbelastungen angesehen werden, denen die teilnehmenden Familien ausgesetzt waren und die daraus resultierende familiäre Überforderungssituation. Die Problemlagen stellten sich sehr vielfältig dar: Sie reichten von sozialer Benachteiligung und schwerwiegenden Paar- und Beziehungskonflikten über Arbeitslosigkeit und finanzielle Not bis hin zu Sucht- und psychischen Erkrankungen. Die Mehrzahl der Teilnehmenden hatte bereits Aufenthalte in Kliniken und anderen Einrichtungen hinter sich. Das ASK Wetzlar gilt regional als letzte Anlaufstelle für Familien und Jugendämter, wenn die Herausnahme eines Kindes oder Jugendlichen aus seiner Familie droht<sup>12</sup>.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren die Jugendlichen zwischen neun und dreizehn Jahre alt. Als Aufnahmegründe für die Kinder und Jugendlichen im ASK Wetzlar wurden u.a. folgende Kriterien benannt:

- Auffälligkeiten im Sozialverhalten;
- Gewalt und aggressives Verhalten zwischen Kindern und Eltern;
- schulische Probleme, häufig auch Schulverweigerung;
- häufige Konflikte zwischen den einzelnen Familienmitgliedern;
- Erziehungsschwierigkeiten/fehlende Erziehungskompetenzen der Eltern;
- Diagnosen (v.a. ADHS, Autismus).

---

<sup>12</sup> Genauere Ausführungen zur Klientel der Studie finden sich im Kapitel 2.3.1.

Neben *mehrfach belasteten Familien* nahmen auch Familien das Angebot in Anspruch, in denen schwerwiegende Beziehungsproblematiken im Vordergrund standen (wie z.B. Schwierigkeiten der Eltern im Umgang mit Jugendlichen mit Autismus oder ADHS).

**Größe der Stichprobe.** Insgesamt konnten für die vorliegende Studie die Datensätze von 50 Personen ausgewertet werden. Die Datensätze der Geschwisterkinder wurden aufgrund der geringen Fallanzahl ( $N = 4$ ) in den Berechnungen vernachlässigt. Da sich eine Untersuchungseinheit beim *subjektiven Familienbild* (SFB) jeweils aus einer Familie zusammensetzt, reduzierte sich die Stichprobenanzahl auf  $N = 22$  (22 Jugendliche mit Familien). Unter den Jugendlichen musste ein „Drop-Out“ verzeichnet werden, da ein Jugendlicher zum Messzeitpunkt t2 keine Angaben gemacht hat. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache wird in den meisten Berechnungen zum SFB von  $N = 21$  ausgegangen. Weicht darüber hinaus die Stichprobengröße ab (z.B. durch einzelne fehlende Angaben von anderen Familienmitgliedern), wird dies in der Darstellung der jeweiligen Ergebnisse angegeben.

**Verteilung der Stichprobe.** Von den Jugendlichen waren 18 männlichen und vier weiblichen Geschlechts. Insgesamt nahmen 16 Kindsmütter, elf Kindsväter, ein Stiefvater sowie fünf Lebensgefährten an der vorliegenden Studie teil. Die Tabelle 12 liefert einen Überblick über die Verteilung der vorliegenden Stichprobe.

**Tabelle 12**

*Verteilung der Stichprobe*

	Jugendliche	Kindsmütter	Kindsväter	Stiefmütter	Stiefväter	Lebensgefährten	Geschwister
<b>Tagesgruppe</b>	12 (11m; 1w)	9	6	0	1	3	2
<b>Wochengruppe</b>	10 (7m; 3w)	7	5	0	0	2	2
<b>Gesamt</b>	22 (18m; 4w)	16	11	0	1	5	4

Nach Beendigung der Gesamtmaßnahme erhielten die Familien je nach Bedarf und Vereinbarungen mit dem Jugendamt Folgemaßnahmen. Wie in Tabelle 13 ersichtlich, bestanden diese entweder aus einer Kombination aus Aufsuchender Familienarbeit (AFA) und MFT oder der vollstationären Unterbringung des Jugendlichen.

**Tabelle 13**

*Folgemaßnahmen*

<b>Folgemaßnahmen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Tagesgruppe</b>	<b>Wochengruppe</b>
<b>Keine</b>	10	7	3
<b>AFA<sup>a</sup> + MFT</b>	9	3	6
<b>vollstationär</b>	3	2	1

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Aufsuchende Familienarbeit.

### 3.4 Beschreibung der Testverfahren

#### 3.4.1 Das subjektive Familienbild

**Grundlagen.** Das SFB, auch bekannt als Leipzig-Marburger Familientest, ist ein familiendiagnostisches Verfahren, das in der Familien-, Ehe- und Erziehungsberatung, in der Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Gesundheitsförderung eingesetzt werden kann.

Das SFB basiert auf dem *Entwicklungs-Kohäsions-Modell* der Familienbeziehungen von Mattejat (1993) (vgl. 2.1.3). Er geht davon aus, dass die Familienbeziehungen umso positiver sind, je stärker die einzelnen Familienmitglieder sowohl die emotionale Verbundenheit als auch die individuelle Autonomie untereinander erleben. Das SFB erfasst somit die subjektiv wahrgenommenen Beziehungsstrukturen einer Familie anhand der beiden Grunddimensionen *emotionale Verbundenheit* (Valenz) und *individuelle Autonomie* (Potenz).

Das Verfahren kann laut Manual mit Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen angewandt werden. Die langjährige klinische Erfahrung zeigt, dass die Durchführung bereits für Kinder ab 9 Jahren möglich ist (Süß-Falckenberg 2006).

**Anwendung.** Jedes Familienmitglied füllt individuell den Testbogen aus, indem es alle gerichteten Beziehungen innerhalb der Familie einschätzt. Die Daten ergeben viele strukturelle Informationen, die – in einer Grafik (Zielscheiben) dargestellt – direkt für die therapeutische Arbeit mit der Familie genutzt werden können.

Mit der Methode des semantischen Differenzials erfasst das SFB Beziehungsstrukturen, in der Standardanwendung der familiären Triade Mutter, Vater und Kind. Die Adjektivpaare, anhand derer die gerichteten Beziehungen innerhalb der Familie erfasst werden, werden in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14**

*Die Adjektivpaare zur Erfassung der Familienbeziehungen im SFB*

Emotionale Verbundenheit		Individuelle Autonomie	
interessiert	– uninteressiert	selbstbewusst	– schüchtern
verständnisvoll	– verständnislos	sicher	– ängstlich
warmherzig	– kühl	entschieden	– unentschlossen
liebevoll	– ablehnend	selbständig	– unselbständig

Quelle: SFB-Testbogen (vgl. Anhang)

Die Intensität der *emotionalen Verbundenheit* wird durch die Einschätzungen zum gegenseitigen Interesse (interessiert/uninteressiert), zum gegenseitigen Verständnis (verständnisvoll/verständnislos), zur emotionalen Wärme (warmherzig/kühl) und zur Zuwendung (liebevoll/ablehnend) erfasst.

Das Ausmaß der erlebten *individuellen Autonomie* setzt sich aus den Einschätzungen zum Selbstbewusstsein (selbstbewusst/schüchtern), zur persönlichen Verhaltenssicherheit (sicher/ängstlich), zur Entscheidungsfähigkeit (entschieden/unentschlossen) und zur Selbstständigkeit (selbstständig/unselbstständig) zusammen.

**Versionen.** Zu unterscheiden gilt es jedoch die für Jugendliche normierte und im Hogrefe-Verlag publizierte Version von Mattejat und Scholz (1994) und eine erweiterte Testversion, die in der vorliegenden Studie zum Einsatz kam. Diese wird seit Jahren in der Praxis verwendet und ist zudem als Computerversion erhältlich. Die erweiterte Version wurde um zwei Adjektivpaare – von sechs auf acht – ergänzt. Im Gegensatz zur Erstversion werden standardmäßig neben der Einschätzungen zur erlebten Situation (Realbild) auch die Einschätzungen zur Wunschvorstellung (Idealbild) anhand eines Fragebogens mit denselben Adjektivpaaren erfasst (vgl. Anhang). Jedoch liegt zur erweiterten Version keine Normierung vor, weshalb die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht mit Normwerten verglichen werden konnten.

**Gütekriterien.** Die Gütekriterien werden als zufriedenstellend beurteilt, sowohl in Bezug auf die Objektivität „*weitgehend unabhängig vom Versuchsleiter*“, die Reliabilität „*gute bis hinreichende Zuverlässigkeit*“ und als auch die Validität „*umfassend überprüft und gut belegt*“ (Brickenkamp 1997, S. 676).

**Auswertung.** Für die vorliegende Studie wurde allen Berechnungen des SFB entweder die *Familiensumme (FASU)* oder das *Quasi objektive Familienbild (QOF)* zu Grunde gelegt (Mattejat & Scholz 1994).

**Berechnungen der Familiensumme (FASU).** Die *FASU* wird aus den Einschätzungen einer Person (Mutter, Vater oder Kind) zu den gegenwärtig erlebten Familienbeziehungen (Realbild) ermittelt.

Laut Manual (Mattejat & Scholz 1994) ergibt sich die *FASU* aus der Summe der sechs gerichteten Beziehungen. Abweichend hiervon wurde in der vorliegenden Untersuchung der Mittelwert der sechs gerichteten Beziehungen berechnet, um Ergebnisse verschiedener Familienkonstellationen vergleichbar zu machen.

Die Einschätzungen zu den Adjektivpaaren (Tabelle 14) liegen auf einer Skala zwischen – 3 und + 3. Zur Berechnung einer gerichteten Beziehung für die Dimension der emotionalen Verbundenheit und für die Dimension der individuellen Autonomie werden die entsprechenden vier Werte aus den Skalierungen summiert, was jeweils einen Wert zwischen – 12 und + 12 ergibt. Je größer der Wert, desto besser werden die innerfamiliären Beziehungen von der jeweiligen Person erlebt.

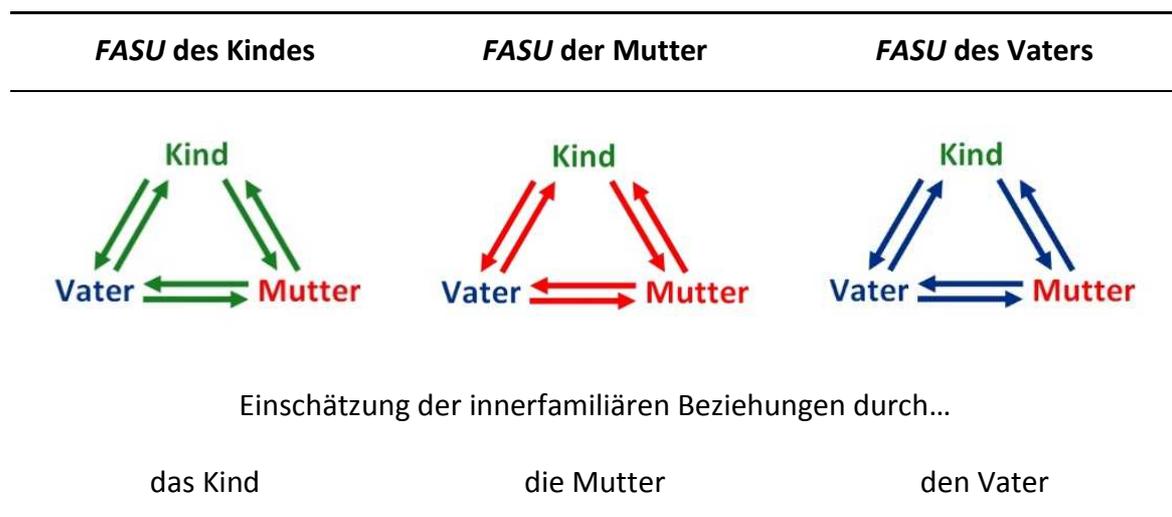


Abbildung 4. Die Familiensumme (*FASU*)

An der Farbe der Pfeile ist ersichtlich, welche Person die Beziehungen einschätzt. Bei der *FASU des Kindes*<sup>13</sup> beurteilt das Kind – anhand der Adjektivpaare – alle Beziehungen der Standardkonstellation Mutter—Vater—Kind: von ihm zur Mutter, von ihm zum Vater, von der Mutter zu ihm, vom Vater zu ihm, von der Mutter zum Vater und vom Vater zur Mutter. Analog dazu beruhen die *FASU der Mutter* auf den Einschätzungen der Mutter und die *FASU des Vaters* auf den Einschätzungen des Vaters.

**Berechnungen des Quasi objektiven Familienbild (QOF).** Das QOF ist ein gemeinsames Familienbild, welches sich aus einzelnen Einschätzungen der Familienmitglieder (Vater, Mutter und Kind) zusammensetzt.

<sup>13</sup> In der vorliegenden Studie die/der Jugendliche.

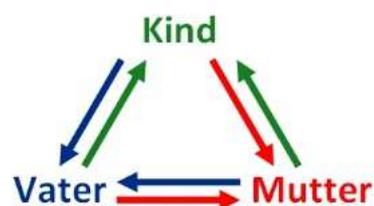
Für die Berechnung des *QOF* werden laut Manual (Mattejat & Scholz 1994) von jedem Familienmitglied nur die Angaben aus der Empfängerperspektive summiert. In der Standardkonstellation sind dies zwei Werte pro Person, also insgesamt wiederum sechs Werte, die zusammen ein *QOF*, jeweils für die emotionale Verbundenheit und die individuelle Autonomie, ergeben.

Abweichend vom Manual (ebd.) wurde in der vorliegenden Untersuchung der Mittelwert der jeweils relevanten Beziehungen berechnet, um Ergebnisse verschiedener Familienkonstellationen (Tabelle 16) vergleichbar zu machen. Wie bei der *FASU* werden auch beim *QOF* die Werte anhand der Einschätzungen zu den Adjektivpaaren ermittelt (Tabelle 14). Jedes Adjektivpaar wird auf einer Skala von – 3 bis + 3 bewertet. Wiederum ergibt dies eine Summe zwischen – 12 und + 12. Je höher der Wert, desto besser werden die innerfamiliären Beziehungen erlebt.

---

### *QOF*

Gemeinsames Familienbild aus jeweils zwei Einschätzungen jeder Person




---

Abbildung 5. Das Quasi objektive Familienbild (*QOF*)

An den Farben der Pfeile ist ersichtlich, wer für das *QOF* welche Beziehungen einschätzt: Das Kind beurteilt die Beziehung der Mutter zu ihm und des Vaters zu ihm, die Mutter die des Kindes zu ihr und des Vaters zu ihr und der Vater die des Kindes zu ihm und der Mutter zu ihm.

**Berechnungen zur Zufriedenheit.** Anhand des *QOF* wurde zudem die Zufriedenheit der Familien mit den Familienbeziehungen ermittelt. Diese ergibt sich durch die Differenz zwischen Ideal- und Realeinschätzung. Die Berechnungen zur Zufriedenheit ergeben einen

Wert von  $-24$  bis  $+24$ , jeweils für die emotionale Verbundenheit und für die individuelle Autonomie. Je geringer die Differenz, umso stärker entspricht die aktuelle Einschätzung der familiären Beziehungen der Wunschvorstellung. Zieht man  $t_1$  von  $t_2$  ab (Differenz), bedeutet ein kleinerer Wert, dass die Zufriedenheit gestiegen ist.

**Berechnungen zu den Tages- und Wochengruppen.** Die Veränderungen des *QOF* und der *Zufriedenheit* von  $t_1$  zu  $t_2$  wurden, zusätzlich zu den bereits beschriebenen Berechnungen, in Tages- und Wochengruppen aufgeteilt dargestellt.

**Berechnungen zum Follow-Up.** Mit einer kleinen Stichprobe ( $N = 5$ ) konnte ein weiterer Vergleich an einem dritten Messzeitpunkt ( $t_3$ ) berechnet werden. Hierfür wurden sowohl das *QOF* als auch die *Zufriedenheit* an allen drei Messzeitpunkten miteinander ( $t_1, t_2, t_3$ ) verglichen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde keine Signifikanztestung durchgeführt.

**Tabelle 15**

Zusammenfassung der Auswertungsvarianten des SFB

Berechnung	Anwendung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für den Vergleich <math>t_1 - t_2</math> ( <math>- t_3</math> )</li> <li>• jeweils für <i>emotionale Verbundenheit</i> und <i>individuelle Autonomie</i></li> </ul>	
<b>Familiensumme (FASU)</b>	
Summe der sechs gerichteten, innerfamiliären Beziehungen aus Sicht einer Person	Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht einzelner Familienmitglieder: des Jugendlichen (FASU Kind) der Eltern (FASU Mutter, FASU Vater)
<b>Quasi objektives Familienbild (QOF)</b>	
Summe der Empfängerperspektiven der Familie	Einschätzung des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie Tages- und Wochengruppen Follow-Up
<b>Zufriedenheit der Gesamtfamilie</b>	
Differenz Idealbild und Realbild (QOF) der Familie	Einschätzung der Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie (QOF) Tagesgruppe/Wochengruppe Follow-Up

**Familienkonstellationen als Berechnungsgrundlage.** Die oben genannten Berechnungen (vgl. Tabelle 15) wurden in den Konstellationen *3-Personen-Familien*, *2-Personen-Familien* und zusammengefasst in *2- und 3-Personen-Familien* sowie für *Einzelne Beziehungen* ausgeführt.

**Konstellation 3-Personen-Familien.** Beim SFB wird die *3-Personen-Familie* als Standardkonstellation bezeichnet. Sie ist dann gegeben, wenn die Familie aus Kind, Mutter und Vater besteht. Als Mutter oder Vater gelten in dieser Konstellation auch Stiefelternteile oder Lebensgefährten, die an der Maßnahme teilgenommen haben.

**Konstellation 2-Personen-Familien.** Um auch die Veränderungen der Familienbeziehungen berücksichtigen zu können, die nicht der Standardkonstellation (Kind, Mutter, Vater) entsprechen, sondern aus zwei Personen (Kind, ein Elternteil) bestehen, wurde das *QOF* auf weitere Familienkonstellationen adaptiert. Das *QOF* bildet in der *2-Personen-Familie* eine Summe, die sich aus zwei Werten zusammensetzt (Abbildung 6).

Bei der Konstellation *2-Personen-Familie* werden alle Familien berücksichtigt. Handelt es sich um eine Familie bestehend aus drei Personen, so wird der leibliche Elternteil bevorzugt. Sind beide Elternteile leibliche Eltern, wird einmal die Mutter (M/V) und einmal der Vater (V/M) für die Auswertung herangezogen. Im Folgenden wird demzufolge von der mütterbevorzugten und der vaterbevorzugten Variante gesprochen.

---

*QOF* in der Konstellation Kind—Mutter

*QOF* in der Konstellation Kind—Vater




---

Abbildung 6. Die zwei Varianten des *QOF 2-Personen-Familien*

Die Farben der Pfeile markieren die Person, von der die Einschätzung gemacht wird. Bei der Konstellation Kind—Mutter beurteilt das Kind, wie es das Verhalten der Mutter ihm gegenüber empfindet. Die Mutter beurteilt, wie sie das Verhalten des Kindes ihr gegenüber wahrnimmt. Die Summen der beiden Einschätzungen ergeben zusammen ein *QOF 2-Personen-Familie*. Analog dazu ergibt sich ebenso ein *QOF 2-Personen-Familie* aus der Konstellation Kind—Vater.

**Konstellation 2- und 3-Personen-Familien.** Bei der Variante *2- und 3-Personen-Familien* werden alle Familien mit allen teilnehmenden Familienmitgliedern berücksichtigt.

**Einzelne Beziehungen.** Die Einschätzungen von Jugendlichen, Müttern und Vätern werden zusätzlich zu den beschriebenen Familienkonstellationen als Einzelbeziehungen dargestellt. Dadurch können die Veränderungen aller gerichteten Beziehungen (Abbildung 4) jeweils für die emotionale Verbundenheit und die individuelle Autonomie zu Beginn der Maßnahme (t1) und zum Abschluss der Maßnahme (t2) verglichen werden.

Beispielsweise kann dadurch dargestellt werden, ob und in welchem Ausmaß sich aus Sicht der Jugendlichen die emotionale Verbundenheit der Mütter ihnen gegenüber verändert hat.

**Tabelle 16**

*Zusammenfassung der verschiedenen Familienkonstellationen als Berechnungsgrundlage*

<b>Konstellationen</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Berücksichtigte Personen</b>
<b>3-Personen-Familien</b>	Kind + Mutter + Vater	Alle Familien in der Standardkonstellation
<b>2-Personen-Familien (M/V)</b>	Kind + ein leiblicher Elternteil; wenn zwei leibliche Elternteile: Mütter bevorzugt	Alle Familien: Kind + ein Elternteil
<b>2-Personen-Familien (V/M)</b>	Kind + ein leiblicher Elternteil; wenn zwei leibliche Elternteile: Väter bevorzugt	Alle Familien: Kind + ein Elternteil
<b>2- und 3-Personen-Familien</b>	Kind + alle teilnehmenden Elternteile (Mittelwerte)	Alle Familien
<b>Einzelne Beziehungen</b>	Kind – Mutter, Kind – Vater, Mutter – Vater	Alle Personen

### 3.4.2 GARF-Skala

In Ergänzung zu den Ergebnissen aus den Familieneinschätzungen durch das SFB wurden zusätzlich die MFT-Trainer zu ihrer Sicht auf die Familienbeziehungen befragt. Als Test-

instrument dazu fand die GARF-Skala (*Global Assessment of Relational Functioning Scale*, Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen) Anwendung, welche in den 1980er Jahren auf Grundlage des DSM-IV in den USA entwickelt wurde. Sie dient der Einschätzung der „Funktionalität von Beziehungssystemen“ und soll aufzeigen, inwiefern die vorhandenen Familienbeziehungen die emotionalen und lebenspraktischen Bedürfnisse der Beteiligten erfüllen. Hierzu werden die Beziehungen hinsichtlich der drei Dimensionen Problemlösung, Organisation und emotionales Klima durch die jeweils zuständigen MFT-Trainer (Fremdeinschätzung) bewertet. Zusätzlich dazu erfolgt eine Gesamteinschätzung (Cierpka & Stasch 2003; Saß, Wittchen & Zaudig 1998).

**Tabelle 17**

*Wertebereiche der GARF-Skala*

Skalenwerte	Bedeutung
0	Unzureichende Information
01–20	Die Beziehungseinheit ist so schwer gestört, dass die Kontinuität des Kontakts und der Bindung nicht mehr aufrechterhalten werden kann.
21–40	Die Beziehung ist offensichtlich schwer gestört, Perioden befriedigender Beziehungen sind selten.
41–60	Obwohl es gelegentliche Perioden von befriedigendem Zusammenleben gibt, dominieren unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen deutlich.
61–80	Das Beziehungssystem funktioniert nicht voll befriedigend. Über eine Zeitspanne hinweg werden viele aber nicht alle Schwierigkeiten gelöst.
81–100	Das Beziehungssystem funktioniert gut, sowohl aus der Sicht der untersuchten Personen als auch aus der Sicht der Beobachter.

Quelle: Cierpka und Stasch (2003, S. 181)

Zur Einschätzung der Dimensionen dient eine Skala von 0 bis 100, welche in fünf Bereiche aufgeteilt ist (01–20; 21–40; 41–60; 61–80; 81–100). Diese Skala umfasst das Spektrum

von schwer gestörten Beziehungen (niedriger Wert) bis hin zum optimalen Funktionieren von Beziehungen (hoher Wert), wie der Tabelle 17 bzw. dem Anhang zu entnehmen ist.

**Gütekriterien.** Bezüglich der Gütekriterien wurde die GARF-Skala v.a. auf Aspekte der Inter-Rater-Reliabilität sowie der Übereinstimmungsvalidität statistisch geprüft und abgesichert. Die Inter-Rater-Reliabilität lässt sich laut Stasch und Cierpka (2006) als „*befriedigend bis gut*“ bezeichnen (S.58). Der Autor führt dies u.a. auf die Ergebnisse der GAP-Gruppe<sup>14</sup> (1996) sowie Motarella et al. (2001 zit. nach Stasch & Cierpka 2006) zurück. Besonders letztere zeichne sich durch die Berücksichtigung der Generalisierbarkeitstheorie aus, da sie beispielsweise die Erfahrung der Rater oder die Reihenfolge der Beurteilung einbeziehe. Die klinische Erfahrung der Rater scheint demnach zwar „*eine hinreichende, aber keine notwendige Bedingung für reliable Urteile zu sein*“ (ebd., S. 58). Bezüglich der Validität belegen empirische Untersuchungen eine hohe Übereinstimmungsvalidität zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten und der GARF-Skala (u.a. Rosen et al. 1997, Joeng 2005 zit. nach ebd.). Normen und Vergleichswerte existieren bislang nicht (Stasch 2004).

### 3.5 Vorgehensweise bei der Datenerhebung

#### 3.5.1 Das subjektive Familienbild

Die Daten der vorliegenden Studie wurde von den Mitarbeitenden des ASK Hessen e.V./Wetzlar erhoben. Das SFB wurde hierfür jeweils zu Beginn (t1) und bei Abschluss der Maßnahme (t2) ermittelt. Die Dauer der Intervention betrug neun bis 22 Monate, wobei sich der Erhebungszeitraum von 2010 bis 2015 erstreckte. Die Erhebungen zu einem dritten Messzeitpunkt (t3) fanden ein bis eineinhalb Jahre nach Beendigung der jeweiligen

---

<sup>14</sup> GAP-Gruppe: Gruppe von Psychiatern aus dem *Committee on the Family of the Group for the Advancement of Psychiatry* (Stasch & Cierpka 2006).

Maßnahme statt. Somit handelt es sich um eine Untersuchung im Prä-Post-Design mit einzelnen Follow-Up-Messungen.

Alle vom ASK Wetzlar erhobenen Daten, ebenso wie alle weiteren Angaben zur Stichprobe (Geschlecht, Alter, Familienkonstellationen und Folgemaßnahmen), wurden den Verfasserinnen der Studie in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

### 3.5.2 GARF-Skala

Die Befragung der MFT-Trainer anhand der GARF-Skala erfolgte 2015 im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit. Die Daten wurden nach Abschluss der Gesamtmaßnahme retrospektiv für die Messzeitpunkte t1 und t2 erhoben. Es wurden alle teilnehmenden Familien berücksichtigt (N = 22) und von den jeweils zuständigen MFT-Trainern anonym eingeschätzt. Durch Kennziffern konnten die Familien den Daten aus dem SFB zugeordnet werden.

Die MFT-Trainer machten Angaben zu allen Dimensionen der GARF-Skala. Für die vorliegende Studie wurde jedoch lediglich die Gesamteinschätzung verwendet.

## 3.6 Statistische Testverfahren

Zur Beantwortung der Fragestellungen war jeweils der Unterschied zwischen den Einschätzungen zu Beginn der Maßnahme (t1) und den Einschätzungen beim Abschluss der Maßnahme (t2) von Interesse. Die Skalen des SFB sowie der GARF-Skala bildeten die abhängigen Variablen, die Zeit jeweils die unabhängige Variable. Somit handelte es sich bei den abhängigen Variablen um intervallskalierte Daten.

**Signifikanztestung.** Die Signifikanztestung wurde mit dem *Vorzeichen-Rang-Test von Wilcoxon* gemacht. Die Stichprobengröße war  $< 30$  und die Werte überwiegend nicht normalverteilt. Aus diesem Grund wurde ein nicht-parametrisches Testverfahren angewendet (Bühner & Ziegler 2009).

Da jeweils die Veränderungen zwischen t1 und t2 berechnet wurden, kam ein Test für abhängige Stichproben zum Einsatz.

Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 5 % ( $p < 0,05$ ) wurden als signifikant gewertet.

**Follow-Up.** Bei den Berechnungen zu möglichen nachhaltigen Veränderungen, den Follow-Ups (t3), war die Stichprobengröße ( $N = 5$ ) so gering, dass auf einen Signifikanztest verzichtet und lediglich deskriptiv die Mittelwerte dargestellt wurden.

**Korrelationsberechnungen.** Für die Berechnung der Zusammenhänge und Prüfung auf deren Signifikanz wurde die *Spearman-Rangkorrelation* verwendet. Diese kam zum Einsatz, weil aufgrund der geringen Stichprobengröße keine bivariate Normalverteilung angenommen werden konnte (Bühner & Ziegler 2009).

Es wurde der Zusammenhang zwischen den Veränderungen (zwischen t1 und t2) der Einschätzungen aus Sicht der Gesamtfamilie (*QOF*) mit den Veränderungen (zwischen t1 und t2) der Einschätzungen der MFT-Trainer berechnet. Die Übereinstimmung der Ergebnisse der beiden Einschätzungen in Bezug auf Verbesserung oder Verschlechterung der Familienbeziehungen von t1 zu t2 würde sich als positive Korrelation zeigen.

**IBM SPSS Statistics.** Die Auswertungen wurden mit dem Statistik- und Analyseprogramm IBM SPSS Statistics in der Version 20 durchgeführt.

## 4 ERGEBNISSE

Die Veränderungen des innerfamiliären Beziehungserlebens im Laufe der Maßnahme wurden durch das SFB (Mattejat & Scholz 1994) ermittelt. Die Perspektive der MFT-Trainer zur Einschätzung des Funktionsniveaus der Familienbeziehungen wurde mittels der GARF-Skala erhoben. Im folgenden Kapitel werden zunächst die Ergebnisse des SFB dargestellt. Die Berechnungen des SFB beziehen sich auf die Veränderungen der Aspekte emotionale Verbundenheit und individuelle Autonomie im Verlauf der Maßnahme.

Gemäß des SFB verbessert sich die *emotionale Verbundenheit* (Valenz) dann, wenn sich die Familien nach Beendigung der Maßnahme *interessierter, warmherziger, verständnisvoller* und *liebevoller* erleben. Eine Verbesserung der *individuellen Autonomie* (Potenz) geht hingegen mit einer Zunahme an *Selbstständigkeit, Selbstbewusstsein, Entschiedenheit* und *Sicherheit* einher.

Die Stichprobengröße variiert mit den unterschiedlichen Auswertungsvarianten des SFB und den verschiedenen Familienkonstellationen (vgl. 3.3; 3.4.1). Die Ergebnisse mit  $N \geq 20$  gelten in dieser Studie als Hauptergebnisse, während die Ergebnisse mit  $N \leq 20$  (Nebenergebnisse) in ihrer Aussagekraft aufgrund der niedrigen Stichprobe beschränkt bleiben und lediglich Tendenzen aufzeigen.

### 4.1 Ergebnisse zum innerfamiliären Beziehungserleben aus Sicht der Gesamtfamilie

Zur Beantwortung der Hauptfragestellung nach der Veränderung des innerfamiliären Beziehungserlebens im Verlauf der Multifamilientherapie (MFT) bietet es sich an, die Ergebnisse aus Sicht der Gesamtfamilie darzustellen. Dazu wurde mit den Daten aus dem SFB das *Quasi objektive Familienbild* (QOF) aller teilnehmenden Familien berechnet.

#### 4.1.1 Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie

In Tabelle 18 und Abbildung 7 wird das *Quasi objektive Familienbild* zur emotionalen Verbundenheit und zur individuellen Autonomie dargestellt.

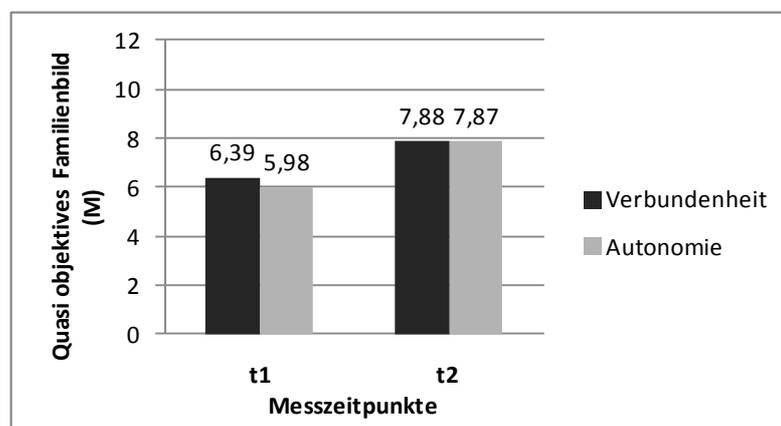
**Tabelle 18**

*Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Gesamtfamilie*

		t1		t2		
	N	M	(SD)	M	(SD)	p
<b>2- und 3-Personen-Familien<sup>a</sup></b>						
Verbundenheit	21	6,39	(3,36)	7,88	(3,10)	0,06
Autonomie	21	5,98	(2,72)	7,87	(3,18)	0,01 *

Anmerkung. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Alle Familien zusammengefasst.



Anmerkung. Daten aus 2- und 3-Personen-Familien

Abbildung 7. Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Gesamtfamilie, N = 21

Bei den 2- und 3-Personen-Familien ergaben sich signifikante Verbesserungen in Bezug auf die Autonomie.

#### 4.1.2 Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der 2-Personen-Familie (leibliche Eltern)

In Tabelle 19 sowie in den Abbildungen 8 und 9 werden die *Quasi objektiven Familienbilder* zur emotionalen Verbundenheit und zur individuellen Autonomie dargestellt. Im Gegensatz zu 4.1 basieren die Ergebnisse hier ausschließlich auf der Konstellation *Jugendliche und leibliche Elternteile (2-Personen-Familie)*, jeweils für die mütter- und väterbevorzugte Variante.

**Tabelle 19**

*Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der 2-Personen-Familie (Jugendliche und leibliche Elternteile)*

	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	p
<b>2-Personen-Familien (M/V)<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	21	6,36 (3,53)	7,90 (3,03)	0,03 *
Autonomie	21	5,83 (3,19)	7,60 (3,36)	0,04 *
<b>2-Personen-Familien (V/M)<sup>b</sup></b>				
Verbundenheit	20	6,03 (4,18)	7,63 (3,21)	0,03 *
Autonomie	20	5,38 (3,35)	7,48 (3,51)	0,02 *

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Patient und ein leiblicher Elternteil, bevorzugt Mutter (alle Familien berücksichtigt).

<sup>b</sup> Patient und ein leiblicher Elternteil, bevorzugt Vater (alle Familien berücksichtigt).

Bei den Konstellationen *2-Personen-Familie*, die die Beziehung Jugendlicher—leiblicher Elternteil untersuchen, ergaben sich signifikante Verbesserungen in Bezug auf die Verbundenheit und die Autonomie. Die Verbundenheit verbesserte sich sowohl bei der mütter- als auch bei der väterbevorzugten Konstellation in einem ähnlich hohen Maß.

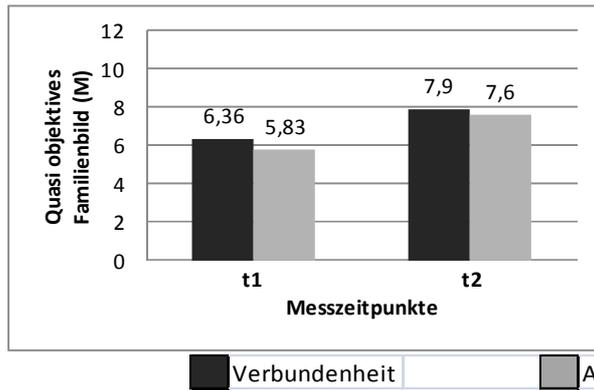


Abbildung 8. Jugendliche und leibliche Eltern (Mütter bevorzugt), N = 21

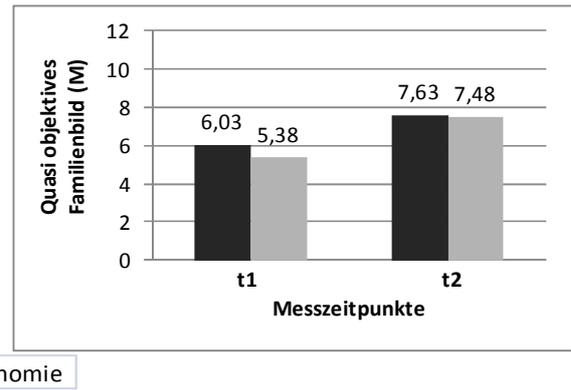


Abbildung 9. Jugendliche und leibliche Eltern (Väter bevorzugt), N = 20

#### 4.1.3 Einschätzungen zur Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie

Die Zufriedenheit über das Erleben der Familienbeziehungen setzt sich aus der Differenz der Ideal- und Realwerte zusammen. Aus Tabelle 20 sowie Abbildung 10 wird ersichtlich, inwiefern sich die Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie in Bezug auf Verbundenheit und Autonomie während der Maßnahme verändert hat.

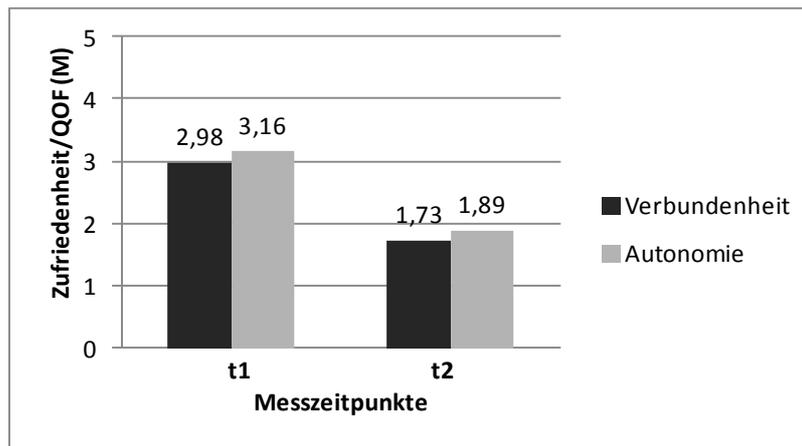
**Tabelle 20**

*Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie*

		t1	t2	
	N	M (SD)	M (SD)	p
<b>2- und 3-Personen-Familien<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	21	2,98 (2,87)	1,73 (2,48)	0,10
Autonomie	21	3,16 (2,11)	1,89 (1,47)	0,05 *

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Alle Familien zusammengefasst.



Anmerkung. Daten aus 2- und 3-Personen-Familien

Abbildung 10. Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie, N = 21

Es ergaben sich signifikante Verbesserungen der Zufriedenheit der Gesamtfamilien in Bezug auf die Autonomie.

## 4.2 Einschätzung des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der einzelnen Familienmitglieder

Aufgrund der niedrigen Stichprobengröße sind diese und die folgenden Ergebnisse (bis einschließlich Kapitel 4.5) in ihrer Aussagekraft beschränkt und gelten somit als Nebenergebnisse der Studie.

### 4.2.1 Einschätzungen der Jugendlichen

In Tabelle 21 und Abbildung 11 werden die Veränderungen des durch die Jugendlichen eingeschätzten subjektiven Familienbilds vom Beginn (t1) bis zum Abschluss der Maßnahme (t2) abgebildet.

**Tabelle 21***Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Jugendlichen*

	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	p
<b>3-Personen-Familien<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	11	5,41 (3,88)	7,73 (3,55)	0,09
Autonomie	11	6,15 (3,21)	8,15 (2,70)	0,07

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Patient und beide Elternteile (Standardkonstellation).

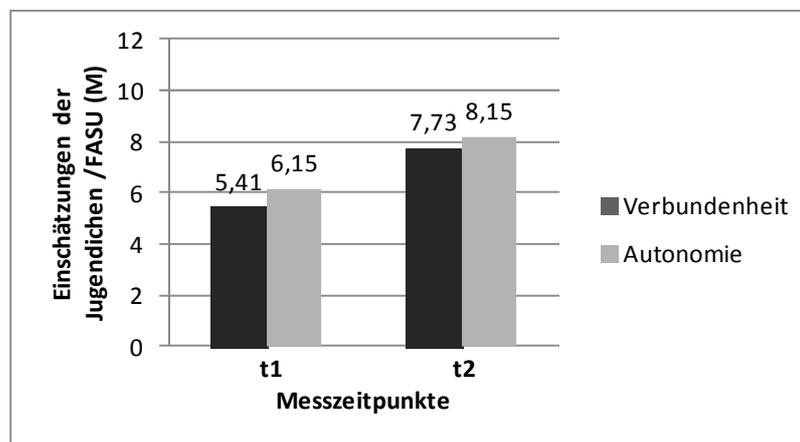


Abbildung 11. Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Jugendlichen, N = 11

Bei den Jugendlichen ergaben sich hinsichtlich der Einschätzung ihrer innerfamiliären Beziehungen im Laufe der Maßnahme Verbesserungen. Diese erreichten jedoch keine Signifikanz, weder in Bezug auf die Verbundenheit noch in Bezug auf die Autonomie.

#### 4.2.2 Einschätzungen der Eltern

In Tabelle 22 sowie in den Abbildungen 12 und 13 werden die Veränderungen des durch die Eltern eingeschätzten subjektiven Familienbilds vom Beginn (t1) bis zum Abschluss der Maßnahme (t2) abgebildet.

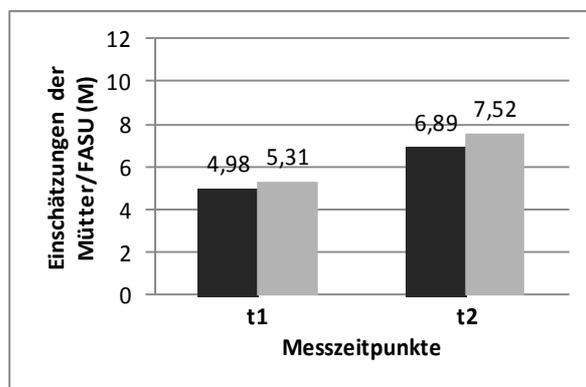
Tabelle 22

## Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Eltern

		t1	t2	
	N	M (SD)	M (SD)	p
<b>3-Personen-Familien<sup>a</sup></b>				
<b>Mütter</b>				
Verbundenheit	9	4,98 (3,94)	6,89 (2,85)	0,21
Autonomie	9	5,31 (3,56)	7,52 (3,19)	0,10
<b>Väter</b>				
Verbundenheit	10	5,13 (2,70)	6,23 (3,72)	0,16
Autonomie	10	5,60 (2,76)	7,23 (3,18)	0,01 *

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Patient und beide Elternteile (Standardkonstellation).



■ Verbundenheit ■ Autonomie

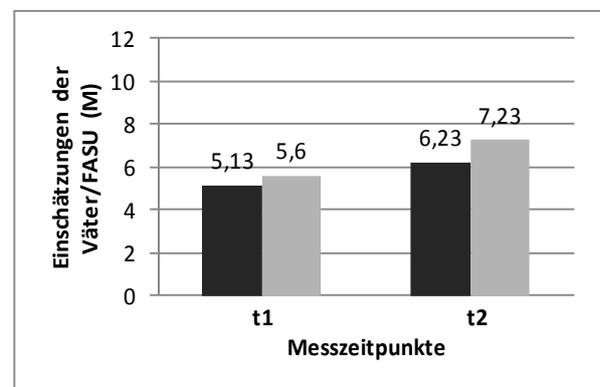


Abbildung 12. Einschätzungen der Mütter, N = 9

Abbildung 13. Einschätzungen der Väter, N = 10

In allen berechneten Familienkonstellationen zeigten sich im Laufe der MFT positive Veränderungen der innerfamiliären Beziehungen. Die Autonomie veränderte sich nach Einschätzung der Väter signifikant. Die Veränderung der Verbundenheit erzielte keine Signifikanz.

### 4.3 Ergebnisse aus den Tages- und Wochengruppen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Tagesgruppen mit denen der Wochengruppe verglichen (Daten aus *2- und 3-Personen-Familien*).

#### 4.3.1 Einschätzung des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie

In Tabelle 23 sowie in den Abbildungen 14 und 15 werden die Ergebnisse der Tagesgruppen und die der Wochengruppe anhand der *Quasi objektiven Familienbilder* zur Verbundenheit und Autonomie dargestellt.

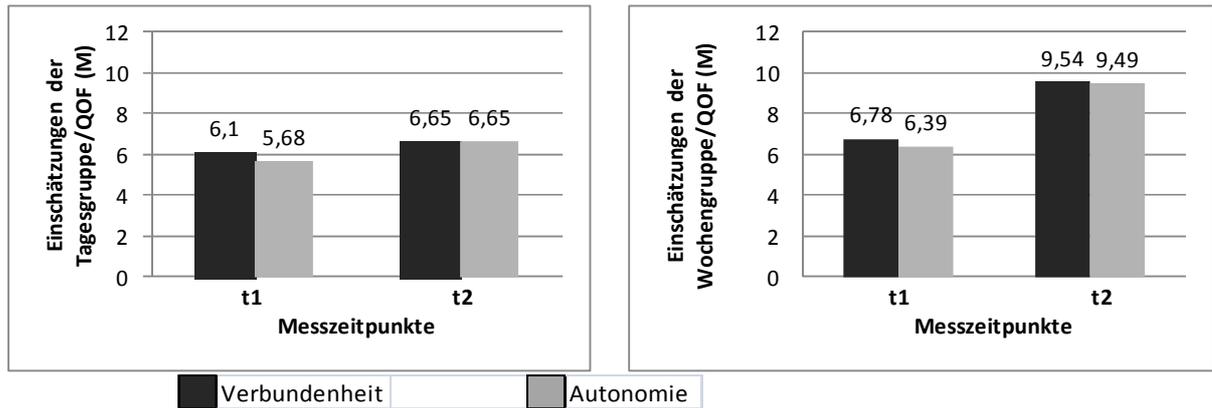
**Tabelle 23**

*Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Gesamtfamilie, unterteilt in Tages- und Wochengruppe*

	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	p
<b>Tagesgruppe<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	12	6,10 (3,49)	6,65 (3,37)	0,61
Autonomie	12	5,68 (2,69)	6,65 (3,69)	0,20
<b>Wochengruppe<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	9	6,78 (3,34)	9,54 (1,71)	0,02 *
Autonomie	9	6,39 (2,86)	9,49 (1,18)	0,02 *

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Daten aus *2- und 3-Personenfamilien* (alle Familien zusammengefasst).



Anmerkung. Daten aus 2- und 3-Personen-Familien

Abbildung 14. Einschätzungen der Tagesgruppen, N = 12

Abbildung 15. Einschätzungen der Wochengruppe, N = 10

- In den Tagesgruppen zeigten sich tendenzielle Verbesserungen in Bezug auf Verbundenheit und Autonomie aus den Einschätzungen der Gesamtfamilie, welche jedoch keine Signifikanz erreichten.
- In der Wochengruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen, sowohl was die Einschätzungen der Gesamtfamilie in Bezug auf die Verbundenheit als auch auf die Autonomie betrifft.

#### 4.3.2 Einschätzungen zur Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie

In Tabelle 24 wird die Zufriedenheit bezüglich der Verbundenheit und der Autonomie aus Sicht der Gesamtfamilie von Tages- und Wochengruppen dargestellt.

**Tabelle 24***Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie unterteilt in Tages- und Wochengruppe*

	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	p
<b>Tagesgruppe<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	12	3,02 (3,17)	2,31 (3,05)	0,70
Autonomie	12	2,92 (2,23)	1,97 (1,55)	0,41
<b>Wochengruppe<sup>a</sup></b>				
Verbundenheit	9	2,94 (2,59)	0,96 (1,21)	0,02 *
Autonomie	8	3,52 (1,99)	1,78 (1,45)	0,04 *

Anmerkungen. \*  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup>Daten aus 2- und 3-Personen-Familien (alle Familien zusammengefasst).

- In den Tagesgruppen zeigten sich tendenzielle Verbesserungen in Bezug auf die Zufriedenheit von Verbundenheit und Autonomie, welche jedoch keine Signifikanz erreichten.
- In der Wochengruppe zeigten sich signifikante Veränderungen, sowohl was die Zufriedenheit in Bezug auf die Verbundenheit als auch auf die Autonomie betrifft.

#### 4.4 Ergebnisse des Follow-Up

In Tabelle 25 und Tabelle 26 werden die Ergebnisse zum 3. Messzeitpunkt im Vergleich zu den Ergebnissen vom ersten und zweiten Messzeitpunkt dargestellt. Da die geringe Fallzahl ( $N = 5$ ) keine Signifikanztestung zulässt, zeigen die Tabellen ausschließlich die Mittelwerte.

#### 4.4.1 Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie

In Tabelle 25 sowie in Abbildung 16 werden die Ergebnisse anhand der *Quasi objektiven Familienbilder* zu Verbundenheit und Autonomie für alle drei Messzeitpunkten dargestellt.

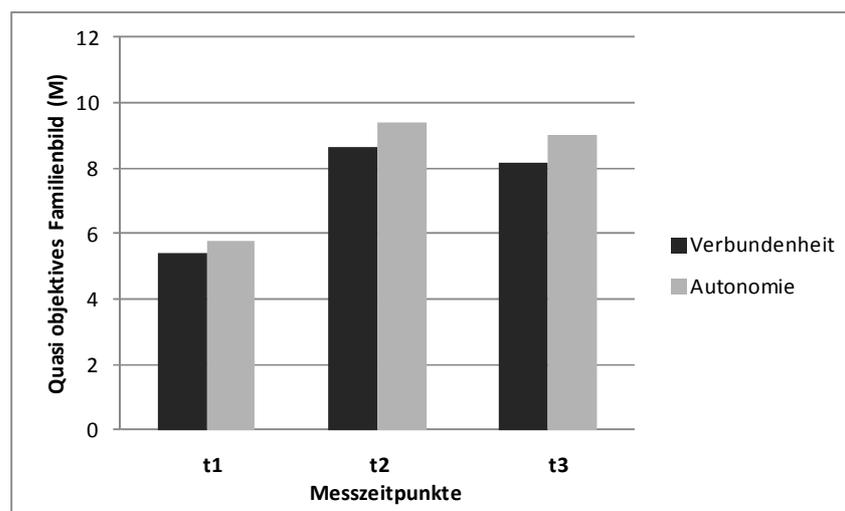
**Tabelle 25**

*Verbundenheit und Autonomie aus Sicht der Gesamtfamilie mit Follow-Up*

		t1	t2	t3
	N	M	M	M
Verbundenheit <sup>a</sup>	5	5,43	8,67	8,18
Autonomie <sup>a</sup>	5	5,80	9,38	9,02

Anmerkung. <sup>a</sup> 2- und 3-Personen-Familien (alle Familien zusammengefasst).

Die Tabelle 25 zeigt, dass sich das subjektive Familienbild zum dritten Messzeitpunkt (t3) im Vergleich zu den Werten zu Beginn (t1) verbesserte, sowohl für die Verbundenheit als auch für die Autonomie. Im Vergleich zu den Werten direkt nach dem Abschluss der MFT (t2) nahmen sie jedoch ab.



Anmerkung. Daten aus 2- und 3-Personen-Familien

Abbildung 16. Verbundenheit und Autonomie mit Follow-Up (Gesamtfamilie), N = 5

#### 4.4.2 Einschätzungen zur Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie

In der Tabelle 26 werden die Ergebnisse zur Zufriedenheit bezüglich der Verbundenheit und der Autonomie zu allen drei Messzeitpunkten aus Sicht der Gesamtfamilie dargestellt.

**Tabelle 26**

*Zufriedenheit aus Sicht der Gesamtfamilie mit Follow-Up*

		t1	t2	t3
	N	M	M	M
Verbundenheit <sup>a</sup>	5	3,13	0,83	1,68
Autonomie <sup>a</sup>	5	3,43	1,65	1,82

*Anmerkung.* <sup>a</sup> 2- und 3-Personen-Familien (alle Familien zusammengefasst).

Die Tabelle 26 zeigt, dass sich die Zufriedenheit zum dritten Messzeitpunkt (t3) im Vergleich zu den Werten zu Beginn (t1) verbesserte, sowohl für die Verbundenheit als auch für die Autonomie. Im Vergleich zu den Werten direkt nach dem Abschluss der MFT (t2) nahmen sie jedoch ab.

#### 4.5 Überblick über Veränderungen der einzelnen Beziehungen

Differenzierte Aussagen über die Veränderungen von Autonomie und Verbundenheit in den gerichteten Beziehungen lassen sich Tabelle 27 entnehmen. Sie liefert eine Übersicht über die Werte der Einzelbeziehungen am Beginn und nach Ende der MFT.

**Tabelle 27***Gerichtete Einzelbeziehungen*

	Verbundenheit				Autonomie			
	N	t1	t2	p	t1	t2	p	
		M	M		M	M		
<b>Jugendliche</b>								
J → M	19	6,37	6,63	0,62	5,53	6,89	0,38	
M → J	19	7,00	8,58	0,28	7,42	8,84	0,07	
J → V	13	5,38	7,46	0,15	6,00	6,62	0,60	
V → J	13	7,38	8,54	0,53	7,15	9,69	0,03 *	
M → V	11	5,18	7,18	0,27	5,64	7,82	0,18	
V → M	11	5,64	8,00	0,12	7,09	9,00	0,51	
<b>Mütter</b>								
J → M	18	4,61	6,67	0,15	4,50	5,72	0,36	
M → J	18	7,44	7,89	0,57	5,50	8,28	0,08	
J → V	9	1,33	5,33	0,03 *	4,44	6,00	0,53	
V → J	9	6,00	7,67	0,40	7,56	9,44	0,41	
M → V	9	6,89	7,78	0,46	6,00	8,11	0,17	
V → M	9	6,44	7,33	0,34	6,22	8,67	0,09	
<b>Väter</b>								
J → M	10	2,10	4,80	0,06	4,70	6,00	0,35	
M → J	10	5,00	6,40	0,31	5,80	8,10	0,04 *	
J → V	12	2,67	6,17	0,03 *	2,58	6,33	0,01 *	
V → J	12	7,58	8,42	0,11	8,67	10,08	0,06	
M → V	10	6,20	5,30	0,62	5,50	6,10	0,62	
V → M	10	8,00	7,30	0,60	5,60	7,50	0,02 *	

Anmerkung. \*  $p < 0,05$ .

Signifikante Werte ergaben sich in folgenden gerichteten Beziehungen:

- Nach Einschätzung der Jugendlichen hat sich die Autonomie des Vaters ihnen gegenüber signifikant verbessert.
- Nach Einschätzung der Mütter hat sich die emotionale Verbundenheit der Jugendlichen zu den Vätern signifikant verbessert.
- Nach Einschätzung der Väter hat sich die emotionale Verbundenheit der Jugendlichen zu ihnen signifikant verbessert.
- Nach Einschätzung der Väter hat sich die Autonomie in den Beziehungen der Mütter zu den Jugendlichen, der Jugendlichen zu den Vätern und der Väter zu den Müttern signifikant verbessert.

#### **4.6 Ergebnisse der Einschätzung der MFT-Trainer zum Funktionsniveau der Familienbeziehungen**

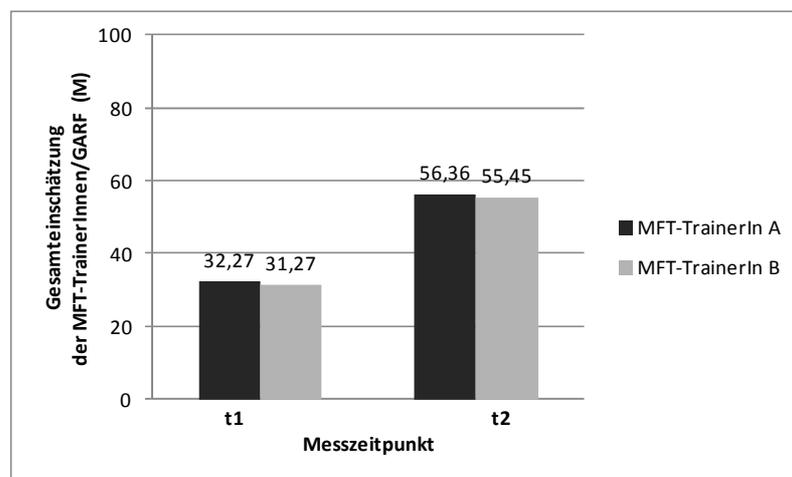
Um die Familienbeziehungen aus einer Fremdperspektive zu beurteilen, wurde die GARF-Skala eingesetzt. Anhand dieser Skala schätzten die MFT-Trainer das Funktionsniveau der Familienbeziehungen retrospektiv zum Beginn und zum Ende der MFT ein.

##### **4.6.1 Korrelation der Einschätzungen der MFT-Trainer**

Tabelle 28 und Abbildung 17 zeigen, inwiefern die Einschätzungen der MFT-Trainer korrelieren.

**Tabelle 28***Korrelation der Einschätzungen durch die MFT-Trainer*

	N	MFT-Trainer A	MFT-Trainer B	Korrelation
		M	M	
Gesamteinschätzung t1	22	32,27	31,27	0,89
Gesamteinschätzung t2	22	56,36	55,45	0,92

Anmerkung. \*  $p < 0,05$ .*Abbildung 17. Vergleich der Einschätzungen der MFT-Trainer, N = 22*

Die Ergebnisse weisen eine sehr hohe Korrelation zwischen den Einschätzungen von MFT-Trainer A und den Einschätzungen von MFT-Trainer B für beide Zeitpunkte auf. Aus diesem Grund wurde ein Mittelwert aus den beiden Einschätzungen der MFT-Trainer gebildet.

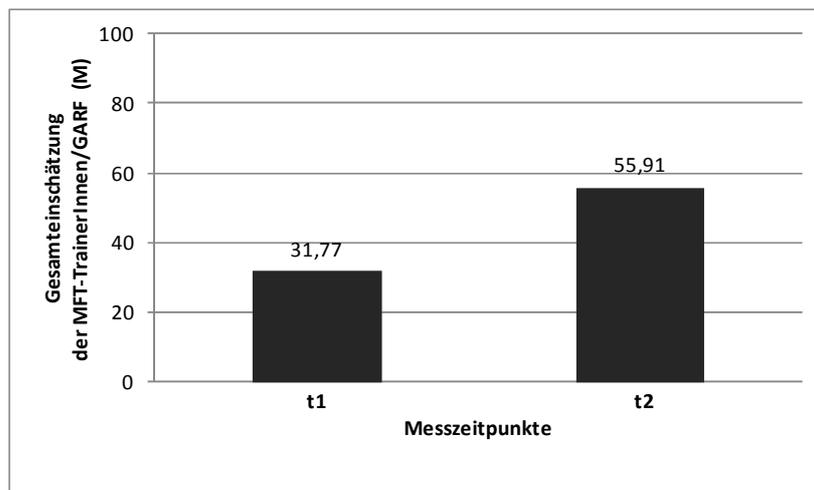
#### 4.6.2 Gesamteinschätzungen der MFT-Trainer

In Tabelle 29 und Abbildung 18 werden die Gesamteinschätzungen der MFT-Trainer für den Zeitpunkt vor und dem Zeitpunkt nach der Maßnahme dargestellt.

**Tabelle 29***Veränderungen des Funktionsniveaus der Familienbeziehungen aus Sicht der MFT-Trainer*

		t1	t2	
	N	M (SD)	M (SD)	p
Einschätzungen der MFT-Trainer	22	31,77 (9,61)	55,91 (20,63)	0,00 *

Anmerkung. \*  $p < 0,05$ .



*Abbildung 18.* Veränderungen des Funktionsniveaus der Familienbeziehungen aus Sicht der MFT-Trainer, N = 22

Die Einschätzung der MFT-Trainer zeigt eine hoch signifikante Verbesserung des Funktionsniveaus der Familienbeziehungen bei Beendigung der MFT.

Zu Beginn der MFT schätzten die MFT-Trainer die Beziehungen anhand der Wertebereiche der GARF-Skala als „offensichtlich schwer gestört mit seltenen Perioden befriedigender Beziehungen“ ein. Nach Beendigung der Intervention lagen die Ergebnisse im nächst höheren Wertebereich: „Obwohl es gelegentliche Perioden von befriedigendem Zusammenleben gibt, dominieren unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen deutlich“ (vgl. 3.4.2).

## 4.7 Korrelation zwischen den Einschätzungen der Familien und der MFT-Trainer

Mittels Korrelationsberechnungen wurden mögliche Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen aus Familiensicht<sup>15</sup> sowie aus Sicht der MFT-Trainer bezüglich der Veränderungen im Laufe der Maßnahme geprüft.

In Tabelle 30 wird der Zusammenhang zwischen Veränderungen ( $t_2 - t_1$ ) der Einschätzungen zur Verbundenheit und zur Autonomie aus Sicht der Gesamtfamilie und den Veränderungen ( $t_2 - t_1$ ) der Einschätzungen zum Funktionsniveau der Familienbeziehungen aus Sicht der MFT –Trainer dargestellt.

**Tabelle 30**

*Korrelation zwischen den Veränderungen des Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie und den Veränderungen aus den Einschätzungen der MFT-Trainer*

	N	Korrelation	p
Verbundenheit	21	0,28	0,22
Autonomie	21	0,26	0,26

Anmerkung. \*  $p < 0,05$ .

Die Ergebnisse zeigen mittelstarke Korrelationen, welche nicht signifikant sind.

<sup>15</sup> Grundlage zur Berechnung der Familiensicht sind die Berechnungen des QOF in der Konstellation 2- und 3-Personen-Familien.

## 5 DISKUSSION

Mit der vorliegenden Studie am ASK Hessen e.V./Wetzlar wurden erstmals die Auswirkungen der Multifamilientherapie auf das innerfamiliäre Beziehungserleben von Familien im Kontext der Jugendhilfe quantitativ untersucht. *Das subjektive Familienbild (SFB)* von 21 Jugendlichen und deren Eltern wurde jeweils vor und nach der Maßnahme sowie in einzelnen Fällen an einem dritten Messzeitpunkt (ein bis eineinhalb Jahre nach Beendigung der Intervention) ausgewertet. Die Jugendlichen waren bei der Aufnahme zwischen neun und 13 Jahre alt und wurden vom ASK Wetzlar in Tages- oder Wochengruppen betreut. Neben den Einschätzungen der Familienmitglieder wurden auch die Einschätzungen der beiden jeweils verantwortlichen MFT-Trainer zur Veränderung der Funktionalität der Familienbeziehungen erhoben.

### 5.1 Diskussion der Methoden

**Intervention.** Der vorliegenden Studie liegt ein naturalistisches Design zu Grunde: Die Familien erhielten neben der Multifamilientherapie ein Betreuungsangebot für die Kinder und Jugendlichen in der Tages- oder Wochengruppe, aufsuchende Familienarbeit sowie einzelne familientherapeutische Interventionen. Die Multifamilientherapie war daher nicht die einzige angewandte Intervention, weshalb die im SFB und in der GARF-Skala ermittelten Effekte nicht ausschließlich auf die Multifamilientherapie zurückgeführt werden können und dürfen. Jedoch durchwirkt die Grundhaltung der Multifamilientherapie alle anderen Angebote. Letztlich könnten die Auswirkungen der Intervention Multifamilientherapie nur im Vergleich mit einer Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

Das naturalistische Design der Studie ist vergleichbar mit Forschungen im tagesklinischen Setting (Röttger et al. 2015; Süß-Falckenberg 2006; Thömke 2005): Im Rahmen des Klinikalltags erhielten auch hier die teilnehmenden Familien neben der Multifamilientherapie andere Interventionen.

In den Berechnungen unberücksichtigt blieb ebenfalls der Zeitraum, in dem die Familien Multifamilientherapie erhielten. Diese Zeitspanne schwankte zwischen 9 und 22 Monaten mit einer durchschnittlichen Dauer von einem Jahr. Auch die Tatsache, dass die Multifamilientherapie-Gruppen von unterschiedlichen MFT-Trainern geleitet wurden, kann die Ergebnisse beeinflusst haben.

**Datenerhebung und Testverfahren.** Die Daten wurden vom ASK Wetzlar erhoben und den Verfasserinnen in anonymer Form vorgelegt, was einer objektiven Auswertung zuträglich war. Auch die Interpretation der Ergebnisse entstand aus einer gewissen Distanz, da die Verfasserinnen nicht direkt in die Arbeit der Einrichtung involviert waren.

Das SFB fand deutschlandweit bisher in allen quantitativen Studien zur Multifamilientherapie Anwendung (vgl. 2.4). Dieser Test ermöglicht differenzierte Aussagen zum Erleben der subjektiven Beziehungen innerhalb einer Familie, weshalb er sich in besonderer Weise für das Abbilden der Auswirkungen der Multifamilientherapie auf Familienbeziehungen eignet.

Die Berechnungsgrundlage des *Quasi objektiven Familienbilds (QOF)* bildet laut Manual (Mattejat & Scholz 1994) die Standardkonstellation Mutter—Vater—Kind. Insgesamt entsprachen elf Familien dieser klassischen Konstellation. Für die anderen elf Familien wurde das *Quasi objektive Familienbild* für die *2-Personen-Familie* berechnet, was als methodische Kritik angemerkt werden könnte.

Durch die Berechnung verschiedener Familienkonstellationen (vgl. 3.4.1) konnten die Beziehungsveränderungen differenziert dargestellt werden. Die Berechnungen der einzelnen Untertests ermöglichte die Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte des Zusammenlebens (z.B. Sicht der Eltern, Sicht der Gesamtfamilie, Einschätzungen zur Zufriedenheit). In manchen Fällen bestätigten sich die Ergebnisse der Untertests gegenseitig. So bekräftigt beispielsweise die Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen aus Sicht der Gesamtfamilie und den Einschätzungen zu deren Zufriedenheit in den jeweiligen Dimensionen die Validität der Ergebnisse.

Die GARF-Skala stellt in ihrem Aufbau mit den Leitfragen ein geeignetes Instrument dar, die Problemlagen und Beziehungsstrukturen der Klientel *mehrfach belasteter Familien* einzuordnen. Ein Vorteil wäre gewesen, wenn die GARF-Skala nicht retrospektiv für beide

Zeitpunkte, sondern zum Erhebungszeitpunkt des SFB gemacht worden wäre. Dies hätte die Validität der Ergebnisse erhöht.

Was weder mit dem SFB und noch der GARF-Skala messbar ist, sind die spezifischen Wirkfaktoren der Multifamilientherapie bei *mehrfach belasteten Familien*. Ähnlich wie in der Studie von Röttger et al. (2015) könnte hier eine Kombination aus quantitativen Methoden und qualitativen Methoden (Interviews) die Effekte der Multifamilientherapie empirisch erfassen und erklären.

**Stichprobe.** Für die Durchführung von Signifikanztestungen liegen die Stichprobengrößen bei den verschiedenen Berechnungen im unteren Bereich. Somit kann man nicht von gesicherten Signifikanzen ausgehen, was die Aussagekraft der Ergebnisse relativiert.

Die Stichprobe der Jugendlichen setzte sich aus 18 Jungen und drei Mädchen zusammen. Für ein geschlechtsunabhängiges Ergebnis wäre eine ausgeglichene Stichprobe von Vorteil gewesen. Um geschlechtsspezifische Effekte herauszufinden, wäre eine entsprechend große Stichprobe nötig gewesen, um nach Geschlechtern getrennt auswerten zu können. Insgesamt existierten für die Stichprobe nur allgemeine Beschreibungen der Problematiken der Jugendlichen und deren Familien. Um die Ergebnisse der Studie auf eine Klientel noch genauer spezifizieren zu können, wären hier detaillierte Beschreibungen oder Diagnosen sinnvoll gewesen. Was ebenfalls nicht erfasst wurde, ist, wie nah sich die Familienmitglieder einander fühlten. Anhand der Angaben handelte es sich bei den teilnehmenden Familien häufig um Patchworkfamilien. Es wäre beispielsweise denkbar, dass der Stiefvater bei der Multifamilientherapie dabei war, obwohl der leibliche Vater als enge Vertrauensperson eine wichtigere Rolle für den Jugendlichen spielte.

## 5.2 Diskussion der Hauptergebnisse

In den Hauptergebnissen wurde der Fokus auf die Gesamtfamilie gelegt. Da diese Ergebnisse auf einer größeren Stichprobe ( $N \geq 21$ ) beruhen, stellen sie die aussagekräftigsten Ergebnisse der vorliegenden Studie dar.

### 5.2.1 Allgemeines zu den familiären Beziehungen

Führt die MFT am ASK Wetzlar zu einer Veränderung des innerfamiliären Beziehungserlebens der Familien?

Alle Berechnungen zu Veränderungen des SFB ergaben entweder eine stabil bleibende Einschätzung oder eine Verbesserung des innerfamiliären Beziehungserlebens im Verlauf der Multifamilientherapie. Alle teilnehmenden Familien befanden sich in schwierigen Ausgangslagen: Sie waren mehrfach belastet, verfügten in der Regel über wenig familiäre Ressourcen, sie brauchten zur Bewältigung ihrer Erziehungsaufgabe die betreuende Unterstützung der Jugendhilfe und waren zudem konfrontiert mit der herausfordernden Entwicklungsaufgabe *Kinder im Jugendalter* (vgl. 2.1). Trotz dieser Voraussetzungen blieben alle Familienbeziehungen stabil bzw. verbesserten sich, was vor diesem Hintergrund als sehr positives Gesamtergebnis interpretiert werden kann.

Im Folgenden wird der Beantwortung der einzelnen Fragestellungen (vgl. 3.1) nachgegangen, indem die Ergebnisse, thematisch gebündelt, dargestellt und in Bezug auf entsprechende theoretische Grundlagen und Forschungserkenntnisse diskutiert werden. Es soll darum gehen, die Veränderungen des familiären Beziehungserlebens (SFB) sowie des Funktionsniveaus der Familienbeziehungen (GARF-Skala) in Verbindung mit der durchgeführten Intervention der Multifamilientherapie in den Fokus zu stellen.

### 5.2.2 Ergebnisse aus den Einschätzungen der MFT-Trainer

Kommt es im Laufe der MFT zu einer Veränderung in Bezug auf das Funktionsniveau von Familienbeziehungen aus Sicht der MFT-Trainer?

Aus der Sicht aller MFT-Trainer verbesserte sich die Gesamteinschätzung zum Funktionsniveau der Familienbeziehungen, bestehend aus den Kompetenzbereichen Problemlösung, Organisation und emotionales Klima, hoch signifikant (vgl. 4.6.2). In Anbetracht der Einschätzungen der MFT-Trainer waren die Familienbeziehungen zu Beginn der Multifamilientherapie „*offensichtlich schwer gestört*“. Sie verbesserten sich während der Maßnahme um einen Skalenbereich, sodass „*gelegentliche Perioden von befriedigendem Zusammenleben möglich [sind], jedoch dominieren unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen deutlich*“ (vgl. Anhang). Diese Ergebnisse zeigen, dass es sich trotz hoch signifikanter Verbesserungen der Funktionalität der Familien in dieser Studie um eine Klientel handelt, die von tiefgreifenden und anhaltenden Beziehungsproblematiken betroffen ist. In vielen Fällen steckten die Familien in „*chronischen Krisensituationen*“ (Goldbrunner 1989, S. 41), die bereits über Generationen bestanden (Matter & Abplanalp 2009). Mit diesen Grundvoraussetzungen ist es unverhältnismäßig anspruchsvoller, Herausforderungen im Laufe der Familienentwicklung zu bewältigen (vgl. 2.1.1).

Jede Veränderung im Familiensystem bedarf einer Neuorganisation der Rollen und schafft eine Situation zusätzlicher Unsicherheiten, die auch bzw. insbesondere die innerfamiliären Beziehungen betrifft (Minuchin et al. 2000). Bedenkt man die Ausgangssituation der Klientel, die aufgrund ihrer Lebenslage als *mehrfach belastete Familien* bezeichnet wurde (vgl. 2.1.5) und zudem vor der anspruchsvollen Entwicklungsaufgabe von Familien mit Kindern im Jugendalter stand, dürften die Veränderungen in der Zeit der Multifamilientherapie als sehr zufriedenstellend interpretiert werden.

Die Gesamtzahl der Rückführungen nach Abschluss der Intervention – 19 von 22 Jugendlichen der vorliegenden Studie (vgl. 3.3, Tabelle 13) – spricht ebenso für eine deutliche Verbesserung der Familienfunktionalität. Zurückhaltend sollte man jedoch damit sein, den Erfolg der Maßnahme lediglich an der Zahl der Rückführungen festzumachen. Laut Leistungsvereinbarungen mit dem Jugendamt kann es ebenfalls Ziel der Arbeit sein, dass die Jugendlichen schrittweise in der Ablösung vom Elternhaus begleitet werden. Dies würde eine selbständige Lebensführung des Jugendlichen oder den Übergang zum Leben in einer anderen Familie bzw. in einer stationären Maßnahme bedeuten (vgl. Anhang).

Darimont (2010) stellte in einer „Expertise zur nachhaltigen Erreichbarkeit psychosozial hochbelasteter Familien“ fest, dass u.a. direktiv strukturierende Elemente, eine ressourcenorientierte und den Sozialraum erschließende Ausrichtung sowie eine Herangehensweise, die das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Einflussnahme auf das eigene Leben stärkt, im Zentrum stehen sollten. Das Konzept der Multifamilientherapie berücksichtigt diese Ziele (vgl. 2.2.3) und zeichnet sich zudem durch den starken Alltagsbezug und die verhaltensnahen Interventionen als niedrighschwelliges Angebot aus. Vor diesem Hintergrund lässt sich die positive Veränderung des Funktionsniveaus der Beziehungen erklären.

### 5.2.3 Familienbeziehungen aus Sicht der Gesamtfamilie

Kommt es im Laufe der MFT zu einer Veränderung in Bezug auf das Erleben der emotionalen Verbundenheit der Gesamtfamilie?

Kommt es im Laufe der MFT zu einer Veränderung in Bezug auf das Erleben der individuellen Autonomie der Gesamtfamilie?

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der Zufriedenheit in Bezug auf das innerfamiliäre Beziehungserleben der Gesamtfamilie?

Die Einschätzungen der Familie bezüglich der subjektiv erlebten Familienbeziehungen, welche ein *Quasi objektives Familienbild* abbilden, waren von besonderer Bedeutung für die vorliegende Studie. Sie gaben Antwort darauf, ob sich das Beziehungserleben der Gesamtfamilie im Laufe der Multifamilientherapie in Bezug auf das Erleben der emotionalen Verbundenheit und in Bezug auf das Erleben der individuellen Autonomie veränderte.

Aus Sicht der Gesamtfamilie führte die Multifamilientherapie zu einem Autonomiezuwachs in der Familie (vgl. 4.1.1). Mit dieser positiven Veränderung stieg gleichzeitig die Zufriedenheit der Gesamtfamilie in Bezug auf die Autonomie (vgl. 4.1.3). Die Familien gewannen somit an Selbständigkeit, Selbstbewusstsein, Entschiedenheit und Sicherheit. Die

Ergebnisse zeigten, dass die Familien vermutlich im Rahmen der Multifamilientherapie nicht länger passiv Teil eines Angebots waren, sondern Eigeninitiative zum Lösen ihrer Probleme entwickelten (Wack & Scharfe 2012).

Die Autonomieentwicklung erfolgt in *mehrfach belasteten Familien* häufig aufgrund von problematischen Beziehungsdynamiken unter erschwerten Bedingungen (vgl. 2.1.5). Der Zuwachs an Autonomie könnte hier in den Wirkfaktoren der Multifamilientherapie wie Selbstwertzuwachs, einem gestärkten Selbstbewusstsein sowie der Zunahme der eigenen Handlungsfähigkeit begründet liegen (vgl. 2.2.7). Prognostisch gesehen können nur selbstsichere Eltern zu einem erfolgreichen Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder in der Lage sein und den Erfolg der Behandlung über das Behandlungsende hinaus stabil halten. Für die Jugendlichen bedeutet der Autonomiegewinn ebenfalls eine Stärkung ihrer Person. Er gilt als entscheidende Komponente einer erfolgreichen Individuation, die die zentrale Aufgabe des Jugendalters darstellt (vgl. 2.1.2).

Das Ergebnis in Bezug auf die emotionale Verbundenheit der Familienmitglieder zeigte keine signifikante Veränderung (vgl. 4.1.1). Die Verbundenheit wurde daraus ermittelt, wie interessiert, warmherzig, verständnisvoll und liebevoll die Familienbeziehungen eingeschätzt wurden. Ebenso gab es keine Veränderung der Zufriedenheit über die familiäre Verbundenheit während der Maßnahme (vgl. 4.1.3).

*Individuelle Autonomie* und *emotionale Verbundenheit* sind zwei für sich stehende Entwicklungskomponenten, bedingen sich jedoch gegenseitig (vgl. 2.1.2). So liegt die Vermutung nahe, dass die Verbesserung der Autonomie nur möglich war, weil die *emotionale Verbundenheit* aus Sicht der Gesamtfamilie stabil blieb.

Es stellt sich die Frage, weshalb es keine Steigerung der emotionalen Verbundenheit aus Sicht der Gesamtfamilie gab. Eine Vermutung wäre, dass in dieser Konstellation die Einbeziehung der nicht-leiblichen Elternteile dazu führte, dass das Ausmaß der Veränderungen nicht signifikant wurde. Generell kann es in der mittleren Jugendzeit zu einer vorübergehenden Abnahme der erlebten Verbundenheit zwischen Eltern und Kind kommen (vgl. 2.1.2), was darüber hinaus eine Erklärung sein könnte.

Eine weitere Begründung könnte darin liegen, dass die Heimunterbringung des Jugendlichen eine Verschiebung der Symptomebene bewirkte und dadurch das Familiensystem destabilisiert wurde (vgl. 2.1.6, Abschn. *Symptomträger und Symptomverschiebung*).

#### 5.2.4 Vergleich der Einschätzungen der Gesamtfamilie und der MFT-Trainer

Wie verhalten sich die Einschätzungen des innerfamiliären Beziehungserlebens aus Sicht der Gesamtfamilie und die Einschätzungen zum Funktionsniveau von Familienbeziehungen aus Sicht der MFT-Trainer zueinander?

Es zeigte sich eine Übereinstimmung zwischen den Fremd- und Selbsteinschätzungen bezüglich der Veränderungen der Familienbeziehungen im Laufe der Multifamilientherapie. Der Zusammenhang erreichte eine mittlere Größe, jedoch keine Signifikanz (vgl. 4.7).

#### 5.2.5 Beziehung Leibliche Eltern—Jugendliche

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen des innerfamiliären Beziehungserlebens zwischen den Jugendlichen und ihren leiblichen Eltern?

In den Konstellationen, die das gemeinsame Familienbild des Jugendlichen und einem leiblichen Elternteil abbilden, konnten die umfassendsten Veränderungen während der Multifamilientherapie verzeichnet werden: Sowohl in der mütterbevorzugten, als auch in der väterbevorzugten Auswertung (vgl. 3.4.1; Tabelle 16) kam es zu signifikanten Verbesserungen der emotionalen Verbundenheit und der individuellen Autonomie (vgl. 4.1.2). Dies kann als prognostisch sehr bedeutsam interpretiert werden. Orientiert man sich am *Entwicklungs-Kohäsions-Modell* von Mattejat (1993) sind die beiden Aspekte Verbundenheit

und Autonomie ausschlaggebend für ein positives Familienklima und die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (vgl. 2.1.3).

Wie bereits im Theorieteil beschrieben, gilt dies auch für das Jugendalter: Auf Ebene der Eltern-Kind-Beziehung findet ein Wandel statt von einer asymmetrischen hin zu einer symmetrischen Beziehungsform (vgl. 2.1.2; Tabelle 3). Conen (2002b) erklärt, dass eine „*ver-söhnliche und adäquate*“ (S. 26) und somit erfolgreiche Ablösung erst dann möglich ist, wenn Jugendliche und Eltern sich verbunden fühlen.

Häufig ist gerade bei *mehrfach belasteten Familien* das Verbundenheitsgefühl durch schwerwiegende Konflikte und Verletzungen beeinträchtigt. In Anbetracht dieser Tatsache kann der positiven Veränderung der emotionalen Verbundenheit großes Gewicht beige-messen werden (Conen 2002b). Hofer und Pikowsky (2002) messen dieser Dimension ebenfalls hohe Bedeutung zu: „*Insgesamt scheint die Verbundenheit zwischen Eltern und Kindern der beste Prädiktor für die Entwicklung der Jugendlichen zu sein.*“ (S. 258)

Die Ablösung der Jugendlichen aus der Familie, die oftmals mit dem Einzug ins Heim ein-geläutet wird, ist ein zweiseitiger Prozess: Einerseits werden die Eltern entlastet, anderer-seits benötigen gerade Eltern von Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten häufig die Kinder zur eigenen Stabilisierung. Es fällt ihnen daher schwerer, eine selbständige Entwick-lung ihrer Kinder zuzulassen (Conen 2002b). Vor diesem Hintergrund ist es umso bedeut-samer, dass unter den Bedingungen der Multifamilientherapie eine Stärkung der Autono-mie erreicht werden konnte.

Die „*Reorganisation von Selbstständigkeit und Abhängigkeit, von Distanz und Nähe*“ (Fend 2003, S. 274) geschieht hauptsächlich über Gespräche und Diskurse zwischen den Jugend-lichen und ihren Eltern. Im Rahmen der Multifamilientherapie geht es in unterschiedlichen Settings um Austausch und Kommunikation, was belegte Wirkfaktoren dieser Intervention sind (vgl. 2.2.7). Durch den alltagsnahen Kontext, den das ASK Wetzlar schafft, können Konflikte und Alltagsprobleme, die mit diesem Wandlungsprozess einhergehen, unmittel-bar aufgegriffen und bearbeitet werden (vgl. 2.3.2). Eine Studie weist darauf hin, dass der „*Zuwachs an Selbstwert dann am größten ist, wenn die Zahl der argumentativen Äußerun-gen von Jugendlichen und Eltern im Konfliktgespräch hoch ist*“ (Hofer 2006, S.23). Hierbei

sei die akzeptierende Grundhaltung der Beteiligten wichtig (ebd.). Interventionen wie Rollenspiele oder wechselseitiges Feedback konnten im Rahmen der Multifamilientherapie vermutlich zu einer positiven Gesprächskultur und einem gegenseitigen Verständnis innerhalb der Familien beitragen. Der „Schonraum“ der Multifamilientherapie ermöglicht es den Eltern und Jugendlichen den Perspektivwechsel sowie neue Verhaltensweisen und Erziehungsmuster einzuüben und sich mit den neuen entwicklungsbedingten Anforderungen vertraut zu machen (Asen & Scholz 2012). Mitarbeiter des ASK Wetzlar führen die Steigerung des Selbstwertes der Familienmitglieder auf die *„Gruppenarbeit, das häufige Zusammentreffen der Eltern sowie den Austausch untereinander“* zurück (Wack & Scharfe 2012, S.11). Gleichzeitig sehen sie in der Selbstwirksamkeitssteigerung einen der wichtigsten Wirkfaktoren zur Gestaltung positiver Beziehungen (ebd.).

Laut den Ergebnissen der Studie ist davon auszugehen, dass die Multifamilientherapie am ASK Wetzlar einen wichtigen Beitrag dazu leistet, die Beziehungen zwischen den Jugendlichen und ihren leiblichen Eltern zu stärken. Für den Aufbau von Freundschaften zu Gleichaltrigen sowie einer Paarbeziehung ist dies von elementarer Bedeutung (vgl. 2.1.4).

### 5.3 Diskussion der Nebenergebnisse

Die Nebenergebnisse basieren auf Berechnungen, die hauptsächlich mit kleineren Stichproben durchgeführt wurden. Sie sind im Einzelnen weniger aussagekräftig als die Hauptergebnisse, lassen jedoch zusammengefasst durchaus interessante Muster erkennen. Wenn im folgenden Abschnitt von signifikanten Veränderungen gesprochen wird, sind diese aufgrund der unzureichenden Stichprobengröße als Tendenzen zu werten.

#### 5.3.1 Veränderungen in Bezug auf die Jugendlichen

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der emotionalen Verbundenheit der Jugendlichen?

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der individuellen Autonomie der Jugendlichen?

Im Folgenden werden die Veränderungen der Beziehungen zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern diskutiert, wobei alle teilnehmenden Elternteile (auch Stiefeltern und Lebensgefährten) einbezogen wurden.

Aus Sicht der Jugendlichen ergaben sich keine Veränderungen innerhalb der Gesamtfamilie, weder in Bezug auf die Verbundenheit noch in Bezug auf die Autonomie (vgl. 4.2.1). Die Einschätzungen der Jugendlichen lassen vermuten, dass das Einbeziehen der nicht-leiblichen Elternteile zu diesem Familienbild geführt hat. Es wäre denkbar, dass insbesondere das Empfinden von Verbundenheit mit den nicht-leiblichen Elternteilen – möglicherweise beidseitig – eine große Hürde darstellt oder dass die Jugendlichen dieser Beziehung weniger Bedeutung beimessen. Hier stellt sich die Frage, ob sich die nicht-leiblichen Elternteile ausreichend gut in die Multifamilientherapie integrieren konnten.

### 5.3.2 Veränderungen in Bezug auf die Väter

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der emotionalen Verbundenheit der Väter?

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der individuellen Autonomie der Väter?

Bei den Vätern ergab sich ein signifikanter Zuwachs der Autonomie in der Gesamtfamilie (vgl. 4.2.2). Betrachtet man die Dimension Autonomie aus dem fokussierten Blick der Einzelbeziehungen, erlebten sich die Väter den Müttern gegenüber (Paarbeziehung) autonomer. Zudem beurteilten die Väter, dass die Jugendlichen sowohl in ihrer Autonomie als auch in ihrer Verbundenheit ihnen gegenüber gestärkt wurden. Bezüglich der Verbundenheit deckten sich diese Einschätzungen der Väter mit den Sichtweisen der Mütter (vgl. 4.5).

Da beide Elternteile, unabhängig voneinander, eine höhere Verbundenheit der Jugendlichen den Vätern gegenüber erlebten, könnte diese Einschätzung trotz der geringen Stichprobe bedeutsam sein. Die Jugendlichen erlebten die Väter ihnen gegenüber als gestärkter in der Autonomie. Die Väter selbst sahen jedoch sowohl ihre Verbundenheit als auch ihre Autonomie den Jugendlichen gegenüber als unverändert (vgl. 4.5).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Verbundenheit in Bezug auf die Vaterrolle nur wenig verändert hat. Eine Vermutung hierfür wäre, dass ca. ein Drittel der Väter nicht-leibliche Elternteile waren. In Familien scheinen sich zudem stärker die Mütter für die Verbundenheit zuständig zu fühlen (vgl. 2.1.2; Youniss & Smollar 1985; Asisi 2015). Hinsichtlich ihrer Autonomie konnten die Väter jedoch einen umfangreichen Zuwachs erfahren und konnten so im Laufe der Multifamilientherapie vermutlich zunehmend selbstbewusst, sicher, entschieden und selbständiger auftreten.

In Multiproblemfamilien sind gewisse Dynamiken immer wieder anzutreffen: Die Väter sind in der Regel kaum involviert in die Erziehung ihrer Kinder. Allianzen gegen den Vater scheint es häufig zu geben (vgl. 2.1.5, Abschn. *Beziehungsstruktur und Rollenverteilung*). Zu vermuten ist, dass unter den Bedingungen der Multifamilientherapie die Rolle und Sichtweisen der Väter vermehrt zur Geltung kommen konnten und ihre Ressourcen und Handlungskompetenzen aktiviert und erweitert wurden. Dies wirkte sich positiv auf deren Selbstwert und Präsenz aus. Möglicherweise wurde dieser Prozess durch die Anwesenheit und den Austausch mit anderen Vätern in der Gruppe unterstützt. Diese Vermutungen entsprechen erwiesenen Wirkfaktoren der Multifamilientherapie wie Solidarität und gegenseitige Unterstützung (vgl. 2.2.7).

Die Wichtigkeit einer elterlichen Autorität, die sich durch Präsenz und Stärke auszeichnet, betont unter anderem Haim Omer: Sind die Eltern in den Augen ihrer Kinder unzureichend präsent, geht dies oft mit problematischem Verhalten der Jugendlichen einher (Omer & Schlippe 2009). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen vermuten, dass die Multifamilientherapie am ASK Wetzlar bezüglich der Stärkung der Erziehungskompetenz und Präsenz der Väter einen wertvollen Beitrag geleistet hat. Die Zunahme ihrer Selbstwirksamkeit erlebten die Väter anscheinend gleichzeitig als Stärkung der Autonomie der Gesamtfamilie, was sich in den Ergebnissen der Untersuchung widerspiegelt.

Die Veränderung der Vaterrolle, die sich während der Multifamilientherapie ergab, ist für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Jugendalters von zentraler Bedeutung (Shulman 1997; Fentner & Seiffge-Krenke 1997). Im vornehmlich spielerischen und kollektiveren Umgang mit ihren Kindern betonen die Väter in besonderer Weise die Akzeptanz des Kindes. Insbesondere im Jugendalter vermittelt dies den Jugendlichen, dass die Loslösung erlaubt und das Streben nach Individuation unterstützt wird (Shulman 1997).

Mattejat und Remschmidt (1997) fanden zudem heraus, dass „*die Beziehung zwischen Vater und Patient prognostisch bedeutsamer [ist] als die Beziehung zwischen Mutter und Patient.*“ (S. 383) Obwohl diese Studie in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wurde, haben die Ergebnisse durchaus auch für die Klientel der vorliegenden Studie Relevanz, da die Jugendlichen am ASK Wetzlar häufig selbst eine klinische Vorgeschichte haben (vgl. 3.3).

Es ist zu vermuten, dass im Rahmen der Multifamilientherapie im ausreichenden Maße auf die Autonomiebedürfnisse der Väter eingegangen wurde. Die Väter konnten sich somit in der Bedeutung ihrer Vaterrolle gestärkt erleben und von den Jugendlichen dadurch vermehrt als Vorbild anerkannt werden. Es scheint, als wäre durch die Multifamilientherapie in den Jugendlichen—Väter—Beziehungen eine Dynamik angestoßen worden, deren positive Wirkung sich bereits am Ende der Maßnahme abbildet.

### 5.3.3 Veränderungen in Bezug auf die Mütter

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der emotionalen Verbundenheit der Mütter?

Kommt es im Laufe der MFT zu Veränderungen der individuellen Autonomie der Mütter?

Die Einschätzungen der Mütter zu den Veränderungen der Gesamtfamilie ergaben keine signifikanten Veränderungen (vgl. 4.2.2). Ebenso ergaben die Berechnungen der Einzelbeziehungen zwischen Müttern und Jugendlichen keine signifikanten Veränderungen, weder zur Autonomie noch zur Verbundenheit (vgl. 4.5). Aus der Sicht der Väter gab es hingegen Veränderungen, wie bereits im Kapitel 5.3.2 beschrieben: Ihrer Einschätzung nach gewannen die Mütter gegenüber den Jugendlichen an Autonomie. Es stellt sich also die Frage, weshalb sich aus Sicht der Mütter keine Veränderungen ergaben. Zu vermuten wäre, dass sich die Mütter zu einem großen Teil für die Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes verantwortlich fühlen, da sie in der Regel zu Hause die erzieherische Hauptverantwortung tragen (vgl. 2.1.5, Abschn. *Beziehungsstruktur und Rollenverteilung*). So wäre es denkbar, dass die Mütter durch die innerfamiliären Beziehungsproblematiken besonders belastet waren und sich ein Gefühl der *Besserung* erst zeitverzögert einstellte. Dies zu überprüfen bedürfte einer größeren Stichprobe ein bis eineinhalb Jahre nach Beendigung der Maßnahme (dritter Messzeitpunkt).

#### **5.3.4 Paarbeziehung**

Alle bereits diskutierten Herausforderungen, denen Familien in „chronischen Krisen“ ausgesetzt sind, belasten oft in erheblichem Maße die Paarbeziehung. Zudem sind die Eltern in diesem Lebensabschnitt mit vielfältigen Anforderungen konfrontiert, wie z.B. vermehrte Konflikte mit den jugendlichen Kindern, die Sorge um die eigenen Eltern, das Abfinden mit den Grenzen und Möglichkeiten der eigenen beruflichen Situation (Fend 2003).

Die Fremdbetreuung von Kindern und Jugendlichen bewirkt eine Veränderung im familiären Rollensystem, die es auszugleichen gilt. Mit dem Jugendlichen verlässt oft der „Symptomträger“ das Elternhaus (vgl. 2.1.6, Abschn. *Symptomträger und Symptomverschiebung*). Das Paar ist dadurch zum einen entlastet, hat sich jedoch gleichermaßen mit dem Gefühl des „Erziehungsversagens“ auseinanderzusetzen (Conen 2015). Zudem liegt es nahe, dass dadurch bereits vorhandene Paarkonflikte aufbrechen. All dies kann eine zusätzliche Belastungsprobe bedeuten. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass weder Jugendliche noch Mütter oder Väter die emotionale Verbundenheit innerhalb

der Paarbeziehung als verbessert ansahen. Auch in Bezug auf die individuelle Autonomie ergaben sich kaum Veränderungen. Lediglich die Väter schätzten sich in ihrer Autonomie gegenüber den Müttern gestärkt ein (vgl. 4.5).

Hätten sich in der Paarbeziehung positive Veränderungen in Autonomie und Verbundenheit ergeben, hätte sich vermutlich auch die Beziehung zu den Jugendlichen noch umfassender verändern können (vgl. 2.1.4, Abschn. *Bedeutung der elterlichen Beziehung*).

Die Beziehung der Eltern kann nach Papastefanou und Hofer (2002) als „zentrale Determinante der Qualität des Familienlebens“ (S. 177) angesehen werden. Die Umgangsform der Eltern untereinander gilt als entscheidend für die familiäre Bewältigung von Krisen (Klöckner, Beisenkamp & Hallmann 2004; Kreppner 2000; Schneewind 2010). Eine Studie von Cowan, Cowan, Pruett, Prutett und Gillette (2012) ergab, dass sich durch Erziehungsberatung das Verhältnis der Eltern zum Kind verbessert hat. Den „doppelten Effekt“ erzielten jedoch paar-fokussierte Interventionen, durch die sich sowohl die Paarbeziehung als auch die Eltern-Kind-Beziehung verbesserten. Weiterhin halten Cowan et al. (2012) fest, dass „der stärkste Prädiktor für väterliches Engagement (...) die Qualität der Beziehung des Vaters zur Mutter [ist]“. (S. 95)

Das Erleben zweier MFT-Trainer in einem Team, welches sich im Beisein der Gruppe austauscht, Prozesse aushandelt, wertschätzend und gleichzeitig kritisch miteinander umgeht, ermöglicht den anwesenden Eltern im Rahmen der Multifamilientherapie indirekt und beispielhaft Orientierung und Rollenvorbild.

Auch wenn Multifamilientherapie vorrangig keine Paartherapie ist, könnte – in Anbetracht der Erkenntnisse aus Theorie und Forschung – der Erfolg der Intervention durch eine stärkere Berücksichtigung der Paarbeziehung eventuell noch gesteigert werden.

### 5.3.5 Tagesgruppe – Wochengruppe

Ergeben sich im Laufe der MFT Unterschiede zwischen der Tagesgruppe und der Wochengruppe in Bezug auf das innerfamiliäre Beziehungserleben?
---

Betrachtet man die Ergebnisse getrennt nach Tages- und Wochengruppe, ergab sich eine überraschende Tendenz: Innerhalb der Wochengruppe kam es zu Verbesserungen sowohl in Bezug auf die Verbundenheit als auch in Bezug auf die Autonomie. Ebenso nahm die Zufriedenheit der Gesamtfamilie in beiden Bereichen zu. In der Tagesgruppe ergaben sich jedoch keine Verbesserungen, weder in Bezug auf die Verbundenheit noch in Bezug auf die Autonomie. Auch die Zufriedenheit veränderte sich nicht (vgl. 4.3).

Alle diese Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass durch die weitere Aufgliederung den Berechnungen jeweils eine sehr kleine Stichprobe zu Grunde liegt (Tagesgruppe  $N = 12$ , Wochengruppe  $N = 9$ ), was die Aussagekraft der Ergebnisse relativiert. Dennoch sollen an dieser Stelle Überlegungen angestellt werden, weshalb die Verbesserungen in der Wochengruppe tendenziell stärker ausfielen.

Eine Hypothese für die unterschiedlichen Ergebnisse der Tages- und Wochengruppe könnte sein, dass sich die unterschiedliche Struktur der Angebote sehr stark auf die Effekte der Multifamilientherapie auswirkte.

Ebenso wäre denkbar, dass sich Unterschiede in der Gruppendynamik sowie die Beziehungen zwischen Klienten und MFT-Trainer auf die Ergebnisse im SFB niederschlagen.

Es ist anzunehmen, dass sich Familien, deren Kinder in Wochengruppen betreut werden, im Allgemeinen in prekären Lebenslagen befinden, die sich nicht selten im Grenzbereich zur Kindeswohlgefährdung abspielen und sie im Gegensatz zu den Familien der Tagesgruppen auf eine stationäre Betreuung ihrer Kinder angewiesen sind. Die Eltern erlebten durch die Fremdbetreuung ihrer Kinder während der ganzen Woche vermutlich eine deutlichere Entlastung. Aus dieser Situation heraus fiel es ihnen möglicherweise leichter, sich auf die Beziehungsarbeit in der Multifamilientherapie einzulassen und/oder sie erlebten die Veränderungen deutlicher.

Zwar kam es in den Tagesgruppen laut Einschätzungen der Familien zu keinen signifikanten Verbesserungen der Autonomie und der Verbundenheit, jedoch lässt sich festhalten, dass in sieben von zwölf Fällen keine weiteren Hilfsmaßnahmen benötigt wurden (vgl. 3.3, Ta-

belle 13). In der Wochengruppe konnten hingegen nur drei von zehn Familien ohne Folgemaßnahmen entlassen werden. Dennoch ist dieser Vergleich kritisch zu betrachten, da die Familien der Wochengruppe insgesamt weniger Kontaktzeiten mit dem Kind hatten und das Erlernete noch nicht ausreichend in den Familienalltag integriert werden konnte. Folgemaßnahmen zur Stabilisierung der Rückführung sind daher insbesondere für die Wochengruppe naheliegend.

Gerade in Anbetracht der deutlich verkürzten Aufenthaltsdauer am ASK Wetzlar seit der Implementierung der Multifamilientherapie (vgl. 2.3.1, Abschn. *Evaluation*) spricht es für die Professionalität, nach der Rückführung in die Familie für eine gewisse Zeit Folgemaßnahmen zu installieren.

Bei allen Erklärungsversuchen kann es dennoch nur bei Vermutungen bleiben, weshalb die Wochengruppe bessere Ergebnisse erzielte als die Tagesgruppen. Es bedarf weiterer Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe, um valide Aussagen treffen zu können.

### 5.3.6 Follow-Up

Ergeben sich nachhaltige Veränderungen des innerfamiliären Beziehungserlebens durch die MFT?

Insgesamt konnten von fünf Familien Follow-Up-Daten (ein bis eineinhalb Jahre nach Beendigung der Maßnahme) erhoben werden.

In der Tendenz verbesserte sich das innerfamiliäre Beziehungserleben während der Multifamilientherapie und die Zufriedenheit darüber stieg an. Der dritte Messzeitpunkt ergab jeweils einen leichten Rückgang, der aber höher blieb als bei der Aufnahme ins ASK Wetzlar (vgl. 4.4).

Conen (2011) zeigt auf, dass eine Unterstützung vor allem dann nachhaltig ist, wenn Familien Strategien entwickeln konnten, mit Herausforderungen umzugehen, und sich dabei als

erfolgreich erlebten. Gemäß den belegten Wirkfaktoren setzt die Intervention Multifamilientherapie genau da an, indem sie Hilfe zur Selbsthilfe leistet. Kompetenzen und Handlungsfähigkeit werden (wieder-)entdeckt, sodass Probleme bewältigt werden können (vgl. 2.2.7).

Die Zahlen des Follow-Ups lassen in der Tendenz eine nachhaltige Verbesserung des innerfamiliären Beziehungserlebens durch die Multifamilientherapie vermuten, was jedoch durch die Überprüfung mit einer höheren Stichprobe gesichert werden müsste. Diese Tendenzen entsprechen den Ergebnissen von Süß-Falckenberg (2006), durch welche nachhaltige Effekte der Multifamilientherapie nachgewiesen werden konnten.

## 6 FAZIT

**Zusammenfassung.** Zur Beantwortung der Fragestellung ob die Multifamilientherapie am ASK Wetzlar zu einer Veränderung des innerfamiliären Beziehungserlebens geführt hat, wurden die Einschätzungen von 21 Jugendlichen und ihren Familien ausgewertet, welche im Zeitraum von 2010 bis 2015 sowohl vor als auch nach der Maßnahme erhoben worden sind. In Ergänzung dazu schätzten die MFT-Trainer das Funktionsniveau der Familienbeziehungen jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung retrospektiv ein.

Die vorliegenden Studienergebnisse bestätigen, dass sich die Multifamilientherapie am ASK Wetzlar positiv auf das innerfamiliäre Beziehungserleben auswirkte. Auch aus Sicht der MFT-Trainer kam es zu einer deutlichen Verbesserung des Funktionsniveaus der Familienbeziehungen.

Insbesondere durch den Zuwachs an *individueller Autonomie* kam es zu einer Verbesserung der familiären Entwicklungsbedingungen. Nach Beendigung der Multifamilientherapie empfanden sich die Familien somit als selbständiger, selbstbewusster, entschiedener und sicherer im Umgang miteinander.

Die umfassendsten Veränderungen zeigten sich in der Beziehung zwischen den Jugendlichen und ihren leiblichen Eltern. Neben einer signifikanten Steigerung der *individuellen Autonomie* nahm ebenso die *emotionale Verbundenheit* signifikant zu. Letztere äußerte sich sowohl in gesteigertem gegenseitigen Interesse und Verständnis, als auch in der Zunahme der emotionalen Wärme und Zuwendung. Wurden die neuen Partner der leiblichen Eltern in den Berechnungen berücksichtigt, fielen die Verbesserungen weniger umfassend aus.

Die Gesamtschau der Ergebnisse weist zudem darauf hin, dass insbesondere die Väter durch die Multifamilientherapie in ihrer Vaterrolle eine Stärkung erfuhren.

Die positiven Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung könnten eine Erklärung dafür sein, weshalb sich die durchschnittliche Verweildauer der Jugendlichen am ASK Wetzlar seit der Einführung der Multifamilientherapie deutlich reduziert hat.

**Offene Fragen und Ausblick.** Seit einigen Jahren stößt die Multifamilientherapie in Deutschland zunehmend auf Resonanz und wird immer häufiger praktiziert. Um eine wissenschaftliche Grundlage für die feste Etablierung dieser Intervention in den unterschiedlichen Kontexten zu schaffen, fehlen jedoch noch immer Studien, welche die Wirksamkeit der Multifamilientherapie belegen. Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe wurde mit der vorliegenden Studie ein erster Beitrag dazu geleistet, die Auswirkungen der Multifamilientherapie auf das innerfamiliäre Beziehungserleben quantitativ zu untersuchen.

Zur Sicherung der Ergebnisse wäre zum einen die Untersuchung in einer anderen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung sinnvoll. Zum anderen würde eine größere Stichprobe die Aussagekraft der Studie erhöhen und könnte insbesondere in Bezug auf die Nachhaltigkeit aufschlussreich sein.

Für gezielte Aussagen bezüglich einer eventuellen Belastungsreduzierung der Familienmitglieder wäre der Einsatz weiterer Testinstrumente notwendig, wie beispielsweise die *Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe legen einen Grundstein für weitere Studien zur Evaluation dieser familien- und ressourcenorientierten Interventionsform. Sie sind richtungsweisend und bestätigen die bisherige Tendenz, die Multifamilientherapie im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe verstärkt auszubauen, so z.B. auch in der ambulanten Hilfe<sup>16</sup>. Des Weiteren ermutigen die Studienergebnisse dazu, die Multifamilientherapie möglichst vielen Familien mit Mehrfachbelastungen zugänglich zu machen. Gerade auch im Hinblick auf die zunehmenden interkulturellen Herausforderungen in der sozialen Arbeit könnte diese Intervention eine Chance darstellen, den vielschichtigen Problemlagen von Familien wirkungsvoll zu begegnen.

---

<sup>16</sup> Beispiel: Das ASK Hessen e.V./Hanau bietet das ambulante MFT-Angebot „Sonntagsgruppe“ an.

## LITERATUR

Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V. Zugriff am 11.1.2016 unter <http://www.ask-hessen.de/ask-hessen/willkommen/>

Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Standort Wetzlar. Zugriff am 11.1.2016 <http://www.ask-hessen.de/ask-wetzlar/willkommen/>

Asen, E. (2005). Von Multi-Institutionen-Familien zur Selbsthilfe. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 23 (3), 166–171.

Asen, E. (2006). Kinder und Erwachsene in der Multifamilientherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 49–52.

Asen, E. (2015, Oktober). *Dokumentation Multifamilientherapie mit Multiproblemfamilien*. PowerPoint präsentiert bei tandem – Praxis & Institut, Freiburg.

Asen, E. & Scholz, M. (2008). Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 362–380.

Asen, E. & Scholz, M. (2012). *Praxis der Multifamilientherapie*. (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

Asisi, V. (2015). *Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater*. Wiesbaden: Springer.

Blanz, B., Remschmidt, H.; Schmidt, M. & Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.

Born, A. (2012). Multifamilientherapie in Deutschland. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 167–182.

Bracht, K. (2012). Die Multifamilientherapie (MFT) und die Familienklasse. *Unsere Jugend*, 64, 325–331.

- Brickenkamp, Rolf (Hrsg.). (1997). Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. München: Pearson.
- Cierpka, M. (2009). Keiner fällt durchs Netz. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, 34 (2), 156–167.
- Cierpka, M. & Stasch, M. (2003). Die GARF-Skala. Ein Beobachtungsinstrument zur Einschätzung der Funktionalität von Beziehungssystemen. *Familiendynamik. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Praxis und Forschung*, 28 (2), 176 – 200.
- Conen, M. (2002a). Das Stärken der familialen Resilienz. In M. Conen (Hrsg.), *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie* (S. 17–40). Heidelberg: Carl-Auer.
- Conen, M. (2002b). Elternarbeit in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Praxis der Eltern- und Familienarbeit in Einrichtungen der Erziehungshilfe. (4. Aufl.). Frankfurt/Main: IGfH.
- Conen, M. (2011). „Multiproblemfamilien“ und ihre Ressourcen – (Aufsuchende) Familientherapie und familiale Resilienz. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 434–441). Wiesbaden: Springer VS.
- Conen, M. (2015). Zurück in die Hoffnung. Systemische Arbeit mit „Multiproblemfamilien“. Heidelberg: Carl-Auer.
- Cowan, P.A., Cowan, C.P.; Pruett, M.K.; Pruett, K. & Gillette, P. (2012). Väterliches Engagement bei der Betreuung ihrer Kinder stärken – ein familiensystemischer Ansatz. *Familiendynamik*, 37 (2), 94–103.
- Darimont, F. (2010). Nachhaltige Erreichbarkeit von psychosozial hochbelasteten Familien. Eine Literaturexpertise. München: DJI.

- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2007). Richtlinien zur Manuskriptgestaltung. (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Eggemann-Dann, H. (2003). Wo viel Schatten ist, da ist auch viel Licht. In M. Weber, H. Eggemann-Dann & H. Schilling (Hrsg.), *Beratung bei Konflikten. Wirksame Interventionen in Familie und Jugendhilfe* (S. 167—194). München: Juventa.
- Esser, K. (2014). Wirkfaktoren in der Erziehungshilfe. In M. Macsenaere, K. Esser, E. Knab & S. Hiller (Hrsg.), *Handbuch der Hilfen zur Erziehung* (S. 599—606). Freiburg: Lambertus.
- Fend, H. (2003). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. (3., durchgesehene Aufl.). Opladen: Leske und Budrich.
- Fentner, S. & Seiffge-Krenke, I. (1997). Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, (5), 354—370.
- Gerhard, A. (2005). Autonomie und Nähe. Individuationsentwicklung Jugendlicher im Spiegel familiärer Interaktion. Weinheim und München: Juventa.
- Goldbrunner, H. (1989). Arbeit mit Problemfamilien. Systemische Perspektiven für Familientherapie und Sozialarbeit. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Goll-Kopka, A. (2009). Multi-Familientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern: „Das Frankfurter MFT- Modell“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 717 – 732.
- Hechler, O. (2011). Hilfen zur Erziehung. Einführung in die außerschulische Erziehungshilfe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hofer, M. (2002). Theoretische Ansätze in der Familienpsychologie. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack (Hrsg.), *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). (S. 28—49). Göttingen: Hogrefe.
- Hofer, M. (2006). Wie Jugendliche und Eltern ihre Beziehung verändern. In A. Ittel & H. Merckens (Hrsg.), *Interdisziplinäre Jugendforschung. Jugendliche zwischen Familie, Freunden und Feinden* (S. 9—28). Wiesbaden: VS.

- Hofer, M., Klein-Allermann, E. & Noack, P. (Hrsg.). (2002). Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Hofer, M. & Pikowsky, B. (2002). Familien mit Jugendlichen. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack (Hrsg.), *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). (S. 241—264). Göttingen: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2012). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (11., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Jungbauer, J. (2009). Familienpsychologie kompakt. Weinheim und Basel: Beltz.
- Karmasin, M. & Ribing, R. (2006). Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten. (3., aktualisierte Aufl.). Wien: Facultas.
- Klößner, C., Beisenkamp, A. & Hallmann, S. (2004). Familie aus der Perspektive von Kindern zwischen 9 und 14 Jahren. *Zeitschrift für Familienforschung*, 15 (2), 130—143.
- Kreppner, K. (2000). Entwicklung von Eltern-Kind Beziehungen: Normative Aspekte im Rahmen der Familienentwicklung. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S. 174—195). Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, U., Rädiker, S., Ebert, T. & Schehl, J. (2010). Statistik. Eine verständliche Einführung. Wiesbaden: VS.
- Lange, E. (2012). Die Multifamilientherapie. Eine explorative Studie über Wirkfaktoren und die Trainerrolle. Diplomarbeit, Universität Koblenz-Landau, Campus Landau.
- Largo, R. & Czernin, M. (2011). Jugendjahre. Kinder durch die Pubertät begleiten. München: Piper.
- Leistungsvereinbarung Tagesgruppe. (2007). Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Standort Wetzlar. Zugriff am 9.1.2016 unter <http://www.ask-hessen.de/cms/wp-content/uploads/2012/08/Tagesgruppe-WZ.pdf>

- Leistungsvereinbarung Wochengruppe. (2007). Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Standort Wetzlar. Zugriff am 9.1.2016 unter <http://www.ask-hessen.de/cms/wp-content/uploads/2012/08/Wochengruppe-WZ.pdf>
- Lohaus, A. & Vierhaus, M. (2015). Theorien der Entwicklungspsychologie. In A. Lohaus & M. Vierhaus (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (3., überarbeitete Aufl.). (S. 10–44). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Machann, G. & Rosemeier, C. (2000). Beziehungsmuster in Vernachlässigungsfamilien. *Kontext*, 31 (2), 156–170.
- Mattejat, F. (1993). *Subjektive Familienstrukturen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Scholz, M. (1994). *Das subjektive Familienbild (SFB)*. Leipzig-Marburger Familientest. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Matter, H. & Abplanalp, E. (2009). *Sozialarbeit mit Familien. Eine Einführung*. (2., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Haupt.
- McDonell, M. G. & Dyck, D. G. (2004). Multi-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 24, 685–706.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2000). *Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Minuchin, S. & Nichols, M. (1993). *Familie – Die Kraft der positiven Bindung. Hilfe und Heilung durch Familientherapie*. München: Kindler.
- Ochs, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.). (2012). *Handbuch. Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Omer, H. & Schlippe, A. von (2009). Stärke statt Macht. „Neue Autorität“ als Rahmen für Bindung. *Familiendynamik*, 34 (3), 246–254.
- Papastefanou, C. & Hofer, M. (2002). Familienbildung und elterliche Kompetenzen. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack (Hrsg.), *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der*

*Entwicklung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). (S. 168-191). Göttingen: Hogrefe.

Pfeiffer, D. K. & Püttmann, C. (2011). *Methoden empirischer Forschung in der Erziehungswissenschaft. Ein einführendes Lehrbuch.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Rätz, R., Schröer, W. & Wolff, M. (2014). *Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven.* (2., überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Recht der Kinder- und Jugendhilfe. SGB VIII mit anderen Gesetzen und Verordnungen. (2013). (2. Aufl.). Berlin: Lambertus.

Reindl, M., Reinders, H. & Gniewosz, B. (2013). Die Veränderung jugendlichen Autonomiestrebens, wahrgenommener elterlicher Kontrolle und erlebter Konflikthäufigkeit in der Adoleszenz. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 45 (1), 14–26.

Retzlaff, R., Brazil, S. & Goll-Kopka, A. (2008). Multi-Familientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 346 – 361.

Röttger, U. (2014). *Methodenintegrative Evaluationsansätze zur Multifamilientherapie.* PowerPoint zur 6. Jahrestagung Multifamilientherapie 2014. Klinikum Magdeburg.

Röttger, U., Lippe, H. von der, Schadow, A., Radloff, J., Kramm, C. & Flechtner, H. (2015). *Methodenintegrative Therapieevaluation der Multifamilientherapie als Behandlungsbau-stein im tagesklinischen Setting.* Poster zum XXXIV. DGKJP Kongress. München.

Saint-Exupéry, A. de (2007). *Ein Lächeln ist das Wesentliche.* Freiburg: Kreuz.

Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM- IV* (2., verbesserte Auflage) übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. (1994). Göttingen: Hogrefe. 849–852.

Schmidt-Neumeyer, H., Vossler, A. & Neumeyer, W. (2002). Der Zusammenhang von Elternarbeit und Hilfeverlauf. *Unsere Jugend*, 54 (7–8), 291–300.

- Schneewind, K.A. (Hrsg.). (2000). Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Schneewind, K.A. (2010). Familienpsychologie. (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Scholz, M. (2010). Multifamilientherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog*, 11 (3), 219–221.
- Shulman, S. (1997). Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46 (5), 321–337.
- Simon, F.B., Clement, U., Stierlin, H. (1999). Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. (5., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F.B., Clement, U., Stierlin, H. (2004). Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. (6., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stasch, M. (2004). GARF In B. Strauß, J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen, Diagnostik für Klinik und Praxis* (Band 3, S. 149 –153). Göttingen: Hogrefe.
- Stasch, M. & Cierpka, M. (2006). Beziehungsdiagnostik mit der GARF-Skala. *Psychotherapie* 11 (1), 56–63.
- Stierlin, H. (1994). Individuation und Familie. Studien zur Theorie und therapeutischen Praxis. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wetzell, N. & Wirsching, M. (1977). Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Süß-Falckenberg, U. (2006). Familientagesklinische Behandlung bei emotional und sozial gestörten Kindern – eine Follow-up-Studie. Dissertation. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Thömke, V. (2005). Tagesklinische Multifamilientherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa. Dissertation. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Wack, M., Scharfe, C. (2012). Mehrfamilienarbeit in der Jugendhilfe. Eine moderne Methode mit Familien gemeinsam neue Wege in der Erziehung zu entwickeln. Zugriff am 09.01.2016 unter [http://www.bag-mft.de/fileadmin/media/Was-ist-MFT/Artikel\\_MFT\\_bt.pdf](http://www.bag-mft.de/fileadmin/media/Was-ist-MFT/Artikel_MFT_bt.pdf)

Winkelmann, I. (2014). Systemisch-ressourcenorientiertes Arbeiten in der Jugendhilfe. Heidelberg: Carl Auer.

Youniss, J. (1994). Soziale Konstruktion und psychische Entwicklung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Youniss, J., Smollar, J. (1985). Adolescent Relations with Mothers, Fathers and Friends. Chicago: Newberry Library.

Ziegenhain, U. (2007). Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Chance für präventive Hilfen im Kinderschutz. In U. Ziegenhain, J. M. Fegert (Hrsg.), *Kinderwohlgefährdung und Vernachlässigung. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär* (Band 15, S. 119—127). München: Ernst Reinhardt.

## ABBILDUNGEN

Abbildung 1:

Das Systemmodell nach Bronfenbrenner. In Pohl, Ursula: Ökosystemische Integrationspädagogik in schulischen Kontexten. Dissertation. Johann Wolfgang Goethe-Universität zu Frankfurt am Main, 2005. Zugriff am 16.11. 2015 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/pohl-oekosystem-diss.html>

Abbildung 2:

Integratives Systemmodell der Familienentwicklung nach Schneewind. Zugriff am 11.09.2015 unter <https://de.wikipedia.org/wiki/Familienpsychologie>

Abbildung 3:

Das Entwicklungs-Kohäsions-Modell nach Mattejat (1993). Subjektive Familienstrukturen. Göttingen: Hogrefe. S. 68

Abbildungen 4—6:

Veranschaulichungen zum SFB. Von den Verfasserinnen erstellt.

Abbildungen 7—18:

Diagramme der Ergebnisse. Von den Verfasserinnen erstellt.

## ERKLÄRUNG

Hiermit erklären wir, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt haben. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, haben wir durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

---

Julia Fink

---

Almut Klein

**ANHANG**

Anhang A      Leistungsvereinbarung Tagesgruppe – Wochengruppe  
des ASK Wetzlar (Vergleich)

---

Anhang B      SFB  
(Fragebogen Väter)

---

Anhang C      GARF-Skala  
(Anschreiben, Anleitung, Fragebogen)

## Anhang A

# Leistungsvereinbarung Tagesgruppe – Wochengruppe des ASK Wetzlar (Vergleich)

	<b>Tagesgruppe</b>	<b>Wochengruppe</b>
<b>Leistungsangebot</b>	§ 27 i .V. mit § 32 SGB VIII – Hilfe zur Erziehung; Erziehung in einer Tagesgruppe	§ 27 i .V. mit § 34 SGB VIII – Hilfe zur Erziehung, Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform
<b>Kriterien</b>	Betreuung schulpflichtiger Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts bis 16 Jahre, die vorübergehend eine teilstationäre Jugendhilfemaßnahme benötigen und nach 1-2 Jahren wieder ohne der o.g. Hilfsform in der Herkunftsfamilie leben können.	Betreuung schulpflichtiger Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts bis 18 Jahre, die vorübergehend eine stationäre Jugendhilfemaßnahme benötigen und nach 1-2 Jahren wieder in die Herkunftsfamilie rückgeführt werden können. Außerdem können Ablösungsprozesse von Jugendlichen aus den Familien begleitet werden.
<b>Ziele</b>	Verbleib des Kindes/Jugendlichen in der Familie; Hilfe zur Reintegration in die Familie nach Fremdplatzierung; eigenständige und eigenverantwortliche Lebensführung des Jugendlichen ohne Jugendhilfe; Soziales Lernen in der Gruppe; Ergänzung der familiären Sozialisation; Begleitung der schulischen Förderung; Elternarbeit	Entwicklungsförderung von Kindern/Jugendlichen und Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie; Rückkehr des Kindes/Jugendlichen in die Familie; Übergang zur Erziehung in einer anderen Familie; Vorbereitung auf selbstständige Lebensführung; Integration in Ausbildung und Beschäftigung

<b>Unterziele</b>	<p><b>Sozialverhalten/Entwicklungsförderung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontakt-, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit verbessern</li> <li>- Frustrationsfähigkeit erhöhen</li> <li>- Regeln/Strukturen akzeptieren lernen</li> <li>- Gruppenfähigkeit herstellen</li> <li>- Positives Lern- und Sozialverhalten, gesunde Lebensförderung und Körperpflege erlernen</li> <li>- Emotionale Sicherheit gewinnen</li> <li>- Vorbereitung auf selbstständige Lebensführung</li> <li>- Entfaltung und Einsatz von persönlichen Ressourcen und Selbsthilfepotential</li> </ul> <p><b>Leistungsverhalten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konzentrationsfähigkeit erhöhen</li> <li>- Schule/berufliche Förderung (Hausaufgaben, Motivation, Lerndefizite aufarbeiten)</li> </ul> <p><b>Elternkompetenz ohne fremde Hilfe wahrnehmen können:-</b>      tragfähige positive Beziehung zwischen Mutter/Vater und Kind/Jugendlichen entwickeln;      alters- und entwicklungsbedingter Förder- und Erziehungsbedarf des Kindes/Jugendlichen erkennen und entsprechend handeln, in der Familie und im sozialen Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fähigkeiten einer konstruktiven Konfliktbewältigung fördern</li> <li>- Eigenverantwortung vergrößern</li> </ul>	<p><b>Entwicklungsförderung von Kindern/Jugendlichen;</b>  <b>Alltagsstruktur und -gestaltung in allen Lebenslagen:</b> z.B. Haus-aufgaben; Mahlzeiten; Freizeit; Hauswirtschaft; Finanzen; Integration in die Gruppe, in die Einrichtung und in das neue Lebensmilieu (Schule, Ausbildung, Vereine); gesunde Lebensführung und Körperpflege; positives Lern- und Sozialverhalten; emotionale Sicherheit; Verbesserung der sozialen Kompetenzen; tragfähige Beziehungen; gemeinsames Handeln und Planen des alltäglichen Ablaufs</p> <p><b>Rückkehr in die Familie:</b> Systemanalyse und Genogramm der Herkunftsfamilie, um Beziehungen zwischen Familie und fremdplatziertem Kind zu klären; Wiederherstellung und Erweiterung der Erziehungsfähigkeit der Familie; Stabilisierung des Identifikations- Status- und Gefühlsbezuges zu den Eltern; Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Familie</p> <p><b>Übergang zur Erziehung in einer andere Familie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewährleistung einer dauerhaften Lebensperspektive</li> <li>- Begleitung einer schrittweisen Ablösung von Kindern/Jugendlichen aus besonders engen familialen Beziehungen (Die Wochengruppe kann dabei einen Zwischenschritt für ein selbstständiges Leben oder einen guten Übergang für eine stationäre Maßnahme sein.)</li> </ul> <p><b>Integration in Ausbildung und Beschäftigung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung einer realistischen schulischen und beruflichen Perspektive; positive schulische Entwicklung; Schulabschluss; Qualifizierung zur Berufsvorbereitung/Berufsausbildung</li> </ul>
-------------------	--	---

<b>Organisationsstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ist konzipiert als zeitlich begrenzte Form (1-2 Jahre) einer familienstützenden und familienerweiterten Erziehungshilfe.</li> <li>- bietet jeweils 9 Plätze für schulpflichtige Kinder/Jugendliche</li> <li>- Es stehen zur Verfügung: Therapeutischer Dienst (PsychologInnen, Reittherapeutin, Heilpädagogin) und Ambulanter Dienst (SPFH) sowie ein Technischer Dienst (Hausmeister und Zivis)</li> <li>-wird über den Einrichtungsleiter und dem Bereichsleiter organisatorisch eingebunden und betreut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ist konzipiert als zeitlich begrenzte Form (1-2 Jahre) einer familienstützenden und familienerweiterten Erziehungshilfe</li> <li>- bietet 9 Plätze für schulpflichtige Kinder/Jugendliche</li> <li>- Vorzeitige Rückführung und Verlegung sind möglich</li> <li>- In Einzelfällen kann eine Begleitung bis zur Verselbstständigung erfolgen</li> <li>- Es stehen zur Verfügung: Therapeutischer Dienst (PsychologInnen, Reittherapeutin, Heilpädagogin) und Ambulanter Dienst (SPFH) sowie ein Technischer Dienst (Hausmeister und Zivis)</li> <li>- wird über den Einrichtungsleiter und dem Bereichsleiter organisatorisch eingebunden und betreut</li> </ul>
<b>Aufnahmebedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schulpflichtige Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren aus Familien in Krisensituationen (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Trennung u.a.), die die Anforderungen in Schule und Alltag nur mit zusätzlicher Hilfe und Förderung bewältigen können</li> <li>- Voraussetzung: Versorgung des Kindes durch die Eltern am Abend, Wochenende, Ferien ist gewährleistet und die aktive Mitwirkung der Familie zu erwarten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schulpflichtige Kinder im Alter von 6 bis 15 Jahren aus Familien in Krisensituationen (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Trennung u.a.), die die Anforderungen in Schule und Alltag nur mit zusätzlicher Hilfe und Förderung bewältigen können</li> <li>- Voraussetzung: Versorgung des Kindes durch die Eltern am Wochenende ist gewährleistet und die aktive Mitwirkung der Familie zu erwarten</li> </ul>

<b>Einbindung des familiären Umfeldes</b>	<p>Grundannahme des heilpädagogisch-therapeutischen Arbeitsansatzes ist, dass Verhaltensauffälligkeiten bei „Problemkindern“ das Ergebnis eines langwierigen, fehlgelaufenen Prozesses im familiären Bezugssystem des Kindes und Ausdruck gestörter Beziehungsdynamik im Familienverbund sind, wodurch eine kindgemäße Entwicklung nicht mehr gewährleistet ist und die Erziehungskompetenz der Familienmitglieder deutlich geschwächt wird. Somit steht nicht nur das auffällige Kind, sondern seine gesamte Familie im Blickpunkt der Arbeit. Durch vorübergehende intensive Betreuung in der Tagesgruppe werden die Familien entlastet. Ziel sozialer Familienarbeit ist es, die Eltern in ihren positiven Fähigkeiten zu stärken und mit lebenspraktischen Hilfen und familientherapeutischen Maßnahmen in lebenswichtigen Bereichen zu stabilisieren. Dabei wird in allen Formen angestrebt, bisher brachliegende Ressourcen in der Familie und ihrem Lebensraum zu aktivieren und zu nutzen mit dem Ziel, die Familien zu befähigen, bestehenden und zukünftigen Schwierigkeiten wieder selbstständig und kompetent zu begegnen. Die Familie bleibt der primäre Lebensort des Kindes. Die pädagogischen MitarbeiterInnen sehen sich nicht als Konkurrenz zu den Eltern. Ziel der Kooperation mit den Eltern ist, die Eigenverantwortung der Eltern zu stärken und sie darin zu unterstützen, die Erziehungsfunktion gegenüber ihren Kindern wieder insgesamt wahrzunehmen. Standardisiert findet einmal pro Monat ein Familiengespräch statt, an dem neben der Familie ein/e VertreterIn aus dem pädagogischen Team und SPFH teilnehmen. Bei Bedarf kann der/die TherapeutIn dazukommen. Das Gespräch, das in der Familie oder in der Gruppe stattfindet, hat den Sinn, Informationen auszutauschen, pädagogische Themen zu erörtern und Absprachen zu treffen. So wird eine gute und offene Vernetzung zwischen Familie und Institution möglich.</p>
---	---

#### Quellen:

Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Standort Wetzlar. *Leistungsvereinbarung Wochengruppe*. (2007). Zugriff am 9.1.2016 unter <http://www.ask-hessen.de/cms/wp-content/uploads/2012/08/Wochengruppe-WZ.pdf>

Albert-Schweitzer-Kinderdorf Hessen e.V./Standort Wetzlar. *Leistungsvereinbarung Tagesgruppe*. (2007). Zugriff am 9.1.2016 unter <http://www.ask-hessen.de/cms/wp-content/uploads/2012/08/Tagesgruppe-WZ.pdf>

## **Anhang B**

**SFB**

**(Fragebogen Väter)**

## Subjektives Familienbild

### Vaterbogen

**Familie:**

- Kind 1 (IP): geboren am: \_\_\_\_\_
- Kind 2: geboren am: \_\_\_\_\_
- Kind 3: geboren am: \_\_\_\_\_
- Kind 4: geboren am: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten:** Der Fragebogen muss vollständig ausgefüllt sein, d.h. jedes Wortpaar muss angekreuzt sein. Bitte nur ein Kreuz pro Wortpaar! Bitte nicht zwischen den Zellen ankreuzen, sondern auf eine Zahl festlegen!

ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Vaterfragebogen  
(nach Polaritätsprofil von M. Scholz, Leipzig)

Wir möchten von Ihnen erfahren, wie Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Ihnen und den anderen Familienmitgliedern ist. Bitte beschreiben Sie Ihr Verhalten, das Verhalten Ihrer Frau und Ihrer Kinder mit Hilfe der folgenden Beurteilungskategorien.

**Beispiele:**

Ich verhalte mich meinem Kind gegenüber  
freundlich 3 2 1 0 **X** 2 3 unfreundlich

Das Kreuz auf der rechten 1 würde bedeuten, dass Sie sich Ihrem Kind gegenüber eher unfreundlich verhalten.

Ich verhalte mich meinem Kind gegenüber

freundlich **X** 2 1 0 1 2 3 unfreundlich

Das Kreuz auf der linken 3 würde bedeuten, dass Sie sich Ihrem Kind gegenüber sehr freundlich verhalten.

Es empfiehlt sich, spontan anzukreuzen und nicht lange zu überlegen!

Datum: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte Ihr eigenes Verhalten!

**Ich verhalte mich meiner Frau gegenüber**

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte Ihr eigenes Verhalten!

**Ich verhalte mich meinem Kind (1) \_\_\_\_\_ gegenüber**

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte Ihr eigenes Verhalten!

**Ich verhalte mich meinem Kind (2) \_\_\_\_\_ gegenüber**

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihrer Frau!

**Meine Frau** verhält sich mir gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihrer Frau!

**Meine Frau** verhält sich meinem Kind (1) gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihrer Frau!

**Meine Frau** verhält sich meinem Kind (2) gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihres Kindes (1)!

**Mein Kind (1)** verhält sich mir gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihres Kindes (1)!

**Mein Kind (1)** verhält sich meiner Frau gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihres Kindes (1)!

**Mein Kind (1)** verhält sich meinem Kind (2) gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihres Kindes (2)

**Mein Kind (2)** \_\_\_\_\_ verhält sich **mir** gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihres Kindes (2)

**Mein Kind (2)** \_\_\_\_\_ verhält sich **meiner Frau** gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte das Verhalten Ihres Kindes (2)

**Mein Kind (2)** \_\_\_\_\_ verhält sich **meinem Kind (1)** gegenüber

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Auf dieser Seite beschreiben Sie bitte, wie Sie sich Ihr Verhalten wünschen!

**Ich** möchte mich **meiner Frau** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Auf dieser Seite beschreiben Sie bitte, wie Sie sich Ihr Verhalten wünschen!

**Ich** möchte mich **meinem Kind (1)** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Auf dieser Seite beschreiben Sie bitte, wie Sie sich Ihr Verhalten wünschen!

**Ich** möchte mich **meinem Kind (2)** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihrer Frau wünschen!

**Meine Frau** müsste sich **mir** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihrer Frau wünschen!

**Meine Frau** müsste sich **meinem Kind (1)** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihrer Frau wünschen!

**Meine Frau** müsste sich **meinem Kind (2)** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihres Kindes (1) wünschen!

**Mein Kind (1)** müsste sich **mir** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihres Kindes (1) wünschen!

**Mein Kind (1)** müsste sich **meiner Frau** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihres Kindes (1) wünschen!

**Mein Kind (1)** müsste sich **meinem Kind (2)** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihres Kindes (2) wünschen!

**Mein Kind (2)** \_\_\_\_\_ müsste sich **mir** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihres Kindes (2) wünschen!

**Mein Kind (2)** \_\_\_\_\_ müsste sich **meiner Frau** gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

Beschreiben Sie bitte, wie Sie sich das Verhalten Ihres Kindes (2) wünschen!

**Mein Kind (2)** \_\_\_\_\_ müsste sich **meinem Kind (1)** \_\_\_\_\_ gegenüber verhalten

selbständig	3	2	1	0	1	2	3	unselbständig
uninteressiert	3	2	1	0	1	2	3	interessiert
schüchtern	3	2	1	0	1	2	3	selbstbewusst
warmherzig	3	2	1	0	1	2	3	kühl
unentschlossen	3	2	1	0	1	2	3	entschieden
verständnisvoll	3	2	1	0	1	2	3	verständnislos
sicher	3	2	1	0	1	2	3	ängstlich
ablehnend	3	2	1	0	1	2	3	liebevoll

## Anhang C

### GARF-Skala

(Anschreiben, Anleitung, Fragebogen)

Freiburg, am 22.1.2015

Sehr geehrte Frau Herklotz, sehr geehrte Therapeutinnen und Therapeuten des ASK Wetzlar,

im Rahmen unserer Masterthesis (Klinische Heilpädagogik) untersuchen wir die Auswirkungen der Mehrfamilienarbeit auf innerfamiliäre Beziehungen am Beispiel des ASK Wetzlar. Neben den Aussagen der Familien, die uns bereits in Form des SFB zur Auswertung vorliegen, möchten wir an dieser Stelle Sie als TherapeutInnen befragen. Für die Validität und Aussagekraft der Ergebnisse ist dies sehr bedeutsam. Die Daten werden retrospektiv mittels der GARF-Skala erhoben. Anhand dieser Skala möchten wir Sie bitten, dass Sie jeweils die Familien, mit denen Sie gearbeitet haben, bezüglich der gefragten Kriterien einschätzen. Wir sind uns darüber im Klaren, dass mitunter schon einige Zeit vergangen ist, trotzdem möchten wir Sie bitten, sich so gut wie möglich an die Familien zurück zu erinnern, jeweils zum Beginn und zum Ende der Mehrfamilienarbeit. In der Anleitung haben wir dazu einige Leitfragen zu den verschiedenen Dimensionen notiert, die Ihnen dabei behilflich sein sollen.

Für die Validität der Ergebnisse wäre es von großem Vorteil, dass, wenn möglich, beide TherapeutInnen, die mit der Familie gearbeitet haben, *unabhängig voneinander*, diese auf der GARF-Skala einschätzen (pro Familie liegen daher zwei Exemplare vor).

Das Erstellen der GARF-Skala ist u.a. durch die einfache Anwendung und den geringen Arbeitsaufwand in der Forschung sehr beliebt und wir hoffen, dass es für Sie gut machbar sein wird.

Bei Fragen oder Problemen können Sie sich jederzeit an die oben angegebenen E-Mail-Adressen wenden.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihr Engagement!

Viele Grüße aus Freiburg,

Almut Klein und Julia Fink

## Anleitung zum Ausfüllen der GARF-Skala

Die GARF-Skala (Global Assessment of Relational Functioning-Scale; Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen) wurde auf Grundlage des DSM – IV in den USA entwickelt und dient der Einschätzung der Funktionalität von Beziehungssystemen, d.h. inwiefern eine Beziehung affektive und lebenspraktische Bedürfnisse der Beteiligten erfüllt. Dabei werden die folgenden Dimensionen berücksichtigt:

<b>Dimension</b>	<b>Erläuterung</b>	<b>Leitfragen</b>
Gesamteinschätzung	globale Einschätzung über die drei folgenden Dimensionen	
Problemlösung	Bewältigung von Zielen, Regeln und alltäglichen Arbeiten; Anpassungsfähigkeit bei Streit; Konfliktlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten	Sind die Familienmitglieder einander gegenüber aufmerksam?  Respektieren sie die Gefühle und Meinungen des anderen?  Benutzen sie Ich-Aussagen?  Sind Kompromisse innerhalb der Familie möglich?
Organisation	Einhaltung von interpersonellen Rollen und Subsystemgrenzen; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung;  hierarchisches Funktionieren	Werden Macht, Kontrolle und Verantwortung geteilt?  Dominiert vorwiegend eine Person die Gespräche?  Gibt es Koalitionen, die ein Familienmitglied ausschließen?  Gibt es rollen-, generations- und geschlechtsbegründete Grenzen?  Sind „Rollen“ und „Regeln“ für alle Familienmitglieder klar ersichtlich?
Emotionales Klima	Tonfall und Spielraum von Emotionen; Qualität der Fürsorge, Empathie, Engagement und Bindung; gegenseitige Wertschätzung;  affektive Resonanz und Ausdrucksfähigkeit;  Respekt und Achtung;  Qualität der sexuellen Beziehung	Wie wird mit dem Aussenden und Empfangen positiver oder negativer emotionaler Nachrichten umgegangen?  Gibt es offen gezeigte Bemühungen, Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle?  Herrschen Kritik, Feindschaft oder übermäßiges emot. Engagement vor?  Gibt es ein Empfinden von Intimität oder Zuneigung untereinander?  Nonverbale Kommunikation?

Zur Einschätzung der Dimensionen dient eine Skala von 0 bis 100, welche in fünf Bereiche aufgeteilt ist (0; 1–20; 21–40; 41–60; 61–80; 81–100). Diese Skala umfasst das Spektrum von **schwer gestörten Beziehungen (niedriger Wert)** bis hin zum **optimalen Funktionieren von Beziehungen (hoher Wert)**. Die genaue Erläuterung zu den Bereichen finden Sie in der umseitigen Legende. Beim Eintragen der Werte bitten wir Sie, einen **spezifischen Skalenwert** festzulegen (z.B. 45, 68, 72). Falls Ihnen die genaue Verortung in einem Bereich nicht möglich sein sollte, so bitten wir Sie die jeweiligen Mittelwerte (10, 30, 50, 70, 90) anzugeben.

Ihre Einschätzung soll in Ergänzung zu den ermittelten Ergebnissen der SFB-Bögen stattfinden, d.h. die Daten werden retrospektiv erhoben. Wie das SFB, soll auch die GARF-Skala **Prä- und Post-Werte** ermitteln, d.h. das Funktionieren des Familiensystems zu Beginn und zum Ende der Maßnahme (Multifamilienarbeit) aus Sicht der behandelnden TherapeutInnen darstellen. Hierzu finden Sie auf dem Datenblatt zwei Skalenfelder, in die Sie Ihre Einschätzungen eintragen können.

## Legende

---

**81-100**

Das Beziehungssystem funktioniert gut, sowohl aus der Sicht der untersuchten Personen wie auch aus der Sicht der Beobachter.

- [b] Es existieren vereinbarte Regeln und Abläufe, die bei der Befriedigung der normalen Bedürfnisse der Mitglieder der Familie/des Paares behilflich sind; bei unvorhergesehenen Ereignissen gibt es eine Flexibilität für Veränderungen; gelegentliche Konflikte und belastende Übergangszeiten können durch klare Kommunikation und gemeinsame Problemlösung bearbeitet werden.
- [c] Es herrscht Einvernehmen und Einverständnis über die Rollen und die Abstimmung der Entscheidungsprozesse für jedes Familienmitglied, und für jedes Subsystem ist der typische Charakter und eigene Wert erkennbar (z.B. Eltern/Ehepaar, Geschwister, Einzelpersonen).
- [d] In der Familie herrscht eine situationsangemessene optimistische Atmosphäre, viele Gefühle können direkt in der Familie ausgedrückt und bewältigt werden. Die Familienatmosphäre ist warm, fürsorglich, mit gemeinsamen Werten in der Familie. Die sexuellen Beziehungen der Erwachsenen sind befriedigend.

**61-80**

Das Beziehungssystem funktioniert nicht voll befriedigend. Über eine Zeitspanne hinweg werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten gelöst.

- [b] Mit Beziehungsproblemen wird angemessen umgegangen. Einige Konflikte bleiben ungelöst, sie zerstören jedoch nicht die weiteren Beziehungen.
- [c] Entscheidungen werden normalerweise kompetent getroffen, jedoch ist das Ausmaß der gegenseitigen Kontrolle größer als nötig oder ineffektiv. Individuen und Subsysteme erkennen ihre Unterschiede, manchmal geben die Unterschiedlichkeiten Anlass für herabsetzende Kritik.
- [d] Verschiedene Gefühle können ausgedrückt werden, es gibt jedoch Blockaden und Spannungen. Wärme und Fürsorge sind vorhanden, sie werden jedoch durch Unsicherheit und Frustration einzelner Mitglieder beeinträchtigt. Die sexuellen Beziehungen der Erwachsenen sind nicht voll befriedigend oder problematisch.

**41-60**

Obwohl es gelegentliche Perioden von befriedigendem Zusammenleben gibt, dominieren unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen deutlich.

- [b] Ungelöste Konflikte hemmen häufig die Problemlösung, die Kommunikation und die tägliche Routine; in der Anpassung an familiäre Belastungen und Veränderungen (z.B. Tod, Geburt, Heirat) gibt es erhebliche Schwierigkeiten.
- [c] Entscheidungen werden häufig inkompetent und ineffektiv getroffen; entweder besteht eine ausgeprägte Rigidität oder eine erhebliche Strukturlosigkeit. Individuelle Bedürfnisse werden häufig von einem Partner oder belastenden Rollenerwartungen unterdrückt.
- [d] Gefühle wie Schmerz, Ärger oder Gefühllosigkeit interferieren mit dem positiven Familiengefühl. Wärme und Unterstützung für Personen sind ungleich verteilt; es gibt häufig sexuelle Schwierigkeiten zwischen den Erwachsenen.

**21-40**

Das Beziehungssystem ist offensichtlich schwer gestört, Perioden befriedigender Beziehungen sind selten.

- [b] Die Beziehungen erfüllen nicht die Bedürfnisse der Mitglieder, an ihnen wird starr festgehalten, oder sie werden einfach ignoriert. Veränderungen der Lebensphasen verursachen belastende Konflikte und frustrierende Fehlschläge beim Lösen von Problemen.
- [c] Entscheidungen werden "tyrannisch" oder vollkommen ineffektiv getroffen. Die Mitglieder werden zum Sündenbock gemacht, herabgesetzt oder ignoriert durch rigide oder konfus wechselnde Koalitionen.
- [d] Es gibt selten Perioden, in denen das gemeinsame Leben genossen wird; häufiges Distanzieren oder offene Feindseligkeit machen deutlich, dass bestimmte Konflikte ungelöst und belastend bleiben. Die sexuellen Beziehungen der Erwachsenen sind schwer gestört.

**01-20**

Das Beziehungssystem ist so schwer gestört, dass die Kontinuität des Kontakts und der Bindung nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

- [b] Es gibt kaum einen gemeinsamen Familienalltag (z.B. keine gemeinsamen Mahlzeiten, Schlafens- und Aufstehzeiten, die Familienmitglieder wissen meist nicht, wo die anderen sind; die Kommunikation ist schwer gestört, man redet aneinander vorbei).
- [c] Aus der familiären Organisation sind Verantwortlichkeiten nicht ersichtlich, über Grenzen des Beziehungssystems und der Subsysteme kann keine Einigung erzielt werden, Grenzen können nicht identifiziert werden. Familienmitglieder werden körperlich gefährdet oder verletzt oder sexuell bedroht.
- [d] Verzweiflung und Zynismus sind die vorwiegenden Gefühle; man beachtet die emotionalen Bedürfnisse der anderen kaum; es besteht fast kein Interesse an Bindung, Fürsorge, Engagement für das Wohlergehen des anderen.

**0**

**Inadäquate Information**

Quellen:

Cierpka, M.; Stasch, M. (2003): Die GARF-Skala. Ein Beobachtungsinstrument zur Einschätzung der Funktionalität von Beziehungssystemen. *Familiendynamik* 28: 176-200

Cierpka, M.; Stasch, M. (2006): Beziehungsdiagnostik mit der GARF-Skala. *Psychotherapie* 11, Heft 1: 56-63

# GARF (Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen)

Kennziffer der Familie:

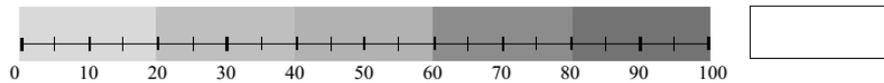
Name der ausfüllenden Person (Kürzel):

Name des Co-Therapeuten (Kürzel):

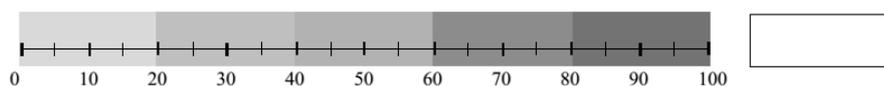
Datum :

## 1) Einschätzung der Funktionsfähigkeit der Familie zum Zeitpunkt des Therapiebeginns (Prä):

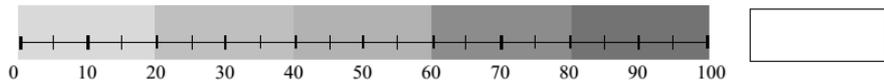
a) Insgesamt:



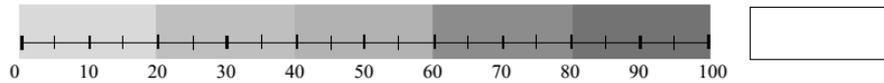
b) Problemlösung:



c) Organisation:

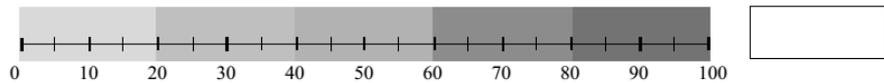


d) Emotionales Klima:

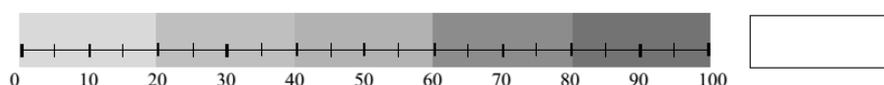


## 2) Einschätzung der Funktionsfähigkeit der Familie zum Ende der Maßnahme (Post):

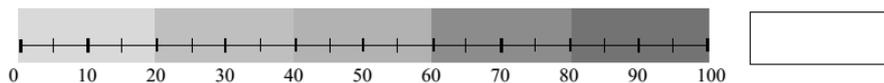
a) Insgesamt:



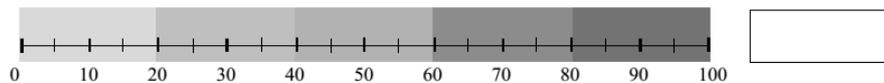
b) Problemlösung:



c) Organisation:



d) Emotionales Klima:



**Kommentar (optional):**