

Klippen und Leuchttürme der Multifamilientherapie

Michael Scholz

6. MFT-Tagung Damp-Schleswig

22. Mai 2014

Bei dem diesjährigen Tagungsort hier am Wasser der Ostsee stehen die Leuchttürme für die Stärken und erfolgreichen Situationen, die wir erleben können und die uns gut tun.

Klippen stehen für die Fallstricke und unerwartete Probleme, denen wir trotz aller Leuchttürme immer wieder auflaufen können. Ich möchte beides durch einen wichtigen Aspekt ergänzen: das ist der Tiefgang.

Wann bleibt MFT nur an der Oberfläche und wann können wir mit ihr wesentliche Beziehungs- und Verhaltensmuster innerhalb der Familien wirklich langfristig versuchen zu ändern.

Zu Beginn möchte ich aber noch betonen, dass MFT zwar eine gute Ergänzung zu den anderen Psychotherapien ist, diese jedoch bei aller Begeisterung keinesfalls überholt sind. Sie haben alle Ihre Berechtigung mit bewährten Indikationen, die die MFT bei weitem allein nicht abdecken kann. Es führen viele Wege nach Rom, und das ist gut so!

Ich möchte die bekannten Vorteile der Multifamilientherapie zur Einzelarbeit nur kurz erwähnen. Das sind:

- die multiplen Perspektiven
- die Solidarisierung
- die gegenseitige Unterstützung und Voneinander-Lernen
- der positive Gruppendruck und
- das Prinzip der Hoffnung, ein wichtiger Wirkfaktor jeder Psychotherapie

All das kommt zum Tragen, wenn wir Therapeuten für eine gute Atmosphäre gesorgt haben und die Familien durch eine Sicherheit und Vertrauen gebende Gruppenkohäsion verbunden sind. Wie spannend und befriedigend kann es dann sein, wenn mit 5, 6, 7 oder 8 Familien zu arbeiten, die ähnliche Probleme haben, die zunächst blind sind für eigene Schwierigkeiten und doch die anderen verstehen können in ihrer Not und zum eigenen Erstaunen Erfahrungen an andere weitergeben können.

Ich erlebe gelegentlich, dass die therapeutische Beziehung in der MFT zu wenig beachtet wird. Wir müssen uns immer bewusst sein, dass sie mit 40 % der wichtigste Wirkfaktor jeder Therapie ist. Die Methode steuert nur 30 % zum Erfolg bei. Die weiteren 30 % sind nach Grawe genetische oder gravierende somatische Faktoren, die wir bisher noch nicht beeinflussen können. Eine tragfähige Beziehung, zusammen mit einer guten Methode machen 70 % Erfolgchancen. Eine

gute Methode? Das ist ohne Zweifel die MFT bei dem Ziel, familiäre Interaktionen und Beziehungsmuster nachhaltig zu verändern.

Die Unterschätzung der therapeutischen Beziehung in der MFT ist von uns selbst mit verursacht worden.

Eine Hürde zu Beginn der Weiterbildung ist der Paradigmenwechsel, unsere traditionell gewohnte und anerzogene Verantwortung für das Kind strikt an die Eltern zu übergeben. Man könnte daher annehmen, Verantwortung und damit auch Beziehungsarbeit zum Kind sind alleinige Aufgaben der Eltern – nicht unsere. Ich glaube, dass bei der Vermittlung dieses Paradigmenwechsels die Beziehungsarbeit zu wenig beachtet worden ist. Es könnte der Anschein erweckt worden sein, Beziehungsarbeit wäre unwichtig geworden. Zu diesem Missverständnis haben wir beide – Eia Asen und ich – selbst beigetragen. In der ersten Auflage der „Praxis der Multifamilientherapie“ wurde sie nicht einmal erwähnt. Schlagwörter wie „Therapeuten als Co-Piloten“ oder „Therapeuten auf dem Rücksitz“ könnten zusätzlich dazu beigetragen haben. Selbst in der zweiten Auflage ist die Beziehung nicht hinreichend herausgearbeitet worden. Die Abgabe der Verantwortlichkeit an die Eltern schließt aber nicht aus, dass wir Therapeuten zu den Familien, zu jedem Einzelnen, auch zu Außenseitern eine tragfähige Beziehung entwickeln müssen, in der sich der Erfolg unserer Arbeit im Wesentlichen (40 %!) begründet.

Für Therapeutenteams, die von Sitzung zu Sitzung wechseln, ist es besonders schwer, eine Beziehung aufzubauen. Beim häufigen Wechsel geht auch der rote Faden schnell verloren, wenn nicht eine regelmäßige genaue Übergabe erfolgt, die Zeit kostet. Diese Situation ist wie der Staffelstabwechsel bei der 4 x 100 m-Staffel, der ständig trainiert werden muß: „man darf den Staffelstab nie fallen lassen!“.

Therapeuten, die kontinuierlich eine Gruppe leiten, haben es wesentlich leichter, eine tragfähige Beziehung zu erhalten und gleichzeitig den therapeutischen Prozess im Auge zu haben, bei dem sich die nächste Gruppe auf den vorhergehenden aufbauen sollte.

Es ist übrigens das Verdienst der Psychoanalyse, die Bedeutung der therapeutischen Beziehung herausgearbeitet zu haben. Gemeinsame Arbeiten vom Psychoanalytiker Kernberg und dem Neurobiologen Rothe belegen, dass sich eine gute therapeutische Beziehung auch in cerebralen Korrelaten niederschlägt, und zwar in Zentren, die für die emotionale Verankerung von Verhalten bedeutsam sind. Ich zitiere Kernberg: „Beziehungsaufbau braucht manchmal Geduld und viel Zeit. Beziehungsaufbau geschieht nicht sofort, sondern muss wachsen.“

Der Psychoanalytiker hat zu dem Patienten eine Beziehung. Wir sollten zu allen Teilnehmern eine gleichmäßige Beziehung haben, das heißt, wir dürfen keine Lieblinge oder Außenseiter haben, z.B., wenn sich eine Therapeutin von einer Mutter duzen lässt und von anderen nicht. Sie können sich gekränkt und zurückgesetzt fühlen, sich immer weniger öffnen oder auch wegbleiben.

Beziehungsarbeit beginnt bereits vor der ersten Gruppe in Vorgesprächen, Anrufen und sachlichen Informationen.

Ein Beispiel: Zwei Mitarbeiter haben EMO-Mädchen mit ihren Familien wieder zusammengebracht, und das teilweise nach jahrelangen gegenseitigen Beziehungsabbrüchen. Dass diese Familien überhaupt zur ersten Gruppe erschienen sind, ist allein der Vorarbeit der Therapeuten zu verdanken. Die Beziehungsabbrüche wurden von den meisten verdrängt oder völlig abgespalten. Das hat anfangs bei allen Eltern zu einer strikten Ablehnung der Begegnung mit ihren Kindern geführt. Aber die Therapeuten haben es durch wiederholte Kontakte, Gespräche, Hausbesuche und Telefonate selbst am Abend vor der ersten Sitzung und auch noch am Morgen geschafft, Eltern und Töchter in der Gruppe zusammenzuführen mit dem Ergebnis der Wiederbelebung der Beziehungen.

Jetzt eine Klippe in der Beziehungsarbeit von gestandenen Familientherapeuten: Die Therapeuten versuchten aufgrund ihrer bisherigen Erfahrung eine neu zusammengesetzte Gruppe auf einem hohen Niveau weiterzuführen, womit die Familien überfordert waren. Die Väter regridieren und bespritzen sich in der Küche wie pubertierende Jungs mit Mineralwasserflaschen. Die Gruppe beauftragt ein Mitglied, eine Resolution zu verfassen, in der alle die weitere Teilnahme verweigern wollen

Was war geschehen? Die Therapeuten hatten nicht bedacht, dass sich eine Gruppe mit drei neuen Familien erst neu konstituieren muss. Wir müssen erst dafür sorgen, dass sie miteinander warm werden, ohne die alten Hasen zu langweilen. Außerdem waren die neuen Therapeuten für die Teilnehmer völlig fremd. Das heißt: Wir müssen erst mit der Gruppe und die Gruppe mit uns warm werden – wir müssen eine therapeutische Beziehung anbahnen. Beide Umstände, die Aufstockung einer bestehenden Gruppe und der Therapeutenwechsel, hätten allein nicht zu dieser Katastrophe geführt. Aber sie kumulierten sich, weil auch die Therapeuten glaubten, wie gehabt die Therapie weiterführen zu können.

Letztlich ließ sich diese chaotische Situation durch die Therapeuten auflösen und die Gruppe konnte erfolgreich weitergeführt werden.

Klippe Nr. 2: Der zu vorsichtige Therapeut. Multifamilientherapie unter stationären Bedingungen mit schwer gestörten Familien.

Zur Aufnahme führten Gewalt, strukturschwache Familien und drohender Sorgerechtsentzug. Es geht also ums Ganze. Die Therapeuten gehen sehr behutsam mit den Familien um. Selbst nach einem halben Jahr MFT werden noch Anwärmübungen durchgeführt. Es gibt immer noch keine volle Verantwortungsübernahme durch die Eltern. Sie erhalten sehr viel Unterstützung, ihnen wird viel abgenommen.

Was müssen wir tun, bei welchen Klientengruppen, die welche Probleme haben?

Mit scheinbaren Kleinigkeiten beginnen, mit Banalitäten, z.B. Ordnung im eigenen Apartment, weil sie das zu Hause selbst nicht können. Aufsicht und Verantwortung über die Kinder, d.h. Beschäftigung der Eltern mit den Kindern. Müsste nicht die Frage sein, was kann die Mutter mit einem Vierjährigen altersgerecht tun, wie kann sie das strukturieren, und wie kann sie mit einfachen Mitteln die Bindung zu ihrem Kind verbessern? Was nützen da anspruchsvolle Übungen, wenn es um solche Basisprobleme geht, wie Struktur, Bindung und Aktivierung der Eltern zur Versorgung ihrer Kinder in grundlegendsten Dingen? Und das in kleinen Schritten, überschaubar, mit Tageszielen nach gemeinsam in der Gruppe diskutierten Wochenplänen. Das ist harte Arbeit, aber sie ist notwendig, um bei solchen Familien eine Veränderung zu erreichen.

Bei der Arbeit mit so schwer gestörten Familien sollten wir jedoch immer realistisch bleiben und nicht die Ziele zu hoch stecken, denn auch die MFT hat ihre Grenzen und wird nicht jeder Familie helfen können.

Und noch eine Klippe: In der ersten Gruppe kamen die Therapeuten völlig aus ihrem gut vorbereiteten Konzept, als der 8- und der 5jährige Sohn mitten im Kreis anfangen zu spielen und zu schreien. Die Mutter sah hilflos zu, die Therapeuten – hilflos wie die Mutter – versuchten mit viel Empathie und Lächeln die Situation zu überspielen, wodurch das Unbehagen der Teilnehmer zunahm. Therapeuten müssen in solchen Situationen stets die Zügel in der Hand behalten, strukturieren und ja nicht die Sache laufen lassen. Zur guten Vorbereitung sollte immer auch ein Plan B gehören. Hier ist Flexibilität gefragt. Von unserer sonst warmherzig, wohlwollenden, akzeptierenden Haltung müssen wir in solchen Situationen Abstand nehmen, aktiv eingreifen und eine klare Struktur schaffen und die Situation klären.

Jetzt aber noch zwei Leuchttürme: In der Gruppe sollte eine Familie mit der Übung „Abschiedskoffer“ verabschiedet werden. Die Familie hatte einen Pappkarton, den Abschiedskoffer, in den die Familien Wünsche für die Zukunft anonym auf Zetteln einwarfen. Die betroffene Familie beschrieb selbst einen Zettel, und zwar was ihnen in diesem Jahr am besten geholfen hatte. Auf dem Zettel stand nur „...MFT“. Gefragt, warum sie MFT gewählt hätten, antwortete die alleinstehende Mutter, dass sie es jetzt ja sagen könne. Ihre erste Tochter wäre in dieser Tagesgruppe gewesen, als es noch keine MFT gab. Es hatte sich danach nichts geändert. Vor einem Jahr ist ihre zweite Tochter aufgenommen worden. Durch die MFT habe sie ein wenig Vertrauen bekommen und gemerkt, dass sie doch etwas für ihre Töchter tun könne. Das wichtigste für sie sei gewesen, dass sie mit den Drogen aufhören müsste, obwohl sie mehrere erfolglose Entziehungskuren bereits hinter sich hatte. Das schaffte sie, weil sie durch die MFT gemerkt hatte, dass sie als Mutter doch mehr kann. Sie hielt das ohne Therapeuten und ohne Entziehungskur durch und habe dann für beide Töchter das Erziehungsrecht wieder bekommen. Als die Zwölfjährige, die sich zunehmend an ihre Mutter geschmiegt hatte, von der Therapeutin gefragt wurde: „Wie findest du das, was deine Mutter gerade gesagt hat?“

Sie antwortete: „Mama, du bist Klasse!“

Und der letzte Leuchtturm, ebenfalls aus einer Tagesgruppe .

Eine Stiefmutter, die sich voll verantwortlich für ihren Stiefsohn fühlte, konnte dem jüngeren gemeinsamen Kind mit dem leiblichen Vater des Jungen zwar alle notwendige Zuwendung geben, aber war zu dem Stiefsohn trotz dessen behutsamen Annäherungen abweisend und kalt. Während der laufenden Gruppe teilte der neben ihr sitzende Therapeut leise die beobachtete Distanz zu dem Jungen mit. In der Pause hat der Therapeut nochmals die Mutter allein daraufhin angesprochen. Sie sagte, sie wisse das, dass sie das nicht kann, aber sie brächte es nicht fertig. Später entstand eine Situation, in der der Junge nach kurzem Zögern seine Stiefmutter wider besseren Wissens vor der Gruppe schützte und damit nicht bloßstellte. Das verblüffte die Stiefmutter völlig. Sie drückte ihn spontan, ließ ihn aber sofort wieder los. Der Therapeut flüsterte ihr leise zu: „Sie haben aber jetzt ihren Jungen einen Moment gedrückt. Sie können es also doch.“ Das wurde zum Thema der weiteren Gruppe. Beim abschließenden gemeinsamen Abendbrot fragte der Therapeut: „Willst du dort sitzen oder lieber zur Mama?“

Der Junge: „Lieber zu ihr.“

Die Mutter darauf: „Na komm, dann rutsch doch ran!“

Das tat der Junge und sie umarmte ihn sofort.

Therapeut: „Wie geht es dir jetzt?“

Junge: „Ich bin ganz aufgeregt, ich kenne das nicht.“

Diese Veränderung hält bisher weiter an.

Dieses Beispiel zeigt, dass Multifamilientherapie kleine einzeltherapeutische Interventionen überhaupt nicht ausschließt. Sie können an der richtigen Stelle, zum richtigen Zeitpunkt ohne viel Aufsehen auch Tiefgang schaffen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.