

Funktioniert Multifamilientherapie?

Evaluationen der Multifamilientherapie und der Familienschule
an zwei deutschen Einrichtungen

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magister
der Psychotherapiewissenschaft (Mag. pth.)

an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien

eingereicht von
Theodor Haberhauer

Wien, im November 2016

„Das ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ - Aristoteles

„Wir sitzen alle im selben Boot“ - Eia Asen

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der vorliegenden Arbeit unterstützt haben:

Allen voran möchte ich meiner Schwester Judith danken. Ihre schier unglaubliche Großzügigkeit hielt nicht nur über viele Monate hinweg – sie reicht bereits viele Jahre zurück. Judith stand mir immer geduldig und verlässlich zur Seite und war eine unglaublich emotionale und fachliche Stütze. Wäre sie nicht gewesen in den Momenten im Leben, in denen es darauf ankam, dann wäre mein Weg nicht derselbe geworden, und ich bin unendlich dankbar für den Weg, den sie mich hat gehen lassen.

Besonderer Dank gilt auch meinen verstorbenen Eltern sowie meiner geliebten Oma, ohne die ich mein Studium nicht hätte finanzieren können.

Ein großes „Danke“ geht auch an Sarah und meine restliche Familie und alle Anderen, die immer an mich geglaubt und mich emotional unterstützt haben, sowie für die vielen motivierenden Worte.

Ich möchte weiters meiner Lehrgangsführung, die mich auch dem Thema der MFT näher gebracht hat, Dr. Gerda Mehta, für ihr Engagement, die Motivation und Inspiration über die Ausbildungsjahre hinweg danken. Besonderer Dank gilt auch meinem Betreuer, Dr. Martin Jandl, für sein Engagement und die zuverlässige Betreuung.

Petra Kiehl danke ich für die fachliche Unterstützung und die angenehme Zeit bei der Evaluation, den beiden Einrichtungen für die Ermöglichung der freien Forschung und das Entgegenbringen an Vertrauen, was den Umgang mit den Daten betrifft.

Herzlichen Dank an die beiden Expertinnen und alle ProbandInnen, die sich geduldig der Prozedur der Interviews unterzogen haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Prolog	5
1. Multifamilientherapie.....	7
1.1. Definition und Entwicklung der Multifamilientherapie.....	7
1.2. Zielgruppen und Einsatz der Multifamilientherapie	14
1.3. Ziele der Multifamilientherapie.....	16
1.4. Setting	18
1.5. MFT-TherapeutInnen und MFT-Coaches	20
1.6. Finanzierung der beiden Einrichtungen	23
2. Empirisches Vorgehen	25
2.1. Forschungsfrage, Ziele der Studie.....	25
2.2. Darstellung der Forschungsmethodik bei Erhebung und Auswertung ...	27
2.2.1. Leitfadeninterview.....	27
2.2.2. Dokumentenanalyse	28
2.2.3. Expertinneninterviews	29
2.2.4. Teilnehmende- und nicht teilnehmende Beobachtung.....	30
2.2.5. Auswertungsmethodik Qualitative Inhaltsanalyse.....	31
2.3. Zielgruppe(n) der Erhebungen.....	32
2.4. Erhebungssituation.....	35
3. Ergebnisse von Einrichtung A.....	37
3.1. Die Familien in Einrichtung A.....	38
3.2. Therapiebeginn.....	40
3.3. Therapieverlauf.....	44
3.4. Abschluss der MFT.....	48
3.5. Nach der Therapie	49
3.6. Veränderungen.....	50
3.7. Zufriedenheit und (nachhaltiger) Erfolg	50
3.8. Vergleich der MFT mit anderen Helfersystemen	52
3.9. Resümee	55

4.	Ergebnisse von Einrichtung B.....	59
4.1.	Die Familien in Einrichtung B.....	60
4.2.	Therapiebeginn.....	61
4.3.	Therapieverlauf.....	67
4.4.	Erste Erfolge.....	70
4.5.	Abschluss der MFT.....	74
4.6.	Nach der Therapie.....	75
4.7.	Veränderungen.....	76
4.8.	Zufriedenheit und (nachhaltiger) Erfolg	77
4.9.	Vergleich der MFT mit anderen Helfersystemen	80
4.10.	Resümee	81
5.	Zusammenfassung der Arbeit, Ergebnisdarstellung & Ausblick	85
5.1.	Empfehlungen für die Einrichtungen.....	89
5.2.	Weiterführende Forschungsempfehlungen.....	90
	Abbildungsverzeichnis.....	91
6.	Quellen- und Literaturverzeichnis	93
6.1.	Bücher	93
6.2.	Broschüren (unveröffentlichte Tagungsberichte)	97
6.3.	Zeitschriften	97
6.4.	Internetquellen.....	97
	Erklärung.....	99
7.	Anhang	101
7.1.	Interviewleitfaden.....	101
7.2.	Dokumentenanalysen Übersicht.....	104
7.3.	Auswertungstabelle Einrichtung A.....	107
7.4.	Auswertungstabelle Einrichtung B.....	153

Abstract

Das Konzept der Multifamilientherapie (MFT) befindet sich seit einigen Jahren nicht nur in Deutschland auf dem Vormarsch und findet immer mehr AnhängerInnen. Diese Arbeit beschäftigt sich mit diesem faszinierenden und abwechslungsreichen Gruppentherapieangebot. Dazu wurden in zwei deutschen Einrichtungen im Frühling 2015 insgesamt 17 qualitative Interviews geführt.

Ziel der Evaluierung war es, die Wirkung der Multifamilientherapie anhand von Symptomreduzierungen bei den ProbandInnen zu überprüfen.

Eine eindeutige Beantwortung dieser Frage ist nicht möglich, weil teilweise zusätzliche Hilfen in Anspruch genommen wurden und die Erfolge nicht monokausal der Multifamilientherapie zugeschrieben werden können. Dennoch hat sich aus Sicht der Befragten, aber auch anhand der Dokumentationen größtenteils ein Bild der Symptomreduzierung ergeben. Alle ProbandInnen sprechen von positiven Veränderungen verglichen zu davor. Schwer fällt es den Familien, das Erlernte privat fortzusetzen und nach Therapieende nicht in alte Muster zu kippen.

Schlüsselwörter

Familienklasse, Familienschule, Multifamilientherapie

The concept of the Multi Family Therapy (MFT) has spread all over, not only in Germany within recent years. This thesis explores this fascinating and diverse group therapy method. For the purpose of research, a total of 17 interviews was conducted at two German institutes. The goal was to proof evidence of the effectiveness of Multi Family Therapy by observing the decline of symptoms among the interviewed clients. The main result does not clearly show what caused the improvement, due to other non detachable factors that can influence the results as well. However all interviewees mention a positive change after MFT. It is being said that practising new techniques at home and keeping new tools in mind is very challenging for them.

Keywords

Familyclassroom, Familyschool, Multifamilytherapy

Abkürzungsverzeichnis

Der hier ersichtlichen Übersicht können die in dieser Arbeit erwähnten Abkürzungen entnommen werden:

AFT = Aufsuchende Familientherapie

ASK = Albert Schweitzer Kinderdorf

KE = Kindeseltern

KEH = Jugendpsychiatrie

Kita = Kindertagesstätte

KM = Kindesmutter

KV = Kindesvater

MFA = Multifamilienarbeit

MFT = Multifamilientherapie

ÖAS = Österreichischer Arbeitskreis für systemische Therapie und systemische Studien

SFT = Systemische Familientherapie

SFU = Sigmund Freud Universität (Privatuniversität in Wien)

SPFH = Sozialpädagogische Familienhilfe

SPZ = Sozialpädiatrisches Zentrum

TG = Tagesgruppe

VITOS = Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz

Prolog

Mich dieser Arbeit und diesem Thema zu widmen, war mir von besonderer Bedeutung. Seit dem Vortrag von Eia Asen an der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) Wien im Frühling 2014 habe ich großes Interesse an dem Thema *Multifamilientherapie* (MFT) und *Multifamilienarbeit* (MFA), zu der die *Familienschule* oder auch die *Familienklasse* gehört, entwickelt. Schon während der Ausbildung hatte ich das Gefühl, dass die Themen und Probleme, welche die KlientInnen in die Therapie bringen, oft eng mit deren sozialen Kontexten vernetzt sind. Keine andere Therapierichtung beschäftigt sich stärker mit dem System und der Umgebung des Klienten bzw. der Klientin als die Systemische Familientherapie. Die Multifamilientherapie bringt die Idee des ganzheitlichen Denkens eine Ebene höher. Bisher ist die MFT und die Familienklasse in Österreich relativ unbekannt und schwach vertreten. „In der Jugendhilfe gibt es bereits viele Projekte in Deutschland und der Schweiz wie auch in vielen anderen europäischen Ländern, die gezeigt haben, dass erfahrene Teams auch mit zwei ausgebildeten MFT-TherapeutInnen auskommen können.“ (Asen & Scholz 2012, 216)

Der Bedarf für dieses Forschungsvorhaben bestand darin, dass in Österreich zu Beginn dieser Arbeit (Herbst 2014) kein vergleichbares Modell zur „Multifamilientherapie nach Eia Asen“, dem Begründer dieser Methodik, existierte. Mittlerweile kann freudig berichtet werden, dass 2015 in Niederösterreich vom Verein „Rettet das Kind“ in Amstetten und Judenau zwei MFA Projekte entwickelt wurden. (Jurasek, 2016) Weitere Testphasen in Mödling und Korneuburg befinden sich für 2016/ 2017 in Planung, ein Familienklassen Projekt in Wien (Liesing) ist ebenfalls in Entwicklung.

Die vorliegende Arbeit erhebt die Wirksamkeit der Multifamilienarbeit in zwei Einrichtungen in Deutschland. Das Albert Schweitzer Kinderdorf (ASK) in Hanau, Einrichtung A, ist eine dieser zwei Einrichtungen mit Petra Kiehl als Expertin A. Die zweite Einrichtung hat um Anonymität ersucht, weshalb sie in weiterer Folge als Einrichtung B und die für die MFT zuständige Person als Expertin B bezeichnet wird. Diese Arbeit soll dazu dienen, den Bekanntheitsgrad der Multifamilientherapie in Österreich zu erhöhen und zukünftige Projekte anzuregen.

1. Multifamilientherapie

1.1. Definition und Entwicklung der Multifamilientherapie

Wenn sechs bis elf Familien für Wochen oder Monate zusammenarbeiten, dann können sie voneinander lernen, sich gegenseitig motivieren und inspirieren, ihre eigenen Ressourcen (wieder) entdecken und aus ihrer sozialen Isolation herausfinden.

Dies nutzt die Multifamilientherapie, eine simultane systemische Familien-/Gruppentherapie mit in der Regel sechs Familien und zwei MFT-TherapeutInnen. Als Familienklasse und Familienschule bezeichnet man Modelle im Schulkontext, die im Optimalfall von zwei MFT-TherapeutInnen und einer PädagogIn, geleitet werden. Um eines der Ergebnisse der Evaluation gleich vorwegzunehmen: diese intensive Betreuung wurde als Positivum von den befragten Kindeseltern wahrgenommen. (Askvan, Askritz, Askwin, Askkau, Askdal, BG1, BV2, BK3, BS4, BS6, 2015)

Das Modell der Familienschule unterscheidet sich vor allem in der Intensität von der Familienklasse. „Die Familienklasse findet während der Schulzeit an einem Vormittag in der Woche für 4 Stunden statt. An den anderen Tagen besucht das Kind seinen normalen Unterricht.“ (Scharfe, o.J.) Üblicherweise treffen sich sechs bis zehn Kinder inklusive mindestens einem Elternteil, je nach Konzept zwischen ein und fünf Tagen pro Woche in einer Familienklasse. Die evaluierte Familienschule der Einrichtung B findet zumindest in der Anfangsphase an vier Tagen der Woche statt, und nur an einem Tag wird die Regelklasse besucht. Unterschiede zwischen den Familienklassen-Konzepten finden sich vor allem in der Frequenz des Besuchs der Regelschule in ihren Ursprungsklassen.

Familienschule, Familienklasse und Multifamilientherapie gehören zum Überbegriff der Multifamilienarbeit (MFA). (Asen & Scholz, 2012)

Eia Asen beschreibt, dass sich die MFT in verschiedenen Ländern vor allem unter Salvador Minuchin und seinem Team als kreative therapeutische Familienintervention bei anorektischen Jugendlichen etabliert hat. (Minuchin et al. 1978 in Asen & Scholz, 2012, 199) Bereits in den 1940er-Jahren arbeiteten in den USA verschiedene Teams mit chronisch-psychotischen PatientInnen und deren Angehörigen.

Trotz dieser frühen Anfänge gilt Peter Laqueur als „Vater“ der Multifamilientherapie. In den 1950er-Jahren begann er in New York, schizophrene PatientInnen und deren Angehörige gemeinsam in Gruppen zu behandeln. Schon er fand, dass gruppentherapeutische Faktoren, wie gegenseitige Unterstützung, gemeinsamer Erfahrungsaustausch, konstruktive Kritik und Modell-Lernen in der Gruppe mit Familien, die ähnliche Probleme haben, hilfreich sind. Im Erwachsenenbereich wird die MFT inzwischen bei verschiedensten Krankheitsbildern eingesetzt. Seit Jahrzehnten gibt es in anderen Ländern bei Kindern, aber auch bei Jugendlichen nicht nur im klinischen, sondern auch im schulischen Bereich und in Jugendhilfeeinrichtungen Mehrfamilientherapie. (Scholz, 2010)

Ausschlaggebend für MFT, wie sie heute weitgehend praktiziert wird, war Alan Cooklin und seine tagesklinische Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“: „Alan Cooklin begann mit Multifamilientherapie am Marlborough Family Service in London in den 1970er Jahren, und ohne seine visionären Ideen und seinen Enthusiasmus wäre die Multifamilientherapie nicht das, was sie heute ist.“ (Asen & Scholz, 2012, 12)

Die „Family Day Unit“ (Familientimesklinik) in London hat in den letzten drei Jahrzehnten viele Veränderungen durchgemacht und ist zu einem international anerkannten Modell geworden. Es ist diese Einrichtung, an der vor allem die Multifamilienprojekte und Ansätze entstanden sind, die sich erst in Großbritannien und dann auch in anderen europäischen Ländern und auf anderen Kontinenten entwickelt haben. (Asen & Scholz, 2012)

In den letzten Jahren hielt die MFT auch in Deutschland Einzug und gewinnt rasch AnhängerInnen. „Die Kinderpsychiater Eia Asen und Michael Scholz, zwei jung gebliebene ältere Herren mit jahrzehntelanger klinischer Erfahrung und viel Ausstrahlung, haben in London und Dresden die Multifamilientherapie intensiv erprobt und verbreiten ihre Kunst nun quer durch Europa. (...) Im deutschen Sprachraum hat sich um Michael Scholz eine Fachgruppe ‚Multifamilientherapie‘ in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) gegründet. Multifamilientherapie ist zu einer kleinen Bewegung geworden.“ (Schweitzer in Asen & Scholz, 2012, 11)

Nicht zu vergessen und zu unterschätzen ist die enge Verwandtschaft der MFT mit der Systemischen Familientherapie (SFT). Auch diese beschäftigt sich bereits seit Jahrzehnten mit den ganzheitlichen Konzepten der Familie und von Gruppen. Die Verbundenheit der Systeme ist dabei ebenfalls ein Schlüsselement, weshalb auf die Systemische Familientherapie an dieser Stelle etwas genauer eingegangen werden soll.

„Systemisch orientierte Therapieformen haben ihre Wurzel in der Familientherapie, sie bilden sowohl einen Teil dieser Bewegung, gehen über diese im Sinne einer Verallgemeinerung des therapeutischen Zuganges jedoch hinaus. Im familientherapeutischen Feld (...) wurden neben psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Grundlagen sehr rasch Konzepte aus Systemtheorie und Kybernetik rezipiert.“ (Brandl-Nebehay et al., 2011, 253) Ab diesem Zeitpunkt wurde ein Verständnis dafür entwickelt, wie individuelles Verhalten mit der Organisation, dem System Familie zusammenhängt und die Familie „als System begriffen, das Information auf sich selbst als Symptom bzw. als abweichendes Verhalten eines oder mehrerer Mitglieder zurückwirken lässt.“ (Brandl-Nebehay et al., 2011, 253) Die sich in weiterer Folge entwickelnden Ansätze waren die strukturelle Familientherapie von Salvador Minuchin und aufgrund von Widerständen des Klientels gegen den damit einhergehenden ‚pädagogischen Zeigefinger‘ Konzepte der ‚lösungsorientierten Kurztherapie‘ nach Steve de Shazer. Diese „Ansätze sind Beispiele für den zweiten Typus von systemisch orientierten Therapien, dem Konversationsmodell.“ (Brandl-Nebehay et al., 2011, 254) Diese Konzepte bauen auf Kommunikation und Gespräche auf, mit dem Ziel der Veränderung. „Veränderung ist für sie die klinisch relevante und für den Klienten befriedigende Differenz von Merkmalen zu Beginn und zu Ende der Therapie.“ (Brandl-Nebehay et al., 2011, 256) Das lösungsfokussierte Vorgehen nimmt die Veränderung in den Blick und ist ressourcen- und nicht defizitorientiert. Insofern spielen Diagnosen eine geringere Rolle und das zur Therapie führende Problem wird nur als Begründung oder Erklärung für die Therapie genommen. In weiterer Folge geht es aber um das Festlegen von Zielen, Gespräche im Gruppensetting und, sobald die angestrebten Ziele erreicht sind, um die Beendigung der Therapie.

Tabelle 1: Richtungen der Systemischen Therapie

Richtungen der Systemischen Therapie				
	Strukturell	Problemorientiert		Lösungsorientiert Narrativ
		Mailand	Palo Alto	
Konzepte und Methoden	<ul style="list-style-type: none"> - Normvorstellung von funktionalen Familienstrukturen - Diagnose dysfunktionaler Strukturen - Arbeit mit Subsystemen, Systemgrenzen, Triangulierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothesen über Funktion des Symptoms - paradoxe Interventionen - Ritualisierte Symptomverschreibungen - Arbeit mit Einwegspiegel - Zirkuläre Fragen 	Regeln der Kommunikation Double bind Minimale Veränderungen führen zu großen Veränderungen (Dominoeffekt) 180°-Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> - Radikaler Konstruktivismus - Beobachterperspektive - Neugier und Respekt als Grundhaltungen - Reflektierendes Team - Suche nach neuen Beschreibungen problematischer Situationen - Wunderfrage - Externalisieren des Problems
Bedeutung des Problems/Symptoms	Dysfunktionale Familienstruktur erzeugt Problem/ Symptom		Lösungsversuche erhalten das Problem	Problem „erzeugt“ ein System
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Umstrukturierung des Familiensystems - Musterunterbrechung 		neue Lösungen finden	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung am Auftrag der Klienten - Auflösung des „Problemsystems“
Setting	Behandlungseinheit= die ganze Familie		Einzelne, Paare, Familien	Mitglieder des Problem- und Helfersystems
Rolle des Therapeuten	aktiv-direktiv, in „up“- Position, Experte und „Dramaturg des Familientanzes“		Therapeut ist Teil des Systems; Experte für Prozess, nicht für Lösungen	
Therapiedauer	kurz bis mittel; bei Paar- und Familientherapie meist größere Abstände zwischen den Sitzungen			
Vertreter	S. Minuchin J. Haley G. Guntern	M. Selvini-Palazzoli G. Prata L. Boscolo G. Cecchin Heidelberger Gruppe	G. Bateson D. Jackson P. Watzlawick J. Weakland R. Fisch J. Haley G. Nardone	S. de Shazer H. Goolishian K. Tomm M. White T. Anderson K. Ludewig R. Welter- Enderlin L. Reiter H. Merl

(Brandl-Nebehay et al. 2010, 255)

Die Multifamilientherapie basiert im Wesentlichen auf Erkenntnissen, Konzepten und Techniken der systemischen Einzel- und Gruppenfamilietherapie, die durch tiefenpsychologische Elemente ergänzt werden. „Familietherapie bezeichnet eine Gruppe von Verfahren, deren gemeinsame Basis in der Annahme besteht, dass die Familie als ein universelles und relativ dauerhaftes Beziehungsgefüge das Verhältnis des Menschen zu sich selbst und zu seiner Umwelt vermittelt. Familietherapie als eine Behandlungsform ist daher auch quer über alle Schulen hinweg dadurch gekennzeichnet, dass Schwierigkeiten, Probleme oder Symptome einzelner Personen, (...) nicht individualisiert, sondern als Teil einer umfassenderen Ordnung eines größeren sozialen Zusammenhanges, eben der Familie, gesehen und bearbeitet wird.“ (Hinsch et al., 2011, 407) Auch die Familietherapie hat bereits lange Tradition. „Für die Entwicklung der Familietherapie in Österreich waren zwei dieser Richtungen wichtig: zum einen die strukturelle Familietherapie von Salvador Minuchin, zum anderen die entwicklungsorientierte Familietherapie von Virginia Satir.“ (Hinsch et al., 2011, 408) Auf Salvador Minuchin wurde an anderer Stelle bereits eingegangen, da er für die Multifamilientherapie, „in der Familien mit ähnlichen psychischen Problemen in Gruppen zusammengefasst werden“ (Hinsch et al., 2011, 408) als einer der Gründungsväter bezeichnet werden kann.

In der Gruppe besteht die Möglichkeit, problematische Verhaltensweisen und Symptomatiken einer Familie differenzierter zu bearbeiten, da Mitglieder aus anderen Familien neue und andere Perspektiven entwickeln können – vor allem, wenn sie mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Es ist eine allgemeine Erkenntnis, dass Menschen in Konfliktsituationen für das eigene Problem meist eine eingeengte Sichtweise haben, aber eine hohe Sensitivität für ähnliche Probleme bei Anderen. „Diese menschliche Besonderheit kann in der Arbeit mit mehreren Familien genutzt werden, wenn eine Gruppenatmosphäre mit gegenseitiger Anteilnahme, mit Verstehen und Transparenz geschaffen wird.“ (Asen & Scholz, 2012, 15)

Es hat sich gezeigt, dass das Konzept der Familienklasse ein effektiver Ansatz bei Kindern und Jugendlichen sein kann, die massive Schwierigkeiten haben, wo Eltern der Schule die Schuld für diese zuschieben. Hier handelt es sich vor allem um Verhaltensstörungen, aggressives Auftreten, Mobbing, Unterrichtsstörung und Ähnliches. MFT kann auch wirksam bei verschiedenen Formen der Schulverweigerung eingesetzt werden, sei es bei der Schulphobie (Trennungsangst des Schülers bzw. der Schülerin von den Eltern), bei der Schulangst (Angst des Schülers bzw. der Schülerin vor MitschülerInnen, Lehrkräften, Leistungsversagen oder bestimmten Situationen) oder beim augenscheinlich simplen Schulschwänzen. „In sogenannten Familienklassenzimmern, Familienschulstunden oder gar Familienschulen treffen Familien, in denen ein Kind Schulprobleme oder schulverweigerndes Verhalten zeigt, auf andere Familien in gleicher Problemlage. (...) Eltern, Lehrer und Schüler arbeiten zusammen an der Lösungsentwicklung von Schulproblemen. (...) [um] Familien zu helfen, wieder Hoffnung und Selbstachtung zu gewinnen, wenn Eltern sich selbst und die Erziehung ihrer Kinder aufgegeben haben.“ (Asen & Scholz, 2012, 190f)

Asen hat eine systemische Basistechnik entwickelt:

B-W-B-V-A (Asen & Scholz, 2012, 46-49)

1. Beobachtung

Der Therapeut teilt die wertfreien Beobachtungen von auffälligen Interaktionen und Kommunikationen der Familie mit. Zum Beispiel „Ich sehe, dass Sie beide miteinander sprechen wollen, aber Peter immer dazwischenfunk.“

2. Wahrnehmungsvergleich

Die Wahrnehmung zwischen Betroffenen und TherapeutIn werden verglichen. „Sehen Sie das auch so, oder liege ich da total falsch?“

3. Bewertung

Wenn es dabei zu einer Übereinstimmung gekommen ist, kann nach einer Bewertung der Situation geschlossen gefragt werden. Die Frage kann mit einem Ja oder Nein beantwortet werden. „Wollen Sie, dass es so ist? Ist das recht oder nicht?“

4. Veränderungswunsch

Wenn es Änderungsvorstellungen gibt, können diese von den Betroffenen geäußert werden. „Wenn es nicht so weitergehen soll, wie würden Sie's gerne haben?“

5. Aktion – der erste Schritt

Als letzter Schritt gilt es jetzt den Impuls für eine mögliche Veränderung zu setzen, die davor in der Vision geäußert wurde. „Was müssten Sie wohl jetzt tun oder sagen, damit alles so wird, wie Sie es wollen? Was hindert Sie jetzt daran, das zu tun?“

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich sowohl mit dem Konzept der Multifamilientherapie als auch mit dem Konzept der Familienschule, wie sie bei der evaluierten Institution B seit den frühen 2000er Jahren durchgeführt wird. In einer Gruppe oder Familienschule von drei bis elf Familien besteht die Möglichkeit, problematische Verhaltensweisen und Symptomaten einer Familie im schulischen Kontext differenzierter zu bearbeiten. Mitglieder aus anderen Familien können neue Perspektiven entwickeln, vor allem wenn sie mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Während es für eine Person oder eine isolierte Familie oft schwer ist, die eigene Sichtweise zu verändern, gibt es in einer Gruppe von Familien eine Vielzahl von differenzierten Außenperspektiven. Ziel der MFT ist es, dass die Familien und ihre Mitglieder die Potenz der Gruppe als Chance für sich selbst erleben. Diese aktive Einbeziehung der Familie bei der Wahrnehmung ähnlicher Probleme bei ihrem Gegenüber stärkt das eigene Selbstwertgefühl und macht Familien offener für die Veränderung der Schwierigkeiten bei sich selbst. (Asen & Scholz, 2012, 15)

„Bei der Familienklasse handelt es sich um ein Angebot im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, dessen Ziel es ist, dass verhaltensauffällige Kinder lernen, die Regeln der Schule zu akzeptieren und ihren Schulalltag zu bewältigen. Die Eltern unterstützen die Kinder aktiv dabei, sie machen aber eigene Lernprozesse, indem sie stärker Verantwortung für ihr Kind übernehmen. Mit der gemeinsamen Teilnahme von Kindern und Eltern an der Familienklasse soll eine positive Schulentwicklung ermöglicht, der Verbleib in der Regelklasse gesichert und Schulersatzprojekte vermieden werden.“ (Schwenzer, 2013, 5)

1.2. Zielgruppen und Einsatz der Multifamilientherapie

MFT hat sich in der Arbeit mit ADHS, Anorexia und Bulimia nervosa, Asperger-Syndrom und anderen kinderpsychiatrischen Diagnosen, Schizophrenie und anderen Psychosen bewährt, und auch wenn ein oder beide Elternteile depressiv erscheinen, kann die MFT angewendet werden. (Asen & Scholz, 2012)

Bei den für diese Evaluation geführten 15 Familieninterviews, auf die in den Ergebniskapiteln ausführlich eingegangen wird, wurden keine expliziten Fragen nach den Diagnosen gestellt, weil weder für die Verrechnung mit dem Träger der Jugendhilfe, noch für ein MFT-Programm eine Diagnose nach ICD10 eine Voraussetzung darstellt. Teilweise konnten Diagnosen der IndexklientInnen aber den Dokumenten entnommen werden: Enuresis, eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, hochfunktionaler Autismus, Entwicklungs-, Aufmerksamkeits- und Anpassungsstörungen, AD(H)S, Verhaltensauffälligkeiten, Adipositas und andere assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände waren Krankheitsbilder, die in den Dokumenten genannt waren oder in den Interviews zur Sprache kamen. Obwohl laut Eia Asen bekannt ist, dass MFT-Gruppen mit „diagnosen-, störungs- oder entwicklungshomogenen Indikationen effektiver zusammenarbeiten. MFT-Gruppen brauchen einen gemeinsamen Nenner.“ (Asen & Scholz, 2012, 176) wurden in den beiden Einrichtungen vielfältige Problemlagen vorgefunden.

Anwendungsgebiete sind insbesondere Multiproblemfamilien. Die „Multiproblemfamilie ist keine klinische Kategorie, sondern es handelt sich um sozial benachteiligte Familien in schwierigen Lebenssituationen und mit problematischen Beziehungs- und Interaktionsdynamiken.“ (Asen 2005, hier in Asen & Scholz, 2012, 177)

Meist sind es die Kinder, die symptomatisch auffällig werden und die Aufmerksamkeit der Erziehungsbehörden, des Jugendamts und der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste auf sich ziehen. Intensive Hilfsangebote bestehend aus einer Kombination von vollstationärer oder tagesklinischer Behandlung für das „Problemkind“, die Einschaltung des Jugendamtes, medikamentöse Behandlungen und Psychotherapie bringen bei diesen Familien oft nicht die gewünschten Resultate.

Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und Ausgrenzung, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Erziehungsschwierigkeiten und intra- und extrafamiliäre Gewalt sind teilweise begleitende, erschwerende Umstände für die Beteiligten. (Asen & Scholz, 2012)

Die Zielgruppen für die Multifamilientherapie in den beiden untersuchten Einrichtungen sind Familien mit minderjährigen Kindern. In den Familienklassen finden sich großteils Kinder der Unterstufe im Alter zwischen sechs und elf Jahren. MFT richtet sich insbesondere an entstrukturierte Familien bis hin zu den bereits genannten „Multiproblemfamilien“, die Schwierigkeiten haben, ihren Kindern adäquate Entwicklungsbedingungen zu bieten.

Die Aufgabe, in der verwirrenden soziokulturellen Realität der Adoleszenz eine klar umrissene Persönlichkeit zu entwickeln, wird für viele Heranwachsende zu einer Hürde, insbesondere bei benachteiligten Jugendlichen. „Die Kinder- und Jugendhilfe hat nach diesen Überlegungen dem Umstand Rechnung zu tragen, dass jedes Kind – insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung – fortwährend vor der Aufgabe steht, vor dem Hintergrund seiner bisher entwickelten psychischen Struktur und seiner aktuellen psychosozialen Situation bedeutsame Veränderungen seiner Lebenslage psychisch zu verarbeiten.“ (Gahleitner, 2010, 162)

Die dabei entstehenden Problemlagen und Belastungen fördern Fehlentwicklungen oder können auf Dauer zu einer Kindeswohlgefährdung führen. Durch das MFT Angebot werden Familien erreicht und miteinander in Beziehung gebracht. Da der Fokus auf der Gruppe bzw. der Gesamtfamilie liegt, entfällt der sonst übliche alleinige Blick auf das „Problemkind“.

„Im Sinne der lösungsorientierten Herangehensweise ist nur dort von einem Problem zu sprechen, wo auch ‚die Idee der Veränderbarkeit‘ vorliegt. Was ich nicht verändern kann ist demnach kein Problem, es ist vielleicht schwierig damit zu leben, aber ‚es‘ ist unabänderlich, wenn es keine Veränderungsoption gibt.“ (Hargens, 2010, 24)

Anders formuliert könnte man auch sagen, dass Ziele sich auf Probleme beziehen und Lösungen auf Visionen des zukünftigen Lebens.

1.3. Ziele der Multifamilientherapie

Ziel der MFT ist es, die Entwicklungsbedingungen von Kindern zu fördern. Dazu gehört eine Verbesserung der jeweiligen Familiendynamik, indem Ressourcen aktiviert und erweitert werden. Die Kindeseltern ergreifen unter positiver Nutzung des Gruppendrucks wieder ihre Verantwortung. Die Familien geben sich gegenseitig Rückmeldung und Unterstützung in diesem Prozess. Die interviewte Leiterin der Tagesgruppe und Multifamilien-Therapeutin in Einrichtung A spricht davon, dass sie bei neuen Gruppen zu Beginn versucht, die TeilnehmerInnen miteinander zu vernetzen. Dies ist essenziell, damit sich diese gegenseitig unterstützen, voneinander- und miteinander lernen können. Sie ist überzeugt, dass sich die MFT Familien dabei wirklich „alle in einem Boot“ fühlen. Das daraus resultierende Gemeinschaftsgefühl kann bei den Kindern ein Auftreten und Standing entwickeln, welches sie in der Einzelfamilienarbeit oft nicht vertreten können, auch aus Angst ihren Eltern gegenüber. (Expertin A, 2015, 3)

Der Systemische Berater Rolf Arnold schreibt in seinen „Grundlinien eines Emotionalen Konstruktivismus“ zum Thema Selbsttransformation und Selbstveränderung ein Plädoyer für eine neue Art des Lernens.

„Selbstveränderung setzt vielmehr ein Lernen voraus, bei dem wir uns zunächst selbst beobachten und nach den vertrauten Mustern in unserem Denken, Fühlen und Handeln fragen.“ (Arnold, 2012, 8) In seiner Pädagogik der Lebenslaufwissenschaft lädt er ein, sich auf eine neue Art des Lernens einzulassen, uns von uns zu distanzieren, um uns besser kennenzulernen: „Was immer du siehst und spürst, frage dich, was dir diese Wahrnehmung über dich in Erinnerung ruft!“ (Arnold, 2012, 9) Die Lernsituation in der MFT kann hierzu wertvolle Impulse setzen.

„Die MFT arbeitet nach Grundlagen und Grundsätzen der systemischen Einzeltherapie und Techniken aus der Gruppentherapie. Die therapeutische Haltung beruht auf einer konstruktivistischen Grundannahme.“ (Familie e.V. o.A., 2012, 12)

Das generelle Ziel der MFT ist es, die Entwicklungsbedingungen von Kindern zu steigern. Der Ansatz von der untersuchten Familienschule ist es, Familien im Sinne der MFT zu Gruppen zusammenzuführen, damit diese sinnvoll voneinander profitieren können.

Die interviewte Leiterin der Tagesgruppe und Multifamilientherapie-Coach Expertin B, nahm zu diesem Punkt im Interview wie folgt Stellung: „Das Ziel ist, dass die Kinder wieder in ihre Stammschulen gehen. Immer.“ (Expertin B, 2015, #00:26:06-3#)

Die Familien, sowohl Eltern als auch Kinder, erfahren sich in der Rolle der „Profis“. Sie nehmen in dem Gruppenprozess die Funktion der BeraterInnen für andere ein. (Expertin B, 2015) Gleichzeitig werden sie von anderen Eltern und Kindern unterstützt. In diesem Prozess überwinden Familien das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Viele Familien erleben sich seit langer Zeit wieder erstmals als handlungsfähig. Sie erfahren, dass sie für andere Personen hilfreich sein können. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist eine regelmäßige Teilnahme in der Familienschule für Kinder und Eltern. Ziel ist, dass die Eltern miteinander ins Gespräch kommen und sich gegenseitig die Dinge sagen, die sonst von TherapeutInnen thematisiert werden. Dazu ist Vertrauen untereinander nötig und dieses kommt nur bei regelmäßiger Teilnahme auf.

Die Kindeseltern sollen mehr Selbstvertrauen gewinnen, sollen wissen, wo sie sich Unterstützung holen können und sollen lernen, wie sie sich besser in ihre Kinder versetzen können.

Die Eltern und Kinder zeigen im Rahmen der Familienklasse schneller (nach ca. zwei bis drei Wochen) Symptome und deren Problematik, verglichen zum Beispiel mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH). Man könnte also von einem „Treibhauseffekt“ sprechen, beschleunigt durch die Gruppe und das Szenario des Klassenzimmers. Dies könnte man auch als gravierenden Unterschied zu anderen Therapieformen werten. (Expertin B, 2015, #00:10:17-5#) Die Familien kommen gemeinsam in eine Dynamik nach Lösungen und neuen Wegen zu suchen. Sie erkennen, dass sie mehr können als sie dachten und kommen so zu einem weiteren Erkenntnisgewinn.

1.4. Setting

„Multifamilientherapie beschreibt nicht nur ein Setting, vielmehr impliziert die Multifamilientherapie eine Haltung, die Eltern als die Experten für ihre Kinder ansieht und sie darin unterstützt, die Verantwortung für sie zu übernehmen.“ (Familie e.V., o. A., 2011, 11)

Entsprechend dem MFT-Konzept werden die drei bis sechs Familien von mindestens zwei MFT-TherapeutInnen geführt. Es wird darauf Wert gelegt, dass diese beide Geschlechter vertreten. Dies kann leider aber nicht immer garantiert werden. Im Zuge der Suche nach einer geeigneten Einrichtung für die Evaluation wurde bemerkt, dass es zurzeit weitaus mehr weibliche als männliche MFT-TherapeutInnen an den Einrichtungen gibt.

Neben regelmäßigen wöchentlichen Gruppensitzungen gibt es zusätzlich aufsuchende Familiengespräche im 1:1-Setting. Um die Umsetzung des in der MFT Erlernen zu begleiten und die Nachhaltigkeit der Hilfe zu gewährleisten, hat sich gezeigt, dass eine begleitende Familienhilfe hilfreich und gut für die Familien ist. So gibt es neben den Gruppentreffen für jede Familie regelmäßig bis zu 50

Stunden aufsuchende Familienhilfe. Es gab auch Familien die mit weniger SPFH Stunden gut abschließen konnten. (Expertin A, 2015, #00:12:40-9#)

Die Multifamilientherapie wird im ASK als halb offene fortlaufende Gruppe geführt. Das bedeutet, neue Familien können jederzeit einsteigen, die neun monatige Dauer der Teilnahme wird gemeinsam mit dem Kostenträger festgelegt.¹ In der Regel ist allerdings von einer Dauer von mehr als neun Monaten auszugehen, nachdem es öfter zu Verlängerungen von bis zu maximal weiteren drei Monaten kommen kann. Durch die Kostenübernahme der MFT im Zwangskontext gibt es zeitliche Limitationen, die aber auch beschleunigend wirken können. „Dieser Zwangskontext erleichtert den Einstieg in die Gruppe.“ (Familie e.V. o.A., 2012, 12)

Die Multifamilientherapie gestaltet immer wieder flexibel neue Kontexte. Zunächst kommen alle sechs Familien zusammen, je nach Bedarf und Anliegen der Familien kann sich die Konstellation im Verlauf der Sitzung ändern.

So kann es möglich sein, über eine gewisse Zeit in der Gesamtgruppe zu arbeiten, es besteht aber auch die Möglichkeit, die Großgruppe phasenweise bzw. kurzzeitig in Eltern- und Kinder-, Mütter- und Vätergruppen zu trennen. Auch dass eine Familie mit einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin separat arbeitet, während die anderen Familien weiter in der Gruppe sind, konnte teilnehmend beobachtet werden.

Die Grundhaltung der MFT² (zitiert nach: Asen & Scholz, 2012, 228):

- Akzeptierend und respektvoll allen Familien gegenüber
- Achtung vor den Familien selbst in schwierigen Situationen
- Kein Pathologisieren
- Eltern sind voll verantwortlich für ihre Kinder (Therapeuten helfen und unterstützen sie bei der Übernahme dieser Verantwortung)
- Lösungs- und Ressourcenorientierung, Prozessorientierung

¹ Kostenträger ist in Deutschland das Jugendamt, in Österreich die Kinder- und Jugendhilfe

² aus den „Richtlinien für die Weiterbildung in Multifamilientherapie, 2011 bei der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSP) eingereicht

Eine MFT-Sitzung dauert einen Tag beziehungsweise etwa 7 Stunden. In der gesamten Therapie, die in der untersuchten Einrichtung üblicherweise zwischen neun und 22 Monaten dauert, werden die Familien punktuell, bei Bedarf oder zur Klärung des Auftrags, zur Zwischenbilanzierung und zum Abschluss der Maßnahme, auch aufsuchend in ihrem familiären Alltag für maximal bis zu 50 Stunden familientherapeutisch zu Hause begleitet.

Im ASK Hanau gibt es zwei Modelle wie die KlientInnen zu ihrer MFT Gruppe kommen können. Modell eins beinhaltet eine intensive teilstationäre Betreuung der Minderjährigen von Montag bis Freitag und zusätzlich eine zu besuchende MFT-Gruppe am Wochenende, wo auch die Eltern integriert sind. Modell zwei ist ausschließlich als Sonntagsgruppe mit den Eltern angelegt und verlangt keinen stationären Aufenthalt der Kinder und Jugendlichen. Nur zwei der befragten Familien haben beide Modelle in Anspruch genommen. Dadurch kommt eine so lange Gesamtdauer von 22 Monaten zustande. Die Regel sind aktuell allerdings „12 Monate im Durchschnitt“. (Expertin A, 2016)

1.5. MFT-TherapeutInnen und MFT-Coaches

Intensive Multifamilientherapie ist für alle eine Herausforderung – nicht nur für die teilnehmenden Familien, sondern auch für das Personal. (Asen & Scholz, 2012)

„Der Erfolg sozialarbeiterischen/-pädagogischen [Anm. des Autors: aber auch therapeutischen] Handelns basiert auf einem interaktiven Verstehens- und Aushandlungsprozess und nicht darauf, dass „ExpertInnen“ zu wissen glauben, was für KlientInnen gut ist.“ (Griese, Griesehop, 2010, 125) Vorausgesetzt, TherapeutInnen sind an Methoden des Fremdverstehens interessiert und vorausgesetzt der institutionelle Rahmen bietet dafür die Gelegenheit, dann geht es um die Frage, wie AdressatInnen therapeutischer Arbeit ihre Lebensgeschichte präsentieren. (Griese, Griesehop, 2010)

In der MFT erzählen sich die Familienangehörigen ihre Geschichten, lernen dadurch sich und andere (besser) verstehen.

MFT ist wie ein Anker, nimmt die Angst und ist unterstützend da, die Arbeit muss man aber dennoch selbst machen. Dazu braucht es die Familienmitglieder sowie

eine gute, vertrauensvolle Verbindung zu den tätigen MFT TherapeutInnen. In Hanau arbeiten sowohl MFT-Coaches als auch MFT-TherapeutInnen. Hierbei handelt es sich um ein spezifisch geschultes Fachpersonal. Aktuell werden zweierlei Ausbildungen angeboten. Die Ausbildung zum MFT-Coach stellt dabei die Basis-, die Ausbildung zum/zur MFT-TherapeutIn eine Erweiterung dar. (Expertin A, 2015) Meist wird als TherapeutInnenpaar gearbeitet, „ein/e aktive/r“ und ein/e „beobachtende/r“, wobei die Rollen in einem gut eingespielten Team gleitend getauscht werden können.

„Die Zurückhaltung der TherapeutInnen zeigt sich zu Beginn der MFT noch nicht so ausgeprägt, da sie am Anfang sehr aktiv sein müssen. Auch später, wenn es MFT-Übungen zu initiieren gilt, sind sie die Macher mit der alleinigen Verantwortung, um den therapeutischen Kontext herzustellen und die Motoren anzuwerfen, mit denen in der Gruppe ganz unterschiedliche Gangarten und Drehzahlen erreicht werden können.“ (Asen & Scholz, 2012, 34)

Die Prozesse werden von MFT-Fachleuten angeregt. Dazu ist zu Beginn vor allem eine aktive Rolle der TherapeutInnen notwendig.

Sie stellen den therapeutischen Kontext mit Hilfe spezifischer Interventionen her, um die Gruppen in Bewegung zu setzen. Im Verlauf der MFT/MFA können die TherapeutInnen zu einer eher moderierenden Rolle überwechseln, denn die Familien übernehmen füreinander einen Großteil der therapeutischen Arbeit. Trotzdem wird von den MFT-Fachleuten über den gesamten Zeitraum ein hohes Maß an Präsenz, Aufmerksamkeit, Sensibilität und Flexibilität verlangt. Daher ist es unabdingbar, dass eine Multifamiliengruppe immer von zwei TherapeutInnen geführt wird. (Einrichtungsleitung B, 2016)

MFT-TherapeutInnen nehmen verschiedene Positionen ein, die jeweils spezifische Aktivitäten und Interventionen ermöglichen: Sie nehmen Kontakt auf („anvisieren“), regen Interaktion an („anfüttern“), sie moderieren und intensivieren Interaktion („anwärmen“), sie fliegen aus („sich zurück ziehen“), „koppeln“ wenn sich temporäre Subgruppen bilden, „beflügeln“ Gespräche, „kreisen“, um im richtigen Moment „anflugbereit“ zu sein und „fokussieren“, wenn notwendig. (Asen & Scholz, 2012, 34-40)

Die größte Herausforderung für die MFT-TherapeutInnen besteht darin, sich im richtigen Moment zurückzunehmen, vom Ratschläge-geben wegzukommen und sich in Geduld zu üben; den Familien die Verantwortung für den Prozess zurückzugeben, damit diese selbstständig zu ihren Erkenntnissen und Erfahrungen kommen. „Die größte bisherige Erfahrung der amtierenden MFT-TherapeutInnen, stellt die Notwendigkeit der Flexibilität dar, dass nichts statisch ist und nichts so bleibt und stets veränderbar bleibt. Wenn etwas zu festgefahren ist wird merkbar, dass die Familien nicht davon profitieren.“ (Expertin B, 2015, #00:44:22-4#). So kann sich das Outcome eines langfristigen Lernprozesses manifestieren.

Die schiere Vielfalt an Themen, welche die Familien am Anfang jeder MFT-Einheit einbringen, kann eine große Herausforderung für die anleitenden Personen sein.

Die Rolle wechselt immer wieder, ist nicht durchgehend anleitend angelegt, die TherapeutInnen bringen ins Gespräch, eher wie ein Moderator, der die Verantwortung den Eltern wieder zurückgibt.

Auch wenn TherapeutInnen eine Idee haben, was den Familien gut tut und was sie machen müssen, so darf dies in der MFT von Seiten der TherapeutInnen nicht zur Sprache kommen, das wäre eine Konzeptverfehlung. (Expertin B, 2015)

Das größte Risiko in der MFT ist, dass man als MFT-Coach einen Prozess anleitet, der nicht zu Ende getragen werden kann. Bei äußerst sensiblen Situationen in der Gruppe oder bei Abschluss einer Therapiesitzung braucht es Flexibilität, individuell adäquat zu reagieren. (Expertin B, 2015)

Eine mögliche Schwierigkeit der MFT ist die Zusammenarbeit innerhalb des Teams. Manchmal dauert es eine gewisse Zeit bis klar wird, dass gewisse Teamkonstellationen nicht funktionieren. Die Teamfindung muss präzise bzw. sorgfältig passieren. Gerade wenn tief eingestiegen wird, muss man sich sicher sein können, dass der oder die MFT-TeamkollegIn den nötigen Raum dafür gibt.

„Auf der andern Seite bin ich überzeugt, daß auch nicht jede Methode für jeden Fall und jeden Patiententypus taugt. Aus welchem Grunde ich hinsichtlich des Problems der (nur bedingten) Lehrbarkeit und Lernbarkeit der Psychotherapie zu sagen pflege, Psychotherapie sei eine Gleichung mit zwei Unbekannten, wobei die eine Unbekannte, das eine irrationale und nicht errechenbare Moment die Persönlichkeit des Arztes ist und die andere die Individualität des Kranken.“
(Frankl, 2012, 100)

1.6. Finanzierung der beiden Einrichtungen

In Deutschland läuft die MFT Finanzierung über das Jugendamt. Dieses zahlt ein Fixkontingent für einen am Anfang bestimmten Zeitraum, üblicherweise neun Monate bis zum ersten möglichen Verlängerungszeitpunkt.

Diese Kosten belaufen sich pro Familie auf ca. 16.000€. Inklusiv sind 240 MFT Stunden und 50 Stunden aufsuchende Einzelarbeit daheim. Für sechs Monate nach dem Abschluss besteht Anspruch auf den Besuch der Selbsthilfegruppe (Ehemaligentreffen). (Expertin A, 2016)

In Einrichtung B läuft die Finanzierung der Familienschule ebenfalls über die Kinder- und Jugendhilfe. Die Abrechnung erfolgt über Tagessätze pro Familie. Es werden 10 Plätze in der Familienschule angeboten. (Expertin B, 2015)

2. Empirisches Vorgehen

2.1. Forschungsfrage, Ziele der Studie

„Mit dem zunehmenden Trend zur Evidenzbasierung therapeutischer Verfahren müssen auch systemische Therapien ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen“ (von Sydow et al. 2006 in Asen & Scholz, 2012, 209). Während sich ein finanzieller Erfolg im Produktionsbereich anhand von Zahlen leicht errechnen lässt, sind Erfolge von Dienstleistungen, „sowie die Situation von KlientInnen, Leistungsträgern und Mitarbeitenden bedeutend schwieriger zu erfassen. (...) Daher wird in sozialen Organisationen häufig versucht, subjektive Einflussfaktoren mit klassischen Kennzahlen zu kombinieren. (...) [es] sind aber gerade die „weichen Faktoren“ von entscheidender Bedeutung für den Unternehmenserfolg.“ (Eppler et al., 2011, 92)

Manche glauben der „Methodenmix“ aus qualitativer und quantitativer Forschung könnte einen gangbaren Kompromiss darstellen, doch aus Kapazitätsgründen fiel die Entscheidung des Forschers auf eine ausschließlich qualitative Vorgehensweise, auch wenn die Sichtweise von Vincent Richard plausibel wirkt: „Aber ist es denn wirklich so verkehrt, wenn man wissen will, ob das Geld auch gut investiert wurde, ob die finanzierten Maßnahmen die gewünschten Effekte hatten? (...) Wovor hat die Jugendhilfe eigentlich Angst? Sie bräuchte sich gar nicht zu verstecken, könnte selbstbewusst feststellen, dass sie gute Arbeit leistet und dies auch zahlenmäßig unter Beweis stellen möchte. Eigentlich müsste ihr quantitative Evaluation gerade recht kommen, weil sie ihr helfen könnte, sich besser in der gesellschaftlichen Wahrnehmung zu verankern, also keine Bedrohung, sondern im Gegenteil, eher eine Überlebensstrategie darstellt. Grundsätzlich geht es um die schlichte Frage, ob Einrichtungen erfolgreich arbeiten.“ (Richardt, 2011, 126)

Die MFT wird aber bereits seit vielen Jahrzehnten vor allem in störungsspezifischen Studien wissenschaftlich beforscht.

„Derzeit liegen über 100 randomisierte kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit³ der Multifamilientherapie direkt mit anderen Behandlungen verglichen haben.“ (Asen & Scholz, 2012, 209)

Es gibt aber auch viele gute Gründe, die für qualitative Forschung sprechen. Für die qualitative Psychotherapieforschung scheint mir folgendes Argument besonders stichhaltig: „... dass sich viele Aspekte der Psychotherapie naturgemäß und anders als die Forschungsgegenstände der Naturwissenschaften nicht quantifizieren lassen. Psychotherapie ist Wissenschaft *und* Kunst.“ (Yalom, 2012, 15)

Primäres Ziel der Studie ist es, die Wirkung bzw. den allfälligen Erfolg von Multifamilientherapie anhand reduzierter Symptome teilnehmender Familien zu überprüfen.

Neben den beiden in weiterer Folge präsentierten Einrichtungen in Deutschland wurde ursprünglich auch in Brooklyn, New York in einer Gruppentherapeutischen Einrichtung geforscht. Neben teilnehmender Beobachtung wurden sechs qualitative Interviews mit ProbandInnen geführt. Nachdem die dortige Arbeit am Eastside Institute aber keine Multifamilientherapie nach Eia Asen darstellt, wurde von einer Auswertung der Ergebnisse im Rahmen dieser Arbeit Abstand genommen und die Wirkung der Multifamilientherapie nur an den zwei Einrichtungen in Deutschland analysiert. Die ebenfalls unter MFT fallende Familienschule wurde ausschließlich an der zweiten Einrichtung untersucht.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, anhand von leitfadengestützten Interviews mit (ehemaligen bzw. aktuellen) TherapieteilnehmerInnen, sowie einem ExpertInneninterview pro Einrichtung den Erfolg der MFT durch Überprüfung von Symptomreduzierungen der KlientInnen von MF-Therapien zu erheben. Auch die Zufriedenheit und der ‚Wohlfühlfaktor‘ der Eltern und Kinder wurden einbezogen. Diese zeigen zwar nicht die Wirkung der Therapie, sind aber dennoch wesentlicher Indikator für den weiteren Verlauf.

³ Bei vertieftem Interesse wird Schwenzer (2013) empfohlen.

„Bei der Rekonstruktion der Ergebnisqualität wird auch die ‚KlientInnenzufriedenheit‘ untersucht (...). Die individuell erlebte Zufriedenheit gibt Aufschluss über die Passgenauigkeit der Hilfen und zeigt Aspekte für die Weiterentwicklung der Konzepte und Leistungsbeschreibungen auf.“ (Dexheimer, 2011, 116)

2.2. Darstellung der Forschungsmethodik bei Erhebung und Auswertung

„Letztendlich geht es bei Evaluation stets um einen Unterschied, der nach Möglichkeit nicht allzu klein sein und eine gewisse Relevanz besitzen sollte. (...) Gemessen werden soll der Erfolg. (...) Unklar ist jedoch, mit welcher Maßeinheit (...) und welche Anforderungen eine entsprechende Messmethodik erfüllen müsste.“ (Richardt, 2011, 128)

Für die vorliegende Evaluation wurde einem Methodenmix innerhalb qualitativer Verfahren der Vorzug gegeben. „Die Kombination verschiedener methodischer Herangehensweisen, heute weitgehend unter den Begrifflichkeiten ‚Methodenintegration‘, ‚mixed methods‘ oder ‚Triangulation‘ erweist sich dabei als besonders geeignet, den induktiv-deduktiven Wechselprozess zwischen bestehendem und zu ermittelndem Wissen zu realisieren.“ (Gahleiter, Rosemeier, 2011, 157f)

Leitfadeninterviews mit (ehemaligen) NutzerInnen, die Erhebung der sozioökonomischen Faktoren der Familien, eine Dokumentanalyse, ExpertInneninterviews und teilnehmende Beobachtungen bei Therapiesitzungen waren die angewandten Erhebungsmethoden, die in aller Kürze vorgestellt werden.

2.2.1. Leitfadeninterview

Die Befragung betroffener Familien und einer Expertin pro untersuchter Einrichtung wurde anhand offener qualitativer Leitfadeninterviews durchgeführt. „Gespräche, egal ob eher formell als Interviews oder eher informell geführt, sind Situationen, in welchen gemeinsam die Sichtweisen der Wirklichkeit verhandelt werden.“ (Froschauer, Lueger 2003, 51) Bereits im Vorfeld der Leitfadeninterviews

hatten Gespräche mit MitarbeiterInnen der Einrichtungen stattgefunden, die unstrukturiert der Annäherung ans Feld dienten, um sich „über das eigene Erkenntnisinteresse Klarheit zu verschaffen und damit auch die Eignung einer qualitativ orientierten Forschungsstrategie zu prüfen.“ (Froschauer, Lueger 2003, 22) In dieser Orientierungsphase gaben die beiden Einrichtungen die Zusicherung den Kontakt zu (ehemaligen) ProbandInnen herzustellen.

Der allgemeine Rahmen für die Gespräche wurde dem qualitativen Paradigma entsprechend offen gehalten.

Die Kontaktaufnahme erfolgte bei Zustimmung zum Interview zumeist telefonisch zur Terminfixierung. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen; die Leitfragen des Interviews sind im Anhang ersichtlich. Auch die sozioökonomischen Faktoren der Familien wurden innerhalb des Interviews in einem kleinen standardisierten Fragebogen erfasst, der zugleich als Gesprächseinstieg diente (Froschauer, Lueger, 2003).

2.2.2. Dokumentenanalyse

In der Regel sind die MitarbeiterInnen von Jugendämtern und JugendhelferInnen nicht darin ausgebildet, fallanalytisch Daten von KlientInnen bzw. Familien auszudeuten, bzw. fehlt ihnen die Zeit. Aber „im Studium die Erfahrung gemacht zu haben, wie explizit eine Analyse durchgeführt werden kann, also in den wissenschaftlichen Habitus einmal einsozialisiert worden zu sein, befördert eine Sensibilisierung für das Erkennen von Fallstrukturen und schafft ein anderes Auge für zukünftige Fälle.“ (Jansen, Liebermann 2004, 302) Daher erschien es im Rahmen der Magisterarbeit angebracht, eine solche Dokumentenanalyse zumindest im kleinen Rahmen zu versuchen, nachdem die Einrichtungen hierzu dankenswerter Weise die Möglichkeit eröffneten.

Die Akten der befragten Familien wurden nach Durchführung der Interviews von den beiden Einrichtungen zur Verfügung gestellt und nach entsprechender Anonymisierung anhand desselben Categorieschemas wie die Interviews themenanalytisch ausgewertet.

Die Unterlagen stammen von den lokalen Jugendämtern bzw. der jeweils evaluierten Einrichtung. Die Analyse der Unterlagen sollte einen Überblick des Fallverlaufs liefern. Die Berichtsdokumentationen zeigen die Situation der Familien

vor, während und teilweise nach der MFT aus Sicht der Jugendhilfe bzw. der MFT. Die Daten geben damit Aufschluss über die Entwicklungen und den Zustand der Therapie-TeilnehmerInnen, sind aber in unterschiedlicher Dichte und Ausführlichkeit vorhanden, weshalb keine hochsystematische Analyse möglich war. Dennoch lieferte die Auseinandersetzung wertvolle Informationen, da 23 Dokumente in Einrichtung A und 15 Dokumente in Einrichtung B ergänzend in das allgemeine Auswertungsschema eingearbeitet werden konnten (sh. Anhang). Für die Gesamtauswertung ist damit ein besserer Einblick in die Lebenswelt der 'ProbandInnen, aber auch in die den Rahmen gebenden Strukturen für die MFT gelungen.

2.2.3. Expertinneninterviews

Neben den Interviews mit den Familien fand pro Einrichtung ein Expertinneninterview statt. Die jeweils die Multifamilientherapie anleitende Person wurde über ihren Hintergrund und die Arbeit mit MFT befragt. Die beiden Expertinnen meldeten sich freiwillig zum Interview. „Bei der Auswahl von Schlüsselinformanten gibt es im Wesentlichen zwei Kriterien: Die Reflexionskompetenz und die Motiviertheit. Zum einen kann es sich um Personen handeln, die besonders gute Beobachter und Kenner des Feldes sind. (...) Zum anderen braucht man natürlich bereitwillige Informanten, die möglichst von sich aus Informationen preisgeben.“ (Breidenstein et al., 2015, 84f) Für ihre Bereitschaft, ihr Wissen zur Multifamilientherapie zur Verfügung zu stellen, sei ihnen auch an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt. Die Gespräche wurden in den Einrichtungen ungestört durchgeführt, mit einem Diktiergerät aufgenommen und dauerten in etwa jeweils 45 Minuten. Nach Abschluss der Erhebungen blieb der Kontakt aufrecht und nach der ersten Auswertungsrunde wurde den beiden Expertinnen die jeweilige Evaluation mit der Bitte zum Feedback (Lueger, 2010) geschickt. Beide Einrichtungen gaben ausführliche Rückmeldungen per mail bzw. gab es auch telefonische Ergänzungen im Sinne von Explikationen (Mayring, 2008). In manchen Sequenzen fand eine Kontextanalyse statt. Diese Inhalte aus den Telefonaten und den mails wurden unter (Expertin A, 2016) beziehungsweise (Expertin B bzw. Einrichtungsleiterin B, 2016) erfasst und für die finale Auswertung ebenfalls genutzt.

2.2.4. Teilnehmende- und nicht teilnehmende Beobachtung

Über den gesamten Forschungszeitraum hinweg wurden offene, teilnehmende Beobachtungen der MFT-Gruppen geführt, am ersten Standort waren das zehn Termine im Zeitraum April/Mai 2015, am zweiten Standort sieben Termine im Mai 2015. „Gelegentlich wird Beobachtung sehr eng aufgefasst, als visuelle Wahrnehmung des ablaufenden Geschehens. Diesem Begriff entgegengesetzt findet sich eine sehr weite kommunikationstheoretische Verwendung, die unter Beobachtung alle Formen systemeigener Prozessierung von Informationen versteht.“ (Breidenstein et al., 2015, 71)

Diese weit gefasste Definition lässt bereits das generelle Problem teilnehmender Beobachtung erahnen: „Was ist überhaupt in einem sozialen Feld beobachtenswert? Worauf sollte man sich bei der Fülle an Möglichkeiten, etwas zu beobachten, konzentrieren? Wann und wo ist eine Beobachtung sinnvoll oder besonders wichtig?“ (Lueger, 2010, 40) Das Beobachtete wurde stichwortartig in einem Forschungstagebuch verschriftlicht, wodurch sich ein Bogen über den gesamten Forschungszeitraum spannen lässt.

Die Beobachtungen wurden im MFT-Raum, also an den Gruppensitzungen passiv teilnehmend durchgeführt. Den TeilnehmerInnen war der Forschungsauftrag bekannt, es handelte sich also um eine offene Beobachtung. Teilweise war es auch möglich, bei den Übungen und Aktivitäten eingebunden zu werden und dadurch direkt am Geschehen teilzunehmen. Die Resonanz auf die Anwesenheit eines männlichen Forschers war positiv. Die Familien waren es gewohnt, BeobachterInnen und PraktikantInnen bei den Sitzungen dabei zu haben, eine „strukturierte“ Beobachtung war in diesem Setting aber weder möglich noch zielführend. „Die teilnehmende unstrukturierte Beobachtung: dieser Typ ist der wohl klassische in der Ethnologie. (...) Charakteristisch für diese Form der Beobachtung ist, dass kein systematischer Erhebungsplan vorliegt. Der Spielraum, den der Beobachter hat, ist ein relativ weiter. (...) Die ‚unstrukturierte‘ Beobachtung bietet also die Möglichkeit komplexe Situationen und Handlungsprozesse beinahe unbeschränkt zu erfassen. (...) Der Mangel an

Kontrolle räumt nämlich dem Beobachter einen breiten Rahmen ein, in dem er aufgrund seiner im Laufe der Forschung sich ständig erweiternden Perspektive und seines sich wachsenden Wissens neue Bereiche herziehen und interpretieren kann.“ (Girtler, 1988, 45) Diese Form der „unsystematischen Gelegenheitsbeobachtung“ (Breidenstein et al., 2015, 72) kommt der Alltagsbeobachtung also sehr nahe und wurde nur im Sinne einer Ergänzung herangezogen. Das einzige Kontrollmittel liegt bei der unstrukturierten teilnehmenden Beobachtung nach Roland Girtler nämlich „im Forscher selbst, dessen Sorgfalt ihn daran hindern soll, vermeidbare Verzerrungen anzunehmen. Daher ist eine Identität von Forscher und Beobachter für das unstrukturierte Vorgehen unerlässlich, denn der Beobachter vermag durch seinen direkten Kontakt zu dem zu untersuchenden sozialen Bereich das Erfahrende selbst zu deuten und einzuordnen.“ (Girtler, 1988, 46)

In gegenständlicher Forschung kam als weiterer erleichternder Faktor die eigene einschlägige therapeutische Ausbildung hinzu, die zugleich aber einer laufenden „Beobachtung zweiter Ordnung“ bedurfte, um die Rollen auseinander zu halten. Dieses Phänomen ist der teilnehmenden Beobachtung aber häufig eigen und daher ist generell bei ethnografisch angelegten Studien laufend Reflexion erforderlich. „Ein Beobachter kann das gleiche Geschehen mehrmals aufsuchen und studieren, um Wissenslücken zu schließen, Varianten zu entdecken, fehlende Details zu ermitteln oder den gesamten Ablauf mehr oder weniger zu komplettieren.“ (Breidenstein et al., 2015, 75f)

2.2.5. Auswertungsmethodik Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden transkribiert und entsprechend der geplanten themenspezifischen Auswertung zur besseren Lesbarkeit in bereinigte Schriftsprache übertragen, ohne inhaltliche Änderungen vorzunehmen.

Bei der Auswertung wurde angelehnt an Phillip Mayring (2008) mit der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse gearbeitet. „Die Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode, d.h. sie hat es mit bereits fertigem sprachlichem Material zu tun. Zunächst muß genau definiert werden, welches Material der Analyse zugrundeliegen soll. (...) Es muß genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde. Schließlich muß

beschrieben werden, in welcher Form das Material vorliegt. Wenn man auf diese Weise das Ausgangsmaterial beschrieben hat, so ist der nächste Schritt, sich zu fragen, was man eigentlich daraus heraus interpretieren möchte. Ohne spezifische Fragestellung, ohne die Bestimmung der Richtung der Analyse ist keine Inhaltsanalyse denkbar.“ (Mayring, 2008, 46f) Mayring differenziert in seiner Methodik drei Grundformen der Inhaltsanalyse: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. (Mayring, 2008). Vorbereitend hierfür wurde aus dem Interviewleitfaden und den (bereinigten) Transkripten ein induktives Categorieschema entwickelt. Das Schema wurde in weiterer Folge für eine strukturierte und zusammenfassende Inhaltsanalyse der Interviews und auch für die Einbettung der Dokumente, das Expertinnengespräch und die Aufzeichnungen aus den Beobachtungen genutzt und über Explikationen bei den Telefongesprächen mit den beiden Expertinnen erweitert. (Mayring 2008)

Das Auswertungsschema war an den beiden Erhebungsorten weitgehend ident. Die beiden Auswertungstabellen sind im Anhang ersichtlich. Zur besseren Lesbarkeit werden die Evaluationen der beiden Einrichtungen im Ergebniskapitel getrennt voneinander präsentiert. Um die zwangsläufigen Doppelungen nicht noch zu erhöhen, befinden sich allfällige theoretische Bezüge überwiegend im Ergebnisteil der Einrichtung A, also in den Ergebnissen der ASK Hanau.

2.3. Zielgruppe(n) der Erhebungen

Die jeweils die MFT anleitende Person wurde über ihren Hintergrund und die Arbeit mit MFT befragt. Die beiden Expertinnen verfügen beide über jahrelange Erfahrung im MFT-Bereich.

Die Auswahl der Familien passierte durch die jeweilige Einrichtung. Die Anforderung aus Forscherperspektive war es, in jeder der Einrichtungen 10 Familien zu finden, welche sich zum Erhebungszeitpunkt (Mai 2015) entweder aktiv in einer MFT-Gruppe befanden oder eine solche bereits abgeschlossen hatten. Nicht alle kontaktierten Familien waren begeistert, an einem Interview teilzunehmen.

Manche hatten Angst, die Fragen nicht richtig zu verstehen, und lehnten deshalb ab, andere verweigerten ohne weitere Begründung eine Befragung.

Die beiden Einrichtungen unterscheiden sich nicht nur in ihrem Angebot, sondern auch in der Zielgruppe. Bei der Evaluation der Einrichtung B, ist eine höhere Gewaltbereitschaft unter den ProbandInnen aufgefallen. Die nicht evaluierte, aber beobachtete Familienklasse der Einrichtung A weist keine solche Auffälligkeit vor. Expertin B (2015) erklärt dies mit einem anderen Schweregrad der Problematik und dem vorherrschenden Zwangskontext, welcher beim Familienklassenmodell in Einrichtung A nicht in dem Ausmaß der Fall ist.

Die Familienschule in Einrichtung B spricht insbesondere SchulverweigerInnen an und stellt oft die einzige Alternative zur Fremdunterbringung der Kinder, die von Misshandlung, Vernachlässigung, Gewalt oder Missbrauch betroffen sind dar. (Expertin B, 2015)

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Familieninterviews.

Die Eltern beziehungsweise Kinder wurden alle bis auf eine Ausnahme nach Abschluss der Therapie zu ihren MFT-Erfahrungen befragt. Die MFT lag dabei unterschiedlich lange, meist zwei, maximal vier Jahre zurück.

Es gab eine Familie in der Familienschule wo von zwei Geschwisterkindern ein Bruder die Familienklasse wegen Fremdunterbringung abbrechen musste. Unter den ausgewählten ProbandInnen der Tagesgruppen war niemand, der die MFT abgebrochen hatte oder mit der MFT unzufrieden war; dies gilt es bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

In Einrichtung A wurden neun Familien für die Untersuchung gewonnen. Interviewt wurden alle Kindesmütter (KM), drei Kindesväter (KV), vier Jungen und zwei Mädchen. Alle interviewten Kinder waren minderjährig und bei der Therapie zwischen sieben und 15 Jahre alt, weshalb pro Familie eine Einverständniserklärung für die Interviewführung eingeholt wurde. In Einrichtung B beteiligten sich schlussendlich sechs Familien an der Untersuchung. Interviewt wurden fünf Kindesmütter (KM), drei Kindesväter (KV), ein Junge, keine Mädchen.

In der Familienschule sind die Kinder etwas jünger und waren bei der Therapie zwischen zehn und 11 Jahre alt.

Die absolut freiwillige Teilnahme bei der Evaluation ist ein forschungsethischer Grundsatz, „der aus dem Prinzip der Selbstbestimmung (Autonomie) von untersuchten Personen folgt und eng mit dem Grundsatz des Informierten Einverständnisses (informierte Einwilligung, informed consent) verbunden ist.“ (Unger et al., 2014, 26) Deshalb haben alle Familien eine solche schriftliche Einwilligung unterschrieben.

Einem weiteren ethischen Grundsatz entsprechend wurden für die Darstellung die Familien anonymisiert und mit fiktiven Bezeichnungen versehen. Zur Reflexion forschungsethischer Fragen gehört die Abwägung von Risiken, die den untersuchten Personen entstehen können, und das Ergreifen von Maßnahmen, um diese Risiken zu reduzieren und Schaden zu vermeiden. In der Psychotherapieforschung ist – im Unterschied zur medizinischen Forschung – „weniger mit körperlichen Nebenwirkungen zu rechnen; mögliche Schädigungen beziehen sich (nicht ausschließlich, aber) in erster Linie auf die erhobenen Informationen, die Schaden anrichten können, wenn sie missbraucht, öffentlich bekannt oder in die Hände Dritter gelangen würden. Das bedeutet, ein möglicher Schaden kann den Teilnehmenden durch den Verlust ihrer Privatsphäre entstehen. Daher nehmen die Maßnahmen zu deren Schutz Vertraulichkeit und Anonymisierung, einen zentralen Stellenwert ein. (...) Die Anonymität der befragten oder untersuchten Personen ist zu wahren.“ (Unger et al., 2014, 24)

Ergänzend sei an dieser Stelle festgehalten, dass auch eine der beiden Einrichtungen bzw. eine Expertin anonym bleiben wollten. Um diesem Wunsch zu entsprechen, konnte die Einrichtung nicht näher dargestellt werden und auch bei der ASK Hanau wurde auf eine detaillierte Vorstellung verzichtet, um die beiden Institutionen dennoch in einem vergleichbaren Rahmen zu beschreiben.

2.4. Erhebungssituation

Die Familienmitglieder wurden nach Möglichkeit gemeinsam befragt. Die Anwesenheit der bei der MFT beteiligten Kinder war beim Interview grundsätzlich erwünscht, dennoch fanden in Einrichtung A einige Interviews ohne Kinder statt; in Einrichtung B war leider nur bei einem Interview ein Kind anwesend.

Auffällig war, dass im ersten Institut bei allen neun Interviews die KM anwesend war, jedoch nur bei drei Interviews der KV, wobei auch bei der MFT die Väter nicht immer teilgenommen haben. In der Einrichtung B war bei fünf Interviews die KM anwesend und ebenfalls bei drei Interviews der KV. In Institution B kam es allerdings zu der Situation, dass ein Vater alleine ein Interview gegeben hat.

Acht Familieninterviews fanden in einem ruhigen, geschlossenen Raum in Einrichtung A statt. Die Atmosphäre bei den Interviews war ungestört, ruhig und diskret. Im Raum befanden sich ausschließlich die teilnehmenden Familienmitglieder und der Interviewer. Ein Familieninterview wurde aufgrund terminlicher Gründe bei der Familie zu Hause abgehalten. Dort wurde das Interview durch die Anwesenheit mehrerer Kinder der Familie in angrenzenden Räumen immer wieder unterbrochen.

Bei der zweiten Erhebung fanden vier Familieninterviews ebenfalls in einem Raum der Familienschule statt. Die Atmosphäre war auch hier weitgehend ungestört, ruhig und diskret. Bei zwei Familien fand das Gespräch zu Hause statt.

Die Familieninterviews haben jeweils zwischen 30 und 60 min gedauert.

Alle Familien sprachen frei und relativ locker über ihre Erlebnisse. Die Familien machten den Eindruck, als würden sie sich wohl fühlen.

Einige nutzten das Interview, um das Damalige Revue passieren zu lassen. Bei manchen Gesprächen waren Wut, Ärger und Überlastung der damaligen Zeit spürbar. Die Meisten waren der Meinung, dass sie im Laufe der Therapie viel geschafft hatten, vor allem Dinge verändern konnten, die auch nachhaltig helfen.

Aber die Interviews wurden auch für Kritik an der MFT genutzt. Zwei Familien sprachen davon, dass die aktuelle Situation zu Hause sich wieder zugespitzt hätte und beschrieben eine Art Rückfall.

Nur eine Familie äußerte Bedenken bezüglich der Diskretion und Vertraulichkeit des Interviews, stimmte aber nach entsprechender Aufklärung über die Anonymisierung dem Gespräch zu.

Beim Interview gab es immer wieder Situationen, in denen Kinder wenig zu Wort kamen oder viele Antworten der Eltern übernommen haben. Selbst wenn Kinder direkt gefragt wurden, kam es öfter zu Situationen, in denen die Eltern für die Kinder gesprochen haben. Die InterviewpartnerInnen haben sich untereinander in ihren Aussagen zweifelsohne beeinflusst. Es gab Familien, die füreinander hohe Solidarität zeigten, vereinzelt hatten die jugendlichen ProbandInnen auch viel zu erzählen. Die Familien wurden zwecks der Beobachtung der Familiendynamik absichtlich zusammen interviewt. Manchen Familien fiel es schwer oder war es unangenehm, über die Probleme von früher zu sprechen. Teilweise haben sich Erinnerungen und Erzählungen aus der TG mit jenen der MFT vermischt, wenn die Familie mit beiden Kontexten vertraut war. Merkbar war, dass vor allem die Erzählungen der schwierigen Situationen am Anfang und auch während der MFT für die KE schwer waren. Teilweise hatten die Interviewten Schwierigkeiten, die Abläufe zeitlich einzuordnen, die emotionalen Erinnerungen waren stärker vorhanden. Vor allem der Ärger über externe Institutionen sowie die Frustration und damalige Hilflosigkeit wurde in mehreren Interviews offenkundig.

3. Ergebnisse von Einrichtung A

Tabelle 2: Die untersuchten Familien der Einrichtung A im Überblick

	Anzahl der Kinder	Geschlecht der Kinder in MFT	Alter Kind in MFT	Sorge-recht	Zwangs-kontext	Bildung der Eltern	Therapie-teilnehmerInnen
Fam Askvan	3	M	10,8,5	Beide	JA	Kein Abschluss	KM, 3 Töchter
Fam Askabr	4	W	14	KM	NEIN	Beide Pflichtschule	KM, KM, 4 Töchter
Fam Askdai	1	M	13	Beide	NEIN	KM Höhere Schule, KV Berufsausb.	KM, 1 Sohn, fallweise getrennter KV
Fam Askritz	2	M,W	12,8	Beide	JA	KM Lehre	KM, 1 Sohn, 1 Tochter
Fam Askwin	3	M	10,8,5	Beide	NEIN	KM Pflichtschule, KV Berufsausb.	KM, 2 Söhne, fallweise KV
Fam Askfel	1	M		Beide	JA	KM Berufsausb., KV Berufsausb.	KM, KV, 1 Sohn
Fam Askmü	3	M,M,W	10,7,1 2	KM	JA	KM Pflichtschule	KM, 2 Söhne, 1 Tochter, fallweise der LG
Fam Askkau	1	W	7	Beide	NEIN	Beide Pflichtschule	KM, KV, 1 Tochter
Fam Askfra	1	M	12	Beide	NEIN	KM Berufsausb., KV Höhere Schule	Km, KV, 1 Sohn

3.1. Die Familien in Einrichtung A

Vorweg gilt es kritisch anzumerken, dass sich bei der betreffenden Einrichtung ausschließlich Familien gemeldet haben, welche noch im Kontakt mit der Einrichtung sind, sprich höchst wahrscheinlich eine positive Erfahrung gemacht haben. Familien mit eher kritischeren Ansichten wurden ebenfalls zu einem Interview eingeladen, haben aber leider abgelehnt teilzunehmen. Einige der befragten Familien besuchen auch das „Ehemaligen-Treffen“, ein freiwilliges Folgeangebot für alle Familien. Somit kann man sagen, dass die Vorselektion großen Einfluss auf die Ergebnisse der Befragung haben dürfte. So gab es im Sample der befragten Familien keine Therapieabbrüche.

Um die Anonymität der untersuchten Familien zu gewährleisten, werden einige relevante Eckpunkte in stark zusammenfassender Form dargestellt.

In den neun befragten Familien gab es in Summe 17 Kinder; zehn männlich, sieben weiblich, die sich auf vier Einkindfamilien, drei Familien mit jeweils zwei Kindern, eine Familie mit drei und eine weitere Familie mit vier Kindern verteilten.

Nachdem die Therapieerfahrung zum Zeitpunkt der Erhebung tendenziell bereits abgeschlossen sein sollte, waren die TeilnehmerInnen beim Interview teilweise einige Jahre älter als zum Zeitpunkt der Therapie.

Das Sorgerecht war bei sieben der Familien zwischen den Eltern geteilt, in zwei Familien lag das Sorgerecht bei der Mutter.

Die sozioökonomischen Faktoren der Familien wurden ebenfalls erhoben. Das monatliche Familieneinkommen differierte stark, wobei drei Familien hierzu keine Angaben machten; es lag bei fünf Familien zwischen 800.-- und 2.600.--, bei einer Familie wurde die höchste Kategorie (über 4.400.— monatliches Familieneinkommen) ausgefüllt. Anzumerken gilt aber, dass zu vermuten ist, dass die Familien diese Frage sehr unterschiedlich verstanden haben, was die Aussagen dementsprechend beeinflussen kann bzw. die Aussagekraft schmälert. Einige Familien erwähnten im Gespräch, dass sie verschuldet sind. Allgemein war die finanzielle Situation der Familien oft angespannt. Aus dem

Expertinnengespräch bestätigte sich die Wahrnehmung der häufig auftretenden prekären finanziellen Situation von Familien.

Bei acht der neun Familien war kein Migrationshintergrund gegeben.

In den interviewten Familien waren verschiedene Familienmodelle vertreten; auf eine hohe Diversität wurde bei der Auswahl großer Wert gelegt. So finden sich neben sechs klassischen Mutter-Vater-Kind-Familien, zwei Familien mit alleinerziehenden Müttern und eine Familie, wo das Kind mit seiner Mutter und deren Lebensgefährtin lebt. Insgesamt wurden neun Mütter, drei Kindesväter, zwei Töchter und vier Söhne befragt.

Viele der Familien weisen eine längere Problemgeschichte auf, welche teilweise bis in die Kindheit der Kindeseltern oder gar Großeltern zurück geht. Diese Geschichten werden von den ProbandInnen als essenzielle Hintergründe für die Notwendigkeit der MFT empfunden. Das ungefragte Aufzeigen einer gewissen Therapiekarriere in der Familie lässt vermuten, dass die Betroffenen sich durch solche Erklärungen ein Stück der eigenen Schuldfrage entziehen und die vorige Generation in die Verantwortung nehmen. Es ist keine Seltenheit, dass betreffende Familien seit mehreren Jahren von der Kinder- und Jugendhilfe betreut werden, es bereits stationäre psychiatrische Aufenthalte bzw. Fremdunterbringungen im Vorfeld gab, sowohl auf Seiten der Kinder, aber auch bereits bei den Müttern und Vätern. Immer wieder ist auch von Heimunterbringungen bei den früheren Generationen die Rede; Alkohol-, Drogenmissbrauch aber auch sexueller Missbrauch werden genannt. Gewaltanwendung und Aggressionen bei Kindern und Erwachsenen waren des öfteren Problemlagen. Die Erfahrungen in Einrichtung A haben gezeigt, dass es sowohl Familien gibt die auch nach jahrelanger, beziehungsweise auch nach generationenübergreifender Unterstützung den Weg aus ihrer misslichen Lage nicht geschafft haben, speziell wenn es schwere Missbrauchserfahrungen in frühen Jahren gab. (Expertin A, 2016)

„Sexuelle Triebtäter, sowohl mutmaßliche wie auch überführte, sollten nicht an der MFT teilnehmen, sonst wird der Therapeut schnell zu einer Art „Sozialpolizist“ – jemand, der aufpasst, dass es nicht zu irgendwelchen potenziell risikobehafteten

Situationen für Kinder und Frauen kommt. (...) Körperlich misshandelnde Eltern oder andere gewalttätige Familienmitglieder können an der MFT teilnehmen, solange die Sicherheit für alle gewährleistet ist. (...) Drogen und Alkohol sind nicht nur Risikofaktoren für die eigene Familie, sondern können sich auch auf andere Familien auswirken. Eltern, die akut unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stehen, können nicht an MFT-Gruppen teilnehmen.“ (Asen & Scholz, 2012, 227)

Die Überprüfung inwiefern ein Kind, das in eine sogenannte „Problemfamilie“ hinein geboren wird, Chancen hat das eigene Leben anders zu gestalten, oder wie sehr es dazu prädestiniert ist, in die (Therapie-)Fußstapfen der vorigen Generationen zu treten, kann in einer anderen Forschungsarbeit behandelt werden. Dieser Fragestellung wurde in der vorliegenden Evaluation nicht nachgegangen.

3.2. Therapiebeginn

Für sechs Familien gab es *direkte Auslöser*, die im weiteren Sinne zu der Maßnahme der MFT geführt hatten. Die Ursachen sind unterschiedlich. Impulsive oder stetige Aggressionen, Gewalt, Wut und Erziehungsüberforderung sind jene Faktoren, die dabei am häufigsten genannt wurden. Unlösbare Konflikte zwischen den Erziehungsberechtigten und den Kindern stellen dabei ein Schlüsselement dar. Schulverweigerung wäre ein weiteres Beispiel dafür, dass die Eltern an ihre Grenzen kommen. Es ist schwierig für die KE, denn sie werden von Seiten der Schule zur vollen Verantwortung gezogen, ihr tatsächlicher Handlungsspielraum ist aber klein.

Die *Konstellation der TherapieteilnehmerInnen* sah in den Familien ganz unterschiedlich aus. Auffällig ist, dass die Kindesväter tendenziell seltener vertreten waren und auch unregelmäßiger teilgenommen haben. Oft waren wie in der MFT generell üblich, viele der Geschwisterkinder des Indexklienten bzw. der Indexklientin bei der MFT dabei.

Die *Freiwilligkeit der Teilnahme* der Familien differiert ebenfalls. Fünf Familien haben sich hilfesuchend an das jeweilige Jugendamt gewandt, um Unterstützung zu bekommen. Vier Familien wurde die MFT als Zwangsmaßnahme vorgeschrieben. Diese berichten aber davon, dass sie nach der ersten Phase freiwillig verlängert haben, nachdem sie daran Gefallen gefunden und die Maßnahme als hilfreich empfunden hatten.

Vorbereitung auf die MFT, Befürchtungen und Erwartungen: Die Familien hatten vor Beginn der MFT immer die Möglichkeit zu mehreren Informationsgesprächen, auch im Zuge der Betreuung zu Hause. Dennoch wirken die Antworten, als wäre es manchmal schwierig, sich ein konkretes Bild von MFT zu machen, ehe sie direkt erlebt wird. So fühlten sich die Familien und vor allem Kinder recht unterschiedlich gut darüber informiert, was auf sie zukam. Großteils hatten die Kinder wenig Ahnung und kaum Vorstellungen davon, was genau passieren würde. Dass eine Besserung des Familienlebens dabei eine Kernrolle spielt, war dennoch ersichtlich. *Ängste* gab es bei den Kindern wenige, manche Kinder, aber auch Eltern befürchteten, dass die MFT intime „Familiengeheimnisse“ lüften und dass es im weiteren Verlauf zu einer Kindesunterbringung kommen könnte. Viktor Frankl schrieb zur Erwartungsangst folgendes: „Um dies zu verstehen, wollen wir vom Phänomen der sogenannten Erwartungsangst ausgehen, unter der wir die ängstliche Erwartung verstehen, ein Ereignis könnte sich wiederholen. Es liegt im Wesen der Angst, daß sie heraufbeschwört, wovor sich jemand fürchtet. Analog löst die Erwartungsangst das Symptom aus, auf das sie sich bezieht. Das Symptom erzeugt eine Phobie, die Phobie verstärkt das Symptom, und das solcherart verstärkte Symptom bestärkt den Patienten in der Phobie. Tatsächlich gehört zu dem, was am ängstlichsten erwartet wird, die Angst selbst.“ (Frankl, 2012, 147)

Bei den Eltern waren am Beginn vor allem Zweifel hinsichtlich der Nützlichkeit von MFT erkennbar und ob ihre Kinder denn das Angebot auch annehmen würden, bereit wären mitzumachen; diese Anfangsskepsis war in einigen Familien stärker vorhanden.

Anfängliche Zweifel wurden ebenfalls zum Thema Diskretion und Vertrauen geäußert. Dass die Therapie zeitlich intensiv sein würde, befürchteten einige der Eltern aber auch vereinzelt Kinder, vor allem jener Familien, die externe soziale Kontakte haben und wo absehbar war, dass diese im Zeitraum der Therapie vernachlässigt werden würden. Familien mit geringer ausgebautem sozialen Netzwerk waren hingegen froh, durch die MFT an neue Kontakte zu kommen. In einem Gespräch wurde dies von der Familie als positive Veränderung durch die Therapie wahrgenommen, dass sie zwar weniger Freunde hätten, die Freundschaften dafür aber umso enger geworden seien.

Die *Erwartungen* der Familien an MFT stellen sich aufgrund der verschiedenen, aber schwierigen Ausgangssituationen heterogen dar. Der Wunsch nach Unterstützung für den täglichen Alltag und nach Austausch durch die Gruppe hatte dabei große Priorität. Einige Familien zeigten sich positiv gestimmt. Einzelne Familien äußerten auch, dass sie keinerlei Erwartungen hatten, sondern „das ganze auf sich zukommen lassen“ wollten.

An dieser Stelle ist mit aller Deutlichkeit zu sagen, dass sich keiner der Zweifel im Vorfeld der MFT in der Umsetzung bewahrheitet hat. Dementsprechend wurde die MFT Erfahrung wesentlich positiver als ursprünglich angenommen erlebt. Lediglich die Intensität und das nötige zeitliche Ausmaß, welches es für die MFT braucht, wurde auch nach Abschluss von einigen Familien noch kritisch angemerkt.

Im Gegensatz zu den Erwartungen waren die *Ziele der Familien*, die teils eigene, teils vom Jugendamt im Sinne eines Zielplanes vorgegebene waren, immer konkret präsent.

Häufiger Wunsch von Seiten der befragten Eltern war dabei die Besserung des Verhältnisses zum Kind und ein Rückgang der Konflikte und Aggressionen.

Der Wunsch vorhandene Paarprobleme in den Griff zu bekommen, wurde genauso oft genannt wie mehr Kontrolle im eigenen Leben zu haben und allgemein eine harmonischere Familie zu werden.

Die Ziele der Kinder unterschieden sich minimal. Auch an dieser Stelle wurde der Wunsch nach Besserung laut, was das eigene Benehmen anging und ebenso das Verhältnis zu den Eltern. Auch die Schule wurde als Problemthema genannt, welches verbesserungswürdig wäre. Weniger Wut und Aggressivität, aber auch öfters in Ruhe gelassen zu werden, stellten Anliegen der Kinder dar. Hier gilt es anzumerken, dass manche Kinder bei den Interviews eher zurückhaltend waren und es auch zu Situationen kam, wo die Kinder offensichtlich die Ideen und Wünsche bzw. Ziele der Eltern oder auch die Zielvereinbarungen mit dem Jugendamt wiedergegeben haben. Allfällige Erwartungen anderer Personen wurden ausschließlich den Dokumenten entnommen, dementsprechend waren dies Zielformulierungen der MitarbeiterInnen des Jugendamtes oder auch der Einrichtung. Diese waren inhaltlich den persönlichen Erwartungen der Eltern weitgehend entsprechend, allerdings weitaus umfangreicher und auch elaborierter formuliert.

Jede Familie hat natürlich ihre eigenen individuellen Ziele, zusammen gefasst geht es ihnen um ein besseres Familienleben und die Hoffnung, dabei (endlich) Hilfe zu bekommen. Die Stärkung des Selbstwertgefühls, der regelmäßige Schulbesuch, der konsequente Umgang mit Regeln und Strukturen im Alltag, besseres Konfliktmanagement, die Steigerung der Erziehungskompetenzen, eine Verbesserung des Sozialverhaltens des Kindes, das Äußern und gegenseitige Wahrnehmen von Bedürfnissen sowie das Bilden eines Netzwerks um die Kernfamilie herum waren ebenfalls Ziele für die Familien.

Diese Ziele wirken teilweise optimistisch-fordernd, teilweise aber auch überfordernd auf die Familien ein. Die Hoffnung, dass sich die Ziele erfüllen und wieder mehr Vertrauen in Institutionen, aber auch in die eigene Familie zu erlangen, gibt den Teilnehmenden Antrieb. Die Probleme in ein gelingendes miteinander zu verwandeln und dabei durch die Therapie die nötige Unterstützung und Hilfe zu bekommen, ist vor allem bei jenen Familien, die der MFT Maßnahme freiwillig zustimmen, groß.

3.3. Therapieverlauf

Die in weiterer Folge dargestellten Inhalte sind Beispiele und Schilderungen aus dem MFT Alltag der ersten Einrichtung und weder verallgemeinerbar noch eine Garantie für einen typischen Verlauf einer MFT.

Wenn Familien durch Jugendämter in die Familientagesklinik geschickt werden, stellen sie sich anfangs oft als Opfer der Jugendämter dar und vertreten die Meinung, dass die Arbeit in einem Zwangskontext stattfindet. Die Frage „Wie kann ich Ihnen helfen mich wieder loszuwerden?“ (Conen 2007, hier in Großmaß 2010, 176) kann der erste Schritt sein, eine neue Orientierung zu schaffen. Hier können auch andere Familien ihre eigenen Beobachtungen und Vorschläge einbringen, um den Eltern weiterzuhelfen, die sich vom Jugendamt verfolgt fühlen. (Asen & Scholz, 2012)

Das Verhalten am *Therapieanfang* unterscheidet sich etwas zwischen jener Gruppe der freiwillig teilnehmenden Familien und jenen, die der MFT als Auflage des Jugendamtes zumindest anfangs skeptisch gegenüber stehen. Bei der zweiten größeren Gruppe trat zu Beginn vermehrt Widerstand auf, sowohl bei den Eltern, aber auch bei den Kindern und Jugendlichen. Die neue Situation war für alle eine Herausforderung. Das intensive Zuhören, wenn andere Familien ihre Situation und ihre Probleme schilderten, war ungewohnt und wurde als anstrengend erlebt, vor allem weil die MFT in Kombination mit der Tagesgruppe (TG) wöchentlich im Rhythmus - Freitag, Freitag, Samstag - jeweils von 12:30-17:00 Uhr, beziehungsweise die Sonntagsgruppe von 9:30-15:30 Uhr ebenfalls wöchentlich stattfindet.

Es dauerte einige Zeit, bis Vertrauen in die unbekannte Gruppe aufgebaut wurde, die Teilnehmenden bereit waren, auch persönliche Dinge mit den Anderen zu teilen. Wenigen gelang dies sofort, die Mehrheit der Eltern benötigte zwei bis drei Monate nach dem Einstieg, auch den Kindern ging es ähnlich. Dementsprechend wurden die *ersten Anzeichen von Problemreduzierungen* nach drei bis vier Monaten, in den meisten Fällen aber erst nach sechs Monaten festgestellt.

Dies wurde individuell an ganz Unterschiedlichem festgemacht, manchmal an Rückmeldungen aus der Schule. Andere Anzeichen waren die Verbesserung der

Kommunikation innerhalb der Familie, ein besseres und ruhigeres Äußern von Wünschen, das deutlichere (gegenseitige) Wahrnehmen von Bedürfnissen.

Allgemein wurde ein ausgeglicheneres, ruhigeres Verhalten und ein Rückgang von Wut und Aggression beziehungsweise eine Verlagerung von insbesondere physischer Gewalt hin zu anderen Lösungsstrategien erkennbar.

Dennoch gilt es an dieser Stelle hervorzuheben, dass Veränderungen nicht stetig kontinuierlich auftreten, sondern man sich in einem ständigen auf und ab von guten und schlechten Phasen bewegt. Im besten Fall gibt es dabei eine tendenzielle Verbesserung und eine Zunahme der guten Momente.

Selbst scheinbar Misserfolge können ein Erfolg sein. Die Fremdunterbringung eines Kindes oder eine Trennung in einer Partnerschaft sind Szenarien, die für alle Beteiligten eine große Herausforderung darstellen und auf den ersten Blick nicht den Anschein machen, als wäre die MFT erfolgreich. Je nach individueller Zielsetzung pro Familie muss aber differenziert werden. Eine klärende Trennung kann dann Erfolg im weiteren Sinne sein und eine vorübergehende Unterbringung kann Abstand bringen und damit die Option für einen späteren Neustart. Eine Fremdunterbringung kann manchmal auch durch MFT nicht vermieden werden, doch fühlen sich die Familien besser vorbereitet und begleitet, wenn diese notwendig wird.

Das Gefühl (wieder) gute Eltern zu sein, stellte sich bei den befragten Müttern zu verschiedenen Zeitpunkten wieder ein. Viele der betroffenen Eltern machten sich Vorwürfe, hatten lange das Gefühl, an vielen negativen Dingen Schuld zu sein und Verantwortung dafür zu haben oder in der Erziehung versagt zu haben. Vereinzelt wurden sogar Selbstmordgedanken in frühen Jahren erwähnt, als die Situation mit den Kindern zu Hause besonders belastend und unausweichlich schien. Die betroffene Person spricht darüber, dass sie durch MFT wieder zu mehr Stärkung und Kraft gefunden hätte und ihr vor allem das Feedback der anderen Eltern und der BetreuerInnen⁴ sehr geholfen hat. Eine Mutter formulierte, dass sie Dank der Gruppe nun wisse, dass sie keine Rabenmutter sei, sondern eine Mutter wie jede

⁴ Die Befragten differenzierten nicht immer zwischen therapeutischem Angebot oder anderen Betreuungsangeboten der Einrichtung A

andere; mit Fehlern, die sie erkennen, reflektieren und auch verändern kann. Der frühere Fokus auf die Dinge, die man falsch gemacht hat, konnte verlagert werden in Richtung konstruktiver Erkenntnisgewinn.

Therapiemaßnahmen/Therapiemethoden: Das in der systemischen Therapie typische und bekannte Positiv-konnotieren kam unterschiedlich an, weil es für viele Familien ein ganz neuer Ansatz war, es ungewohnt war, nicht auf die Probleme zu fokussieren. Aus Sicht der MFT ist es aber anfangs immens wichtig, dass der Schwerpunkt auf das gelegt wird, was bereits funktioniert, sich darauf zu konzentrieren, was der Familie und den einzelnen Mitgliedern bereits gelingt. Dies trägt dazu bei, dass die Negativspirale unterbrochen wird und Neues entstehen kann. Durch den Zuspruch erleben sich die Familienmitglieder wieder gestärkt und erkennen sich in ganz neuen Rollenbildern wieder. Bei diesem lösungsorientierten Ansatz bekommen die Familien viel Feedback der anderen GruppenteilnehmerInnen beziehungsweise der MFT-TherapeutInnen. Die anderen Familien als Außenstehende können neue Perspektiven einbringen, die helfen können, wenn man denkt nicht weiterzukommen. Diese Ratschläge haben dabei nicht den Charakter, als würden sie von „oben“ aufoktroziert werden. Die Gruppe bietet gleichzeitig auch einen guten Ort, um den Emotionen freien Lauf zu lassen, denn auch streiten will gelernt sein. MFT ist kein konfliktscheuer Raum, aber ein Setting, bei dem darauf geachtet wird, dass jede/r eine Stimme hat und miteinander wertschätzend umgegangen wird. Es soll jede/r am Ende das Gefühl haben, so viel wie möglich an Skills mit nach Hause nehmen zu können oder Ballast dagelassen zu haben.

Die *Arbeit der MFT TherapeutInnen* ist ein Schlüsselfaktor und essenziell für die Erfahrung der Familien. Manche Familien sprechen sogar davon, dass die MFT-TherapeutInnen den Haupteinflussfaktor für den positiven Verlauf der Therapie stellen. Dennoch gilt: Jede/r ist für sich selbst verantwortlich.

Hargens verweist auf Hubble, Duncan & Miller, die 2001 offenbar zur Wirksamkeit der Beratung/Therapie publiziert haben: „Geschätzte 30% des Therapieergebnisses lassen sich auf den Faktor therapeutische Beziehung

zurückführen – und zwar so, wie die Klientin diese Beziehung einschätzt.“
(Hargens, 2010, 18)

Die Eltern behalten die Verantwortung für die Kinder. Die Aufgabe der MFT TherapeutInnen ist es, unter anderem den Überblick zu wahren und auf ein hohes Maß an gegenseitiger Wertschätzung und einen vorsichtigen Umgang miteinander zu achten. So kann der Grundstein für eine vertrauensvolle und positive Arbeit gestaltet werden.

Eine gute Gruppe zeichnet sich sehr durch ihre Mitglieder aus, deren Engagement, Beteiligung und auch den Wunsch nach Veränderung. Eine Gruppe gewinnt und verliert mit ihrem schwächsten Mitglied. Im ASK gibt es im Rahmen von MFT halb offene Gruppen, in welchen sich sowohl TeilnehmerInnen im Zwangskontext als auch zur Gänze freiwillig befinden. Der Wunsch nach einer Trennung war mehrmals spürbar. Die Atmosphäre und der Fortschritt wird stark von der grundsätzlichen Einstellung der MFT gegenüber geprägt. Motivierte Familien scheinen stark unter dem Desinteresse anderer Familien der Gruppe zu leiden. Es ist wichtig, dass Platz für Vertrauen und Emotionen geschaffen wird.

Ein erster wertvoller Erkenntnisgewinn für die Familien stellt sich meist recht bald ein: „Andere haben das auch, wir sind nicht alleine mit diesen Problemen“. Auf diesem Satz basiert das Konzept der MFT. Es geht um ein gegenseitiges Lernen und die Erkenntnis, nicht alleine zu sein mit den Schwierigkeiten. Die Familien bestätigen das in mehrfacher Hinsicht. Das Verständnis, das jemand aufbringen kann, der dasselbe Leid erlebt hat, ist durch nichts zu ersetzen. Dieses geteilte Leid ist für die Familien wertvoll, nimmt Druck und entlastet. Die Eltern und Kinder haben untereinander einen enormen Lerneffekt. Jede/r kann geben und nehmen, dadurch wird jede/r zum Experten bzw. zur Expertin und der Fokus auf den Elternteil mit mangelnder Erziehungskompetenz oder das auffällige Kind schwindet. Wo Vertrauen und ein angenehmes Gruppengefühl herrscht, können auch leicht besondere Momente entstehen; genannt wurden in dem Zusammenhang besonders lebendige und verbindende MFT-Spiele für Groß und

Klein, welche zu neuen Erkenntnissen führten oder Gesprächssituationen, in denen viel Offenheit und Ehrlichkeit herrschte. Die Familien beschrieben auch ihre anfängliche Zurückhaltung diesen Spielen gegenüber. „diese gestalterischen Sachen haben mir immer sehr viel Spaß gemacht, weil es auch eine Familienarbeit war, also wo man ja auch gezwungen ist sag ich mal in der Familie, auch wenn jetzt nicht jeder Lust hat das zu machen, zu basteln oder sonst irgendwas zu machen.“ (Fam. Askfe, 2015, 18) Durch den Gewinn von Entspannung, Gelassenheit aber auch viel Zuversicht ist es den Familien gelungen, wieder mehr zusammenzuwachsen. Einigkeit herrscht darüber, dass das MFT-Wochenende, im Beispiel A ein Arbeitswochenende in Grünberg, das absolute Highlight der Gruppen war. Der intensive Austausch, das Zusammengehörigkeitsgefühl und die dortigen Spiele und Übungen sind den Familien in besonderer Erinnerung geblieben.

3.4. Abschluss der MFT

Die TeilnehmerInnen gut aus dem Setting zu entlassen, hat hohe Priorität für die MFT-TherapeutInnen. Im Gespräch im Vorfeld mit den MFT-TherapeutInnen war davon die Rede, dass die meisten MFT-Therapien zwischen einem und zwei Jahren, also 12 bis 24 Monate dauern würden. Die Verweildauer der interviewten Familien streute etwas stärker und betrug zwischen neun und 30 Monaten; aus den Daten ist diese Diskrepanz der Verweildauer so zu begründen, dass zwei Familien jeweils einen MFT-Durchgang abgeschlossen hatten (Tagesgruppe) und nach einer Pause einen zweiten Durchlauf (Sonntagsgruppe) gemacht hatten.

Es gibt immer gemeinsam erarbeitete Gruppenregeln. Selten kommt es vor dass Familien nicht gruppenfähig sind oder andere Familien nicht respektieren oder die Verschwiegenheit missachten und so die Entwicklung der Gesamtgruppe stören. In einem solchen Fall muss die Gruppe an den Regeln und deren Einhaltung gemeinsam arbeiten. Wenn sich dennoch keine Lösung mit der Gruppe finden lassen sollte, ist es auch möglich dass eine solche Familie die MFT verlässt.

Der Therapieabschluss findet je nach Plan zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt statt, dennoch haben manche ProbandInnen angemerkt, dass sie sich nicht optimal entlassen gefühlt haben. Sie hatten Angst, dass die Problematik nach Abschluss wieder beginnen könnte, auch weil dies ein bekanntes Phänomen einer MFT-Beendigung ist. Diese Angst war groß und teilweise kam die Erkenntnis, dass die Verhaltensänderungen als weniger nachhaltig erlebt wurden, als ursprünglich erwartet oder erhofft. Manche ProbandInnen gaben auch zu, dass sie nicht aufhören wollten und hatten Angst vor einem Alltag ohne MFT und davor die Stabilität der Gruppe zu vermissen.

3.5. Nach der Therapie

Auch nach Abschluss der MFT kommt es in den befragten Familien immer wieder zu Überforderungssituationen. Dass es nach dem Abschluss der MFT zu einer merkbaren Verschlechterung der Problematik kommt, ist eine Beobachtung, die der Einrichtung nicht unbekannt ist. Wutausbrüche daheim oder neuerliche Verhaltensauffälligkeiten waren beschriebene Szenarien nach dem MFT Ende. Erklärt kann dieses Phänomen damit werden, dass nach Abschluss wieder eine neue Phase beginnt und somit Unsicherheiten vorhanden sind, die sowohl die Eltern, als auch das Kind in eine neue Situation versetzen. Die durch MFT gewonnene Sicherheit und Struktur wird verlassen. Dies lässt sich nicht absolut verhindern, aber man kann so gut wie möglich vorbeugen, indem man den Abschlussprozess behutsam begleitet und vorbereitet. Das ASK ist stets um einen gleitenden Abschluss bemüht und rät von abrupten Veränderungen ab. Es ist schwierig, das Erlernte im Alltag weiterhin zu verwenden. Aber es kann nunmehr auf Ressourcen zurückgegriffen werden, die vorher nicht vorhanden oder nicht bewusst waren.

3.6. Veränderungen

Den Eltern wird im Zuge der MFT klarer, dass es nicht vermeidbar ist als Erziehungsberechtigte/r Verantwortung zu übernehmen. Weiters wird ihnen vermittelt, dass die Abgrenzung von dysfunktionalen Situationen wichtig ist und dem Kind/ Jugendlichen altersadäquat mehr Verantwortung in Bezug auf deren eigenes Verhalten zuzuschreiben ist.

Veränderungen innerhalb der familiären Kommunikation sind im Zuge der MFT ebenfalls aufgetreten. Vereinbarungen zwischen Kind und KE werden auf beiden Seiten ernster genommen. Es wird zum Beispiel berichtet, dass es seltener zu Lügen kommt und dass es eine höhere Toleranzschwelle gibt, bis es laut wird.

Dass in der MFT mehr Zeit mit der Familie verbracht wurde, war nicht nur ein positiver Nebeneffekt. Auch die Paardynamik konnte bei manchen Familien positiv verändert werden, die Beziehung und Erziehung davon profitieren. Veränderungen, die durch die MFT erreicht werden haben in manchen Familien dazu beigetragen, dass sich das emotionale Verhältnis zwischen Eltern und Kindern verbessert. Durch den erwähnten Entspannungsgewinn können darüber hinaus Entscheidungen mit mehr Gelassenheit getroffen werden. Ob eine Situation zu eskalieren droht, kann (von den KE) leichter rechtzeitig eingeschätzt werden.

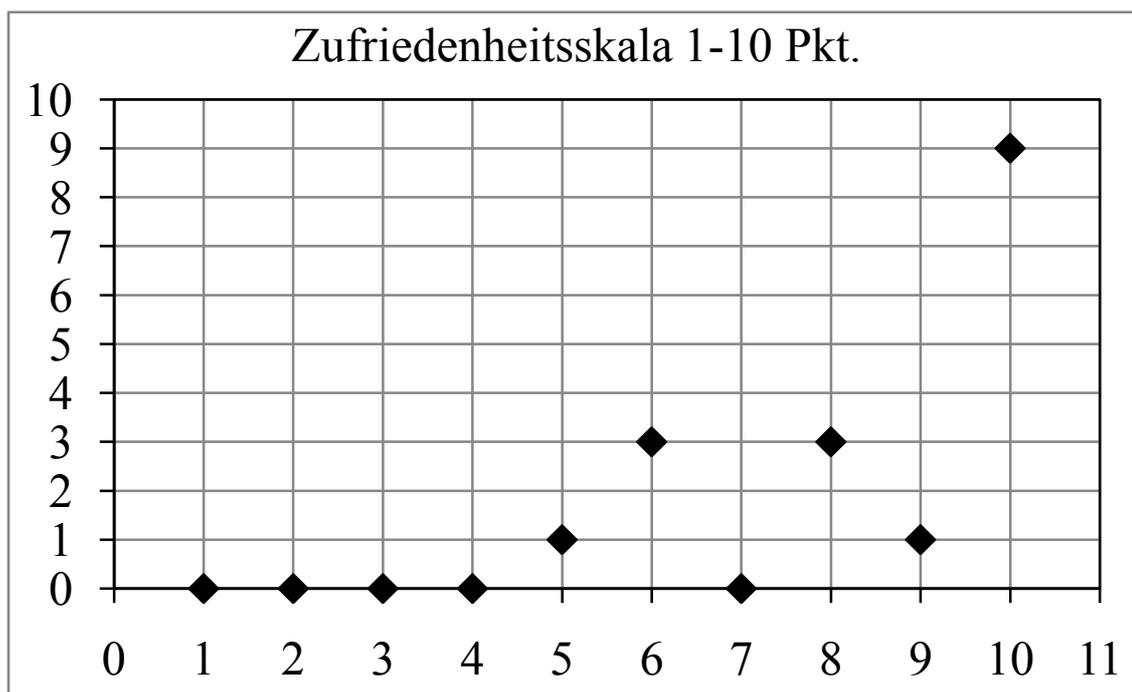
Auch die Schule meldet sich seltener oder nicht nur mit Beschwerden und die gewonnene Selbstsicherheit als Mutter hilft bei Schulgesprächen, denn gerade im Setting der Schule haben Eltern, so wurde berichtet, teils Schwierigkeiten mit ihrem Standing und ihrer Positionierung. Sie haben mit Abwertung von Seiten der Schule zu kämpfen, was ihre Identität als „gute“ Eltern schwächt. Sie kommen „in den Spagat“ in ihrem Bemühen, hinter ihren Kindern zu stehen und gleichzeitig auch mit den LehrerInnen an einem Strang zu ziehen.

3.7. Zufriedenheit und (nachhaltiger) Erfolg

Die Befragten wurden ersucht, das MFT-Angebot auf einer 10-stufigen Zufriedenheitsskala einzuordnen (X-Achse). Auf der Y-Achse befindet sich die Anzahl der Stimmen pro Punktevergabe.

Das Ergebnis kann sich sehen lassen: Von den 20 Befragten vergaben 9 Personen die Höchstnote, also 10 und zeigten damit die höchstmögliche Zufriedenheit. Die Werte 9 und 5 wurden je einmal vergeben, 8 und 6 wurden drei mal, die restlichen Werte nicht genannt. Es gab dem entsprechend keine schlechtere „Einstufung“ als 5, wobei drei Personen keine Angaben machten.

Diagramm A, Zufriedenheitsskala Einrichtung A



Auf die Frage, was sie insbesondere zufrieden gemacht habe, wurden verschiedenste Aspekte genannt. Die Personen, also sowohl GruppenteilnehmerInnen als auch TherapeutInnen hatten daran viel Anteil, der Blick von außen und das direkte Feedback, die praktische Unterstützung und der Austausch, die „Hilfe zur Selbsthilfe“, die Zusammenarbeit und die gemeinsamen Aktivitäten, aber auch der Spass und „die schönen Stunden, die ich in der MFT mit meinem Sohn verbracht habe“ waren konkrete Antworten.

Als effektive Erfolge wurde bewertet, dass gelernt wurde loszulassen, dass wieder zu Gemeinsamkeiten innerhalb der Familie gefunden wurde, dass eine bessere Kommunikation entwickelt wurde, es gelang Kräfte zu tanken und Ressourcen

aufzubauen sowie die Fähigkeit Stärken zu reflektieren, was unter anderem auch den besseren Umgang mit Aggressionen bewirkt.

Interessanterweise ist es für manche Familien offenbar wirklich schwierig gewesen sich nachhaltig Ressourcen anzueignen. Teilweise war die Rede davon, dass durch MFT die Problematik zu Hause für die Zeit der MFT zwar erfolgreich unterbrochen wurde, sich dies aber nach Abschluss der Therapie nicht als so nachhaltig wie gewünscht erwiesen habe.

Es ist also nicht leicht, die in der MFT gelernten Skills weiterhin anzuwenden und nicht wieder in alte Muster und Gewohnheiten zu rutschen. Nach der MFT wird daher das Angebot der monatlichen „Ehemaligen Treffen“ von vielen stark genutzt. Dort können die MFT-TherapeutInnen die Entwicklungen daheim beobachten. Diese Gruppen sind offen gestaltet, es geht um den gemeinsamen Austausch und darum gemeinsam zu arbeiten.

Ein eindeutiges Ergebnis gab es bei der Frage der *Weiterempfehlung*. Alle befragten Familien würden die MFT Familien mit Problemen weiterempfehlen, allerdings nur unter gewissen Voraussetzungen. Es ist wichtig, dass die nötigen zeitlichen Ressourcen vorhanden sind, da das Training intensiv und aufwändig ist. Manchmal braucht es Überwindung und Disziplin zum Öffnen, Energie zum Zuhören und einen großen Reflexionswillen. Man muss sich einlassen können, Bereitschaft zur Mitarbeit und Integration zeigen. Der Wunsch nach Veränderung muss genauso stark sein wie die Akzeptanz Hilfe anzunehmen. Nur wer regelmäßig teilnimmt, hat die Chance, Erfolge sehen zu können, so der Tenor der Befragten.

3.8. Vergleich der MFT mit anderen Helfersystemen

Vor der MFT hatten die meisten ProbandInnen bereits Erfahrung mit anderen Helfersystemen. Der Großteil der Familien hatte teilweise in zweiter Generation Kontakt mit dem Jugendamt. Viele haben davor Familienhilfe beansprucht. Auch Elterngespräche (mit der Einrichtung) sowie Kontakte mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Einrichtungen (KJPP, VITOS) wurden genannt, vereinzelt

wurden bereits Einzeltherapien, aber auch Familientherapie genutzt. „Die MFT vereint die Vorteile einer Einzelfamilientherapie mit den Besonderheiten einer Gruppentherapie.“ (Asen & Scholz, 2012, 20)

Die Erfahrung mit anderen Helfersystemen verlief unterschiedlich, es gab auch mehrere positive Erfahrungen, vor allem mit den Stammschulen. „MFT ist eine Behandlungsform, die zusammen mit anderen Therapien an- und eingesetzt werden kann.“ (Asen & Scholz, 2012, 226)

Eine Interviewfrage richtete den Fokus auf die im Vergleich zur MFT wahrgenommenen Differenzen. Betont wurde als großer Unterschied zu den anderen Maßnahmen vor allem der Austausch untereinander. Auch im Expertinnengespräch war dieser Vergleich mit anderen Gruppentherapien Thema. Laut der MFT Leiterin unterscheidet sich die MFT fundamental dahingehend zu anderen Gruppentherapieangeboten, dass alle dazugehörenden und für die Familie bedeutsamen Systeme miteinbezogen werden können. Das können Großeltern, Stiefeltern oder Scheidungspaare sein. Es gibt kein System, das ausgeschlossen werden muss, sondern je mehr Systeme für die Familien einbezogen werden, umso eher verändert sich etwas für die Familien. Die Grenzen müssen von der Familie und dem jeweiligen MFT-Coach⁵ gemeinsam festgelegt werden.

Die größte durch MFT mögliche Ressource ist die gegenseitige Unterstützung und zwar nicht nur individuell, sondern in der Gruppe. MFT ist mehr als sich im Gespräch austauschen. Da geht beispielsweise eine Familie zur anderen heim und hilft, gemeinsam den Balkon zu entrümpeln, wenn dieses belastende Anliegen eine MFT Übung ergibt. „Ein anderes Highlight war die Situation, dass zwei Mütter einer MFT Gruppe, welche beide wenig Außenkontakte hatten und keine freien Wochenenden, durch MFT auf die Idee gekommen sind, sich die Kinder abwechselnd abzunehmen, damit jede der beiden Mütter auch einen freien Tag hat; die Kinder fanden es Klasse. Das sind Beispiele die man in einer konventionellen Gruppentherapie nicht erleben würde. Diese Familien sind nämlich manchmal so isoliert, dass TeilnehmerInnen der MFT Freunde bzw.

⁵MFT-Coach ist in dieser Arbeit synonym wie MFT-TrainerIn oder MFT-TherapeutIn zu verstehen

Freundinnen werden, manchmal auch Jahre über die MFT hinaus. Ähnliche Phänomene erlebt man fast in jeder Gruppe. Die Familien erleben unterschiedlichste Situationen aus dem Alltag, und stärken sich dabei am Gefühl „ich bin normal“. (Expertin A, 2015, 7)

Eine weitere MFT Qualität ist es, dass die KE von anderen Eltern wieder auf die Leistungen und Qualitäten des eigenen Kindes hingewiesen werden, welche die leiblichen Eltern aufgrund des negativen Fokus gar nicht mehr gesehen haben. Die größte Herausforderung für die MFT-TherapeutInnen besteht darin, vom Ratschläge geben wegzukommen und sich in Geduld zu üben; den Familien die Verantwortung für den Prozess zurückzugeben, damit diese selbständig zu ihren Erkenntnissen und Erfahrungen kommen. So kann sich das Outcome eines langfristigen Lernprozesses manifestieren. Aber auch die schiere Vielfalt an Themen, welche die Familien am Anfang jeder MFT-Einheit einbringen, kann eine große Herausforderung für die anleitenden Personen sein. Das größte Risiko in der MFT ist es, dass man als MFT-Coach einen Prozess anleitet, der nicht zu Ende getragen werden kann. Bei äußerst sensiblen Situationen in der Gruppe oder bei Abschluss einer Therapiesitzung braucht es Flexibilität individuell adäquat zu reagieren. MFT hört nicht um Punkt 17 Uhr auf, sondern geht weiter.

Zu viele Übungen für einen MFT Termin sind nicht geeignet. Viel wichtiger ist, gerade am Anfang mit neuen Gruppen, dass diese sich finden und eine Gruppenkohäsion hergestellt wird. Das kann durch kleine Aufgaben, Pausen und gemeinsames Essen und stattfindende Gespräche entstehen. (Expertin A, 2015, 12)

Auch die Essensituationen sind besonders, weil es da ebenfalls um den Austausch geht und eine Verbindung zueinander hergestellt wird. Die Expertin A nahm im Gespräch Bezug auf den Begründer Eia Asen, der hier ein anderes Vorgehen an den Tag legt: er isst nicht mit, sondern arbeitet auch in der Pause während der Essensituation mit der Familie, beziehungsweise um die Familie herum.

Andere MFT-Einrichtungen handhaben es so, dass die TherapeutInnen im Nachbarraum essen um den Familien auch Zeit für sich zu geben, wo sie sich gegebenenfalls auch untereinander über die MFT-TherapeutInnen auslassen können. (Expertin A, 2015, 14)

Eine mögliche Schwierigkeit der MFT ist die Zusammenarbeit innerhalb des Teams. Manchmal dauert es eine gewisse Zeit, bis klar wird, dass gewisse Teamkonstellationen nicht funktionieren. Die Teamfindung muss präzise bzw. sorgfältig passieren. Gerade wenn tief eingestiegen wird, muss man sich sicher sein können, dass der oder die MFT Team KollegIn den nötigen Raum dafür gibt.

3.9. Resümee

Ein erster wertvoller Erkenntnisgewinn stellt sich meist recht bald bei den teilnehmenden Familien ein, es gab etliche Aussagen in die Richtung: „dann gemerkt, Andere haben das auch, wir sind nicht alleine mit diesen Problemen“. (Familien Askdai, 2015, 5; Askin, 2015, 9; Askfel, 2015, 12) Auf diesem Prinzip basiert das Konzept der MFT. Es geht um ein gegenseitiges Lernen und Beibringen und dabei das Gefühl zu haben, nicht alleine zu sein mit den Problemen.

Die befragten Familien bestätigen dies in mehrfacher Hinsicht. Das Verständnis, das jemand aufbringen kann, der genau dasselbe an Leid erlebt hat, ist durch nichts zu ersetzen. Dieses geteilte Leid ist es, was für die Familien so wertvoll ist, Druck nimmt und wahnsinnig entlastet. Dieses Gefühl kann selbst der erfahrenste Therapeut, die beste Therapeutin nicht geben, obwohl auch diesen eine sehr wesentliche Rolle zukommt, die in der Befragung auch mehrfach betont wurde. Aber sowohl Eltern als auch Kinder haben untereinander einen enormen Lerneffekt.

Die MFT ist keineswegs ein Allheilmittel. Es gibt auch Familien, in denen sich durch MFT nicht viel verändert, weil gewisse Verhaltensmuster über Jahrzehnte festgefahren sind. Schwierig ist es beispielsweise bei Familien mit massiven

psychischen Störungen, welche durch MFT alleine nicht aufgebrochen werden können. (Expertin A, 2015, 14)

Die MFT ist eine anspruchsvolle Therapieform, die viel Bereitschaft, zeitliche Ressourcen und Beteiligung voraussetzt. Aber wer das nötige Engagement und die Geduld aufbringt und sich einlässt, kann schon nach einigen Monaten Veränderungen innerhalb der Familie und im Umfeld wahrnehmen. „... dann irgendwann haben wir gemerkt, dass es wirklich hilft, dass es uns was bringt und das hat sich dann halt zum Positiven entwickelt. So dass ich dann gesagt hab, ich möchte, dass es weitergeht, dass mein Sohn irgendwie noch Unterstützung kriegt und die hat er dann in der TG mit der nächsten MFT gehabt.“ (Askvan, 2015, 3)

Das Resümee der Familien ist zusammenfassend sehr positiv ausgefallen, dennoch gab es auch einige Anregungen für mögliche Verbesserungen.

Wie bereits erwähnt, wurde teilweise der Wunsch nach getrennten Gruppen zwischen freiwilligen Personen und TeilnehmerInnen im Zwangskontext laut. Die Idee einer Trennung resultiert aus dem Gefühl, dass die Entwicklung motivierter TeilnehmerInnen, unter dem negativen Einfluss der sich wenig beteiligenden Mitglieder gebremst wird. Jene Familien, vor allem in der TG lassen sich auch nicht gerne von anderen Familien beraten, was an der Grundidee von MFT tendenziell vorbeigeht.

Ein weiterer Kritikpunkt der ProbandInnen war, dass andere soziale Netzwerke der Familien sehr unter der Intensität der regelmäßigen MFT Termine leiden. Obwohl den Familien bewusst ist, dass es diese Struktur auch braucht und es schwierig wäre, für alle passende Termine und einen geeigneten Rhythmus zu finden, empfinden viele die Wahl des Sonntags als problematisch. Die Kinder müssen teilweise auf sportliche Aktivitäten wie Fußballtraining im Verein verzichten und verlieren dabei manchmal auch den Anschluss an Freunde. Die MFT auf das Wochenende zu verlegen, war nach Auskunft von Expertin A aber nach mehreren verschiedenen Versuchen die strategisch beste Lösung.

Ein Aspekt, mit dem sich die Einrichtung in Hanau in Zukunft eventuell intensiver auseinandersetzen könnte, ist eine noch bessere Aufklärung der Familien vor Beginn.

Der Wunsch mancher Familien nach einerseits mehr direkten Tipps kollidiert mit der Idee anderer Familien nach weniger konkreten Ratschlägen, dafür mit mehr Aufgaben und Übungen. Die MFT verfolgt die Haltung „Ratschläge sind auch Schläge“.

Im Endeffekt muss vor Ort entschieden werden, wie mit solch einem Dilemma umgegangen wird. Möglicherweise kann tageweise entschieden werden, sodass sich alle gehört fühlen und alle Bedürfnisse wahrgenommen werden. Wenn sechs Familien so lange zusammenarbeiten, können sie voneinander lernen, sich gegenseitig motivieren und inspirieren, Ressourcen (wieder) entdecken und aus ihrer sozialen Isolation herausfinden.

4. Ergebnisse von Einrichtung B

Tabelle 3: Die untersuchten Familien der Einrichtung B im Überblick⁶

	Anzahl der Kinder	Geschlecht der Kinder in MFT	Alter der Kinder in MFT	Sorge-recht	Zwangs-kontext	Bildung bzw. Beruf der Eltern	Therapie-teilnehmerInnen
BG1	3	M+M	8, 13	Beide	JA	KM = k.A. KV = Tischler	KM, 2 Söhne und fallweise die LG
BV2	1	M	7	KM	JA	KM = Hauswirtschafterin LG = Kunsttischler	KM und 1 Sohn, fallweise auch der LG
BK3	2	M+W	8	Beide	JA	KM = Konditorin KV = Anlagemechaniker	gesamte Familie in MFT, in der Familienschule ist Sohn mit Eltern
BS4	5	W	13	Beide	NEIN	KM = Hotelfachfrau KV = Pensionist	KV und 1 Tochter
BS6	2	M	7	KM	JA	KM = in Ausbildung zur Restaurant-fachfrau KV = k.A.	KM und Sohn, KV war eingeladen, hat aber keinen Kontakt
BS7	3	M	11	Beide	JA	KE beide 10. Klasse, KM = Hausfrau KV = Elektriker	KM und Sohn

Die Vorgehensweise bei der Evaluierung war mit jener in der Einrichtung A ident und wird in diesem Kapitel daher nicht wiederholt.

⁶ Die Anzahl der Kinder in der Familienschule beträgt immer 1 Kind, einmal 2 Kinder. Es ist nicht üblich dass die Geschwister an Familienklassen teilnehmen

4.1. Die Familien in Einrichtung B

Es soll positiv angemerkt werden, dass sich bei der betreffenden Einrichtung nicht ausschließlich Familien gemeldet haben, welche noch im Kontakt mit dieser standen, sondern dass auch Familien mit eher kritischeren Ansichten eingeladen wurden, an einem Interview teilzunehmen. So gab es im Sample der befragten Familien auch ein Beispiel eines „Therapieabbruchs“, wobei dieser nicht durch die Familienschule ausgelöst wurde. Das Kind wurde Aufgrund der Überforderungssituation der KM zu Hause in einem Heim fremduntergebracht.

Bei den Befragungen in der Einrichtung B kam es zu sieben Interviews. Dabei handelt es sich um sechs Familieninterviews und ein Expertinneninterview mit der Leitung der Familienschule, Expertin B.

In den sechs befragten Familien gab es in Summe 13 Kinder, die sich auf eine Einkindfamilie, drei Familien mit zwei minderjährigen Kindern, und zwei Familien mit drei Kindern verteilten. Zu den Erfahrungen wurden insgesamt fünf KM, drei KV und ein Sohn befragt. Die ProbandInnen aus Familie BG1 waren die Mutter und ihre zwei Söhne (8 und 13), der Kindesvater lebt zwar in der Familie, nahm allerdings weder an der Familienschule noch am Interview teil. Weitere ProbandInnen waren die Familie BV2 bestehend aus KM, KV und einem Sohn (7). Familie BK3 setzt sich aus KM, KV, einem Sohn (8) und der Tochter (12) zusammen. Der geschiedene und allein erziehende Vater der Familie BS4 und seine Tochter (13), die KM der Familie BS6 und ihr Sohn (7), sowie die Familie BS7, ebenfalls die KM und ihr Sohn (10) runden die Interviewtenliste ab. Das Alter der Kinder bezieht sich auf das Alter während der MFT.

Das Interview wurde zwischen 1 und 3 Jahre nach der Familienschule geführt.

Das monatliche Einkommen der Familien differierte; es lag bei vier Familien unter 1.800.— bei einer Familie unter 2.600.—, und bei einer Familie unter 3.500.—. Auch in diesem Sample erwähnten einige Befragte, dass sie verschuldet sind. Bei keiner Familie war ein Migrationshintergrund gegeben.

In den interviewten Familien waren ebenfalls verschiedene Familienmodelle vertreten. So finden sich neben zwei Mutter - Vater - Kind Familien wo jeweils die KM an der MFT teilnahm, zwei Familien mit alleinerziehenden Müttern, ein lesbisches Paar und eine Familie, wo der Vater die MFT gemeinsam mit der Tochter durchlief.

Das Sorgerecht war bei vier der Familien zwischen den Eltern geteilt, in zwei Familien lag das Sorgerecht bei der Mutter.

Bei der Familienschule ist im Gegensatz zur MFT-Gruppe anzumerken, dass nicht die ganze Familie an der Therapie teilnimmt. Viele der IndexklientInnen haben Geschwister. Der Rahmen der Klasse und die zeitliche Komponente lässt aber nicht zu die Geschwister in den Unterricht einzubinden. Dies ist aber auch nicht unbedingt notwendig, nachdem zumindest ein Elternteil anwesend sein muss und die Probleme primär in der Schule stattfinden und den Alltag zu Hause nur sekundär betreffen.

Auch hier weisen viele der Familien eine längere Problemgeschichte auf. Missbrauch, Gewaltanwendung und Aggressionen bei Kindern und Erwachsenen waren häufige Problemlagen.

4.2. Therapiebeginn

Für alle sechs Familien gab es *direkte Auslöser* die im weiteren Sinne zu der Maßnahme der Familienschule geführt hatten. Die Ursachen sind ähnlich wie in Einrichtung A Aggressionen und Gewaltvorkommnisse, Erziehungsüberforderung und inkonsequentes Erziehungsverhalten. Unlösbare Konflikte zwischen den Erziehungsberechtigten und deren Kindern im Kontext der schulischen Einrichtung, stellen dabei ein Schlüsselement dar. Schulische Suspendierungen, große Probleme in der Schule, Schulverweigerung resultierend aus unterschiedlichen Gründen, vor der Schule oder im Unterricht, kann durch Überforderung verursacht werden. Auch ADHS und ein zu häufiger Wechsel von Bezugspersonen können Unruhe auslösen, aus welchen Verweigerung und Hilflosigkeit resultieren. Starke seelische Belastungen durch die prekäre Situation

und ein Suizidversuch in der Stammschule wurden ebenfalls thematisiert. Der Problemherd beschränkt sich nicht ausschließlich auf die Schule; manche KE beschrieben auch Situationen und Konflikte zu Hause. Aber auch das Phänomen, dass es zu Hause mit den Kindern gut geht und die Probleme ausschließlich in der Schule auftreten, wurde von KE beschrieben. Die Schule wolle ihnen dann aber manchmal nicht glauben.

Eine gute Gruppe zeichnet sich sehr durch ihre Mitglieder aus, deren Engagement, Beteiligung und auch den Wunsch nach Veränderung. In der Familienklasse gibt es ausschließlich offene Gruppen, in welchen sich sowohl TeilnehmerInnen im Zwangskontext als auch zur Gänze freiwillig befinden.

Zwei Familien haben sich hilfeschend an das jeweilige Jugendamt gewandt um Unterstützung zu bekommen. Vier Familien wurde die Teilnahme als Zwangsmaßnahme vorgeschrieben. Eine Maßnahme wie die Familienschule steht, zumindest bei dem Modell wie es von Einrichtung B angeboten wird, oft als letzte Alternative zu einer Fremdunterbringung der Kinder/Jugendlichen. Deshalb empfanden manche Familien in der Familienschule die Maßnahme als erzwungen. Sie hatten keine Wahl, die einzige Alternative wäre gewesen, dass ihnen die Kinder weggenommen werden. (BG1, 2015).

Die Familien hatten vor Beginn der Familienschule immer die Möglichkeit für mehrere Informationsgespräche. Die *Erwartungen* der KE und Kinder sahen dabei recht unterschiedlich aus. *Ängste* gab es bei den Kindern weniger als bei den KE. Schwierigkeiten bezüglich der Eingewöhnung im Zuge des Schulwechsels der Kinder in die Familienschule wurden allerdings genannt. Nicht immer muss die Situation durch eine externe Hilfe besser werden. Die erstmalige Verschlimmerung der Situation am Anfang der MFT ist normal, auch dass sich Kinder nicht nur positives von anderen anschauen. (Expertin B, 2015)

Ängste der Eltern waren, dass ihre Kinder im Kontakt mit anderen gewalttätig werden könnten. Die zeitliche Intensität war für viele Familien ebenfalls eine Belastung. Die Befürchtung, dass auch die Familienschule gar nicht klappen würde, wurde immer wieder genannt. Viele Familien berichteten von dem Druck,

was passieren würde, wenn die MFT nicht greift, und dass es im weiteren Verlauf zu einer Kindesunterbringung kommen könnte. Bei den Eltern waren am Beginn weiters vor allem Zweifel hinsichtlich der Nützlichkeit von MFT erkennbar und bezüglich der Akzeptanz des Angebots durch ihre Kinder, diese Skepsis war in einigen Familien anfangs stärker vorhanden.

Auf der anderen Seite stand natürlich die große *Hoffnung* der KE, dass sich das Kind einsichtig zeigen würde, wieder die Regelschule besuchen würde und versteht, dass sein/ihr Verhalten Konsequenzen für die ganze Familie mit sich bringt. Diese hohe Erwartungshaltung an sich, die Kinder und die Einrichtung macht natürlich auch Druck.

Einige Familien befürchteten, dass ihre Kinder negative Verhaltensweisen anderer Kinder übernehmen könnten und dadurch mitunter eine Verschlechterung eintreten könnte.

Genannt wurden auch Schwierigkeiten auf Seiten der berufstätigen KE bezüglich der neuen Situation ohne Job. Jeden Tag eng mit dem eigenen Kind arbeiten zu müssen, im engen Kontakt in der Schule aber auch davor und danach zu Hause, ohne Auszeit von einander, war für manche KE eine enorme Herausforderung, gerade dann, wenn die Beziehung zwischen KM und Kind schon länger als instabil beschrieben wurde. Die Angst von den eigenen Kindern vor anderen Familien bloßgestellt zu werden wurde ebenfalls genannt.

Die wenigsten Zweifel bewahrheiteten sich in der Umsetzung, dementsprechend wurde die MFT Erfahrung wesentlich positiver erlebt als erwartet. Lediglich die Intensität und das nötige zeitliche Ausmaß, welches es für die MFT braucht, wurde auch nach Abschluss noch kritisch angemerkt. Die dementsprechende prekäre finanzielle Situation blieb bis zuletzt ein vorherrschendes Thema der Familien.

„Nein, also das ist auch so ein Problem. Die Eltern wissen z.B. gar nicht, wie sie sowas handhaben sollen, weil in dieser Zeit war ich z.B. nicht vermittelbar, weil ich keine Betreuung habe, weil ich ja mit in der Therapie bin. Das heißt ich habe in der Zeit nicht einmal als arbeitslos gegolten, wir wussten halt gar nicht, kriege ich jetzt Arbeitslosengeld, krieg ich Hartz IV.“ (BV2, #00:35:35-9#, 2015)

Im Schriftverkehr mit der Leitung der Einrichtung B (2016) wurde in der Feedbackschleife klargestellt, dass es durch vermittelnde Gespräche mit den JobcentermitarbeiterInnen möglich ist, eine Befreiung der Verpflichtung zur Vermittelbarkeit zu erzielen, „was in allen Fällen bisher gelungen sei“. Die Betroffenen hätten dadurch Anspruch auf Transferleistungen erhalten was den finanziellen Druck erleichtert.

Das vorherrschende *Ziel* war immer die Rückführung zu einem regelmäßigen Schulbesuch. (Expertin B, 2015) Die Wünsche der Eltern waren, dass die Gewalt und die Auffälligkeit der Kinder nachlassen möge und dass sie sich im Unterricht besser anpassen und integrieren können. Auch die Aufarbeitung der eigenen Familiengeschichte wurde als Ziel genannt. Andere Ziele waren eine Verbesserung in der Konsequenz ihren Kindern gegenüber. Von Seiten der befragten Eltern wurden weiters die Besserung des Verhältnisses zum Kind und ein Rückgang der Konflikte und Aggressionen genannt. Andere KE nahmen sich gänzlich zurück und konzentrierten sich ausschließlich auf die Ziele der Kinder: regelmäßiger Schulbesuch, mehr Erfolgserlebnisse, Vermeidung von Konflikten, respektvoller Umgang mit Erwachsenen und anderen Kindern oder einer Verbesserung in der Ausdrucksweise waren hierbei die konkreten Hoffnungen.

Die Sicht des einzigen interviewten Kindes war ähnlich. Ebenso wurden das Verhältnis zu den Eltern und die Schule als Problemthemen genannt, welche verbesserungswürdig wären. Weniger Wut und Aggressivität aber auch öfters in Ruhe gelassen zu werden, stellten Anliegen des Kindes dar. Explizit wurde von diesem Kind auch der Wunsch nach mehr körperlicher Nähe zur KM genannt.

Hier gilt es anzumerken, dass das anwesende Kind bei dem Interview zurückhaltend war und es auch zu Situationen kam, wo r Junge offensichtlich die Ideen und Wünsche bzw. Ziele der Eltern oder auch der Zielvereinbarung mit dem Jugendamt wiedergegeben hat. Ebenfalls auffällig war, dass selbst direkte Fragen an ihn von der KM beantwortet wurden.

Erwartungen anderer Personen wurden ausschließlich den Dokumenten entnommen, dementsprechend waren dies Zielformulierungen der MitarbeiterInnen des Jugendamtes oder auch von der Institution. Das Richtungsziel war dabei die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme am Unterricht. Als Handlungsziel für den/die Indexklienten/ Indexklientin wurden zum Beispiel Impulskontrolle oder selbständiges Arbeiten im Unterricht genannt. Die Beziehung zwischen der KE und dem Kind sollte in diesem Beispiel anhand von mehr gemeinsam verbrachter Zeit ebenfalls verbessert werden.

Jede Familie hat natürlich ihre eigenen individuellen Ziele, zusammen gefasst geht es ihnen um ein besseres Familienleben und die Hoffnung dabei (endlich) Hilfe zu bekommen. Die Stärkung des Selbstwertgefühls, allem voran der regelmäßige Schulbesuch, der konsequente Umgang mit Regeln und Strukturen im Alltag, besseres Konfliktmanagement, die Steigerung der Erziehungskompetenzen, eine Verbesserung des Sozialverhaltens des Kindes sowie das Äußern und gegenseitige Wahrnehmen von Bedürfnissen, waren häufige Ziele für die Familien. Diese Ziele wirken teilweise optimistisch-fordernd, teilweise aber auch überfordernd auf die Familien ein. Die Probleme in ein gelingendes Miteinander zu verwandeln und dabei durch die Therapie die nötige Unterstützung und Hilfe zu bekommen, ist vor allem bei jenen Familien die der MFT Maßnahme freiwillig zustimmen groß.

Der Wunsch nach einer Trennung in zwei Gruppen war mehrmals spürbar. Die Atmosphäre und der Fortschritt werden stark von der grundsätzlichen Einstellung der MFT gegenüber geprägt. Motivierte Familien scheinen sehr unter dem Desinteresse anderer Familien der Gruppe zu leiden. Es ist wichtig, dass Platz für Vertrauen und Emotionen geschaffen wird.

Auch in Einrichtung B waren die Kindesväter tendenziell seltener vertreten, was daran liegt, dass die Väter sich teilweise nicht mehr im Familienverbund befinden, vereinzelt auch an sozioökonomischen Faktoren. Die meisten der KE mussten sich entscheiden welcher Elternteil seinen Job unterbricht, oder gar aufgibt, um

das Kind in der Familienschule für den gesamten Zeitraum der intensiveren Phase viermal die Woche zu begleiten. Das sind teils immense Hürden für die Eltern und deren Arbeitgeber, diese zeitlichen- und finanziellen Ressourcen aufzubringen. Diesbezügliche existentielle Sorgen wurden mehrfach von den Familien im Gespräch geäußert. Vor allem weil sich die Anfangs von den Familien verstandenen sechs Wochen an MFT Gesamtdauer nicht realistisch umsetzen lassen. (BK3, 2015, #00:05:17-7#) Aus zeitlichen, aber auch aus finanziellen Gründen ist in der Familienschule meistens ein fixer Elternteil dabei.

Ein Widerstand beim gemeinsamen arbeiten oder bei den MFT Übungen einzelner KE und Kinder ist immer schwierig für die gesamte Gruppe, und wurde oft von anderen Familien beklagt. „Ich sag mal von acht Eltern waren jetzt vielleicht zwei die sich dem normal gefügt haben und sich darauf eingelassen haben, und die anderen sechs haben irgendwie rebelliert.“ (BK3, 2015, #00:29:46-3#) Somit lässt sich feststellen, dass bei einzelnen KE ein ähnlich störrisches Verhalten zu beobachten ist wie bei den Kindern. Im Sinne der Gruppendynamik müssen solche Situationen besprochen und alle Familien mit einbezogen werden.

Laut Expertin B gibt es wenig direktes Lob für MFT, oft viel Klage und Widerstand aufgrund der Intensität. Vor allem die Eltern beklagen sich, wie anstrengend und mühsam die Aufgaben sind und liefern damit auch ein Negativbeispiel für ihre Kinder. Diese Probleme werden ebenfalls untereinander besprochen. Dennoch sind Therapieabbrüche selten; es wurde während der Evaluation keiner beobachtet und kam in der Geschichte der Familienschule der Einrichtung B auch erst einmal vor. (Expertin B, 2015) Somit kann von einer sehr geringen Abbruchrate gesprochen werden. Ein Kind wurde in der Zeit der Familienschule fremduntergebracht.

4.3. Therapieverlauf

Die in weiterer Folge dargestellten Inhalte sind Beispiele und Schilderungen aus dem Alltag innerhalb der Einrichtung und sind weder verallgemeinerbar noch eine Garantie für einen typischen Verlauf in einer Familienschule.

Die Familienschule wird in der Einrichtung B als halboffene fortlaufende Gruppe geführt. Familien können jederzeit einsteigen, die Dauer der Teilnahme wird in der Regel gemeinsam mit dem Kostenträger festgelegt⁷. Der Methode entsprechend werden die drei bis 10 Familien in der Klasse von zwei MFT-TherapeutInnen und einem/einer PädagogIn geführt. Leider kann ein derartig hoher Betreuungsschlüssel nicht bei allen Modellen von Familienklassen anderer Organisationen gewährleistet werden. Es wird zusätzlich darauf Wert gelegt, dass die MFT-TherapeutInnen nach Möglichkeit beide Geschlechter vertreten. Dies kann leider aber auch nicht immer garantiert werden.

Das Verhalten am *Therapieanfang* unterscheidet sich etwas zwischen freiwillig teilnehmenden Familien und jenen, die der MFT als Auflage des Jugendamtes zumindest anfangs skeptisch gegenüber stehen. Bei positiv gestimmten KE war teilweise von Anfang an hohe Kooperationsbereitschaft und Reflexionswille da. Die Kinder haben unterschiedlich lange gebraucht bis sie das neue Umfeld angenommen haben, und sich von ihrer natürlichen Seite zeigen konnten. Viele Familien benötigten nicht länger als ein Monat bis zum vollen Einstieg. Es dauerte nicht lange bis Vertrauen in die unbekannte Gruppe aufgebaut wurde, die Teilnehmenden waren aufgrund des hohen Leidensdrucks auch bereit persönliche Dinge mit den Anderen zu teilen. Den meisten gelang dies sofort, die Mehrheit der Eltern konnte rasch einsteigen und auch den Kindern ging es ähnlich. Tendenziell sind die Kinder anfangs zurückhaltender und schüchterner. Bis sie sich an die neue Umgebung gewöhnt haben, vergehen in der Regel etwa vier Wochen. Es wurden auch Schwierigkeiten im Hinblick auf die Kombination zwischen Familienschule und Stammschule genannt. Vereinzelt kam es dazu, dass sich

⁷Kostenträger ist in Deutschland das Jugendamt, in Österreich die Kinder- und Jugendhilfe

Kinder in der Familienschule gut integrieren konnten, aber die Probleme in der Stammschule unverändert blieben.

Die neue Situation war für Alle eine Herausforderung. Der intensive Austausch mit den anderen Familien, speziell was das Verhalten und die Lautstärke der anderen Kinder angeht wurde teilweise als anstrengend und chaotisch erlebt, vor allem, wenn die Familienschule vier Tage in der Woche stattfindet.

Der Hilfeverlauf hat ein *Zwei-Phasen-Modell*, in dem Aufnahme bis Reintegration enthalten sind. In der A-Phase müssen die KE täglich bzw. Montag und Dienstag, sowie Donnerstag und Freitag mit dem Kind in der Familienschule sein. Mittwochs ist Stammschulentag und Supervision für die MFT-TherapeutInnen. (Expertin B, 2015)

„Die ersten 6 Wochen läuft eine Clearingphase, wo geschaut wird, ob die Familie zur Gruppe passt.“ (Expertin B, 2015, #00:08:13-6#) Gegebenenfalls muss eine andere Hilfe für die Familie gefunden werden. MFT ist nichts für Personen die absolut keine Gruppenmenschen sind. (Expertin B, 2015)

Durch die Befragung der ProbandInnen wurde sehr deutlich, dass sechs Wochen zu kurz bemessen sind und häufig gerade die erste Phase auch länger dauert. MFT findet vier mal die Woche sehr intensiv statt. Die KE müssen innerhalb der A-Phase täglich anwesend sein. Aufgrund der Intensität von vier Familienschultagen pro Woche wie es in diesem Modell für „Schulverweigerer“, üblich ist -andere Familienklassenmodelle arbeiten auch nur an einem Tag pro Woche, und sonst in der Regelschule - so entsteht der Vorteil des wesentlich intensiveren Rahmens und der wahrscheinlich kürzeren Gesamtdauer.

Zunächst kommen alle Familien in der Klasse zusammen, je nach Bedarf, Tageszeitpunkt und Anliegen der Familien kann sich die Konstellation im Verlauf des Tages ändern. So kann es möglich sein, über eine gewisse Zeit in der Gesamtgruppe zu arbeiten, es besteht aber auch die Möglichkeit, die Großgruppe phasenweise bzw. kurzzeitig in Eltern- und Kinder-, Mütter- und Vätergruppen zu trennen. Auch dass eine Familie mit einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin

separat arbeitet, während die anderen Familien weiter in der Gruppe sind kann gelegentlich vorkommen. Ein Familientag dauert etwa 4 Stunden.

Zum Tagesablauf ist zu sagen, dass jeder Tag mit einem gemeinsamen Frühstück beginnt, und die MFT vor der Entlassung mit einem gemeinsamen Mittagessen als Teil der Familienschule endet, was den meisten gut gefiel und kostenlos für die Familien zur Verfügung gestellt wird.

Der Wochenplan (Stand 2014) sah exemplarisch bei Einrichtung B wie folgt aus; Montag und Dienstag findet in der Familienschule der Regelunterricht von 8.00-10.10 Uhr statt, wobei Montags immer das Wochenziel für jeden Schüler/jede Schülerin festgelegt wird. Danach gibt es im Anschluss bis 11:15 Uhr MFT. Zum Abschluss oder auch ad hoc finden Elterngruppen statt, wenn es eine Situation verlangt. Diese Beratungsrunden untereinander wo darüber geredet wird, was denn die anderen KE in bestimmten Situationen machen würden, finden aber mindestens zwei mal die Woche für 75 min statt. Mittwochs ist Stammschultag, währenddessen die MFT-TherapeutInnen ihre Supervision haben. Donnerstag findet die Musiktherapie ihren Platz, in Kombination mit MFT. Freitags gibt es noch einmal einen klassischen MFT-Tag, manchmal auch draußen im Schulgarten wenn das Wetter und die Situation es zulässt. (Expertin B, 2015, #00:33:51-8#)

In der B-Phase müssen die KE nur mehr an einem Tag in der Woche anwesend sein.

Vom ehemaligen Drei-Phasenmodell wird die C- Phase nun als ambulante Phase angeboten. Laut Expertin B (2015) handelt es sich hierbei um die Stabilisierungsphase, welche ambulant alle 2 Wochen als Nachbetreuung durchgeführt wird. Mit der Familienklasse selbst hat dies nichts mehr zu tun. Um dem Wunsch „an tragfähigen Veränderungen der gesamten Familie zu arbeiten“ nachzukommen, wurde ein derartiges Programm ins Leben gerufen. (BK3, 2014, DOK 3). Von den Familien wurde positiv angemerkt, dass es aber immer die Möglichkeit gab, Anliegen persönlich oder telefonisch nach zu besprechen. In der gesamten Therapie, werden die Familien punktuell, bei Bedarf oder zur Klärung des Auftrags, zur Zwischenbilanzierung und zum Abschluss der Maßnahme befragt.

Um die Umsetzung des in der MFT Erlernten zu begleiten und die Nachhaltigkeit der Hilfe zu gewährleisten, hat sich gezeigt, dass das Eltern-Setting von großer Bedeutung ist: Es gibt für Eltern die Möglichkeit auf Austausch ohne TherapeutIn, zum Beispiel in wöchentlichen Elternrunden innerhalb der Schule oder in selbstorganisierten Treffen außerhalb der Familienschule. In den Interviews wurde der Wunsch nach häufigeren Elternrunden in der Schule laut. Es gäbe genug Reflexionsmaterial, gerade für die KE. Mit MFT soll ein Ort für Austausch entstehen, auch für die Geschichte der KE, denn so etwas braucht einen guten Schutz und einen guten Raum. (Expertin B, 2015)

4.4. Erste Erfolge

Die ersten Anzeichen von Problemreduzierungen wurden nach vier Wochen bis sechs Monaten wahrgenommen, in den meisten Fällen wurde bereits eine gewisse Veränderung nach sechs Wochen sichtbar. Dies wurde individuell an ganz unterschiedlichem festgemacht, manchmal an positiven Rückmeldungen aus der Stammschule. Bessere Mitarbeit, ruhigeres Verhalten, Hausaufgabenerledigung, weniger Wutanfälle und schnelleres Beruhigen danach wurden als Anzeichen der Verbesserung wahrgenommen. Es wurde auch deutlich, dass zumindest drei Kinder wieder in ihre Regelschule zurück wollten, auch aus den Bedenken heraus, etwas verpassen zu können. Eine massive Veränderung einer Familie wurde ebenfalls geschildert, dort kam es innerhalb der ersten sechs Monate zu einer Fremdunterbringung eines der beiden Kinder der Familienschule. Danach lief es mit dem jüngeren Bruder in der Familienschule besser. Eine Fremdunterbringung kann manchmal auch durch MFT nicht vermieden werden, doch fühlen sich die Familien besser darauf vorbereitet und begleitet, wenn diese dennoch notwendig wird. Eine klärende Trennung kann dann Erfolg im weiteren Sinne sein und eine vorübergehende Unterbringung kann Abstand bringen und damit die Option für einen späteren Neustart sein.

Bei einigen Familien war zu beobachten, dass das Verhalten der Kinder erstmal schlechter wurde, bevor es besser wurde. Deshalb gilt es an dieser Stelle herauszuheben, dass Veränderungen nicht stetig kontinuierlich auftreten, sondern

man sich in einem ständigen Auf und Ab von guten und schlechten Phasen bewegt. Im besten Fall gibt es dabei eine tendenzielle Verbesserung und eine Zunahme der guten Momente.

Das Gefühl (wieder) gute Elternarbeit zu machen stellte sich bei den befragten Müttern und Vätern zu verschiedenen Zeitpunkten ein. „Ich hatte mir das am Vormittag mal angeschaut und was ich halt gut fand war dieser kleine Kreis von Eltern, wo man dann mal auch andere Eltern hat, die ebenso dieselben Probleme mit ihren Kindern haben. Und ich sag mal wo man nicht wie in einer normalen Schule die Rabenmutter ist oder so ...“ (BK3, 2015, #00:06:14-6#) In einem Abschlussbericht ist zu lesen: „C. hat sich in ihrer Schule gefestigt. Sie hat eigenständig einen Freundeskreis aufgebaut und zeigt innerhalb der schulischen Anforderungen eine dauerhafte und gefestigte Leistungsbereitschaft. Es gelang ihr, regelmäßig und zuverlässig die Schule zu besuchen, und es kam bisher nicht mehr zu unentschuldigtem Fehltagen. Auch im familiären Bereich zeigt sich C. weiterhin stabil in ihren Veränderungen. Sie nimmt aktiv an Hausarbeiten teil und ist auch in Konfliktsituationen für die Eltern erreichbar in der Kommunikation und Konfliktlösung. C. zeigt auch im Freizeitbereich ein stabiles aktives und nach außen gerichtetes Verhalten bezüglich ihrer Freundschaften und Unternehmungen. Die familiäre Situation hat sich zwischenzeitlich eingespielt und Konflikte können im gegenseitigen Einvernehmen gelöst werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Eltern ist gegenseitig wertschätzend, kooperativ und regelmäßig. Der KV kommt mehrfach die Woche in die familiäre Wohnung und unterstützt die Familie in allen Belangen.“ (BS4, 2013, DOK3)

Viele der betroffenen Eltern machten sich Vorwürfe, hatten lange das Gefühl an vielen negativen Dingen Schuld zu sein und Verantwortung dafür zu haben oder in der Erziehung versagt zu haben. Eine interviewte Person sprach darüber, dass sie durch MFT, vor allem durch das positive Feedback der Eltern und der TherapeutInnen, wieder zu mehr Stärkung und Kraft gefunden hätte und ihr dieses sehr geholfen habe.

Die TherapeutInnen geben keine direkten Antworten, das wurde manchmal hilfreich, manchmal aber auch als irritierend und nervig erlebt, gerade in ohnedies angespannten und heiklen Situationen waren für manche die „Warum“, und „Wieso denken Sie, dass ...“ schwer zu ertragen. Manche Eltern konnten aber feststellen: „Wenn du als Elternteil auch zwischen den Zeilen lesen kannst und genau zuhörst, dann kriegst du deine Antworten.“ (BK3, 2015, #00:29:46-3#)

Therapiemaßnahmen/Therapiemethoden: Das in der systemischen Therapie typische und bekannte „Positiv-konnotieren“ kam unterschiedlich an, weil es für viele Familien ein ganz neuer Ansatz war, ungewohnt war, nicht auf Probleme zu fokussieren. Aus Sicht der MFT ist es aber immens wichtig, dass der Schwerpunkt auf das gelegt wird, was bereits funktioniert, sich darauf zu konzentrieren, was der Familie und den einzelnen Mitgliedern bereits gelingt, wie es sich auch in Einrichtung A zeigte. Dies trägt dazu bei, dass die Negativspirale unterbrochen wird und Neues entstehen kann. Durch den Zuspruch erleben sich die Familienmitglieder wieder gestärkt und erkennen sich in ganz neuen Rollenbildern wieder. Bei diesem lösungsorientierten Ansatz bekommen die Familien viel Feedback der anderen GruppenteilnehmerInnen beziehungsweise der *MFT-TherapeutInnen*.

Gerade die Chemie zwischen den TherapeutInnen und den KE muss stimmen. In der Schilderung der ProbandInnen zeigte sich die Einrichtung flexibel genug, hierbei auch individuell mit einem Therapeutenwechsel zu reagieren. Die anderen Familien als Außenstehende können neue Perspektiven einbringen, die helfen können, wenn man denkt nicht weiterzukommen. Diese Ratschläge haben dabei nicht den Charakter als würden sie von „oben“ aufoktroziert werden. Die Gruppe bietet gleichzeitig auch einen guten Ort, um Emotionen freien Lauf zu lassen, denn auch streiten will gelernt sein. MFT ist kein konfliktscheuer Raum, aber ein Setting, bei dem darauf geachtet wird, dass jede/r eine Stimme hat und miteinander wertschätzend umgegangen wird. Es soll jede/r am Ende das Gefühl haben, so viel wie möglich an Skills mit nach Hause nehmen zu können oder Ballast dagelassen zu haben.

Faktoren, die sich besonders bewährt haben und von den KE genannt wurden, waren zum Beispiel ein häufigerer Einsatz der Elternrunde, der Einsatz der Kamera, der anschaulich gewisse Verhaltensmuster zur Schau stellt, Hinweise zum konsequenteren Umgang und die gemeinsamen Rollenspiele. Als sinnvoll für die Kinder wurde die gesamte Familienschule genannt, das Belohnungssystem inklusive der Auswertung. Hierbei handelt es sich um eine Tagesfeedbackrunde, wo jeder aus der Runde jedem Kind sagen kann, was gut und was nicht gut geklappt hat. Das gesamte Feedback wird notiert und wöchentlich zusammengefasst individuell belohnt. Diese Form der Rückmeldung stößt bei vielen Kindern auf großen Anklang, wie auch ein Spiel („Stuhltausch“), bei dem es darum geht, reihum als Elternteil für eine gewisse Aufgabe ein anderes Kind zu betreuen und nach einem gewissen Zeitraum wieder weiter zu wechseln. Dies wurde von den Eltern teils positiv, teils ablehnend beurteilt, abhängig von der Auffälligkeit des jeweiligen Kindes.

Weitere bei den meisten beliebte Aktionen waren ein Schatzkistenbau und das Briefe schreiben. Jede Familie bastelt am Anfang für sich eine Schatzkiste, in die im Laufe der MFT Erarbeitetes eingeworfen wird und am Therapieende übergeben wird. Beim „Brief an sich selbst“ handelt es sich um eine Art Verlaufsbericht, den die KE selbst verfassen. Nach sechs Wochen wird dieser dann zugeschickt. Veränderungen werden dadurch sichtbar gemacht und veranschaulicht.

Die Familien beschrieben ihre anfängliche Zurückhaltung den Spielen gegenüber. Ein beliebtes Spiel war zum Beispiel die „Wut-Vulkan Zeichnung“: Da ging es darum festzulegen, was einen tief innerlich wütend macht und was einen auffrisst. Danach galt es dem Ventil einen Namen zu geben und die Zeichnung zu präsentieren. Ebenfalls erwähnt wurde die Zeichnung des „Eisberg Modells“ oder das „Warme Dusche Spiel“.⁸ (BG1, 2015)

In der Familienschule wird niemand von oben herab behandelt, selbst wenn es den Kindern nicht gelungen ist mitzumachen, werden sie dafür gelobt ruhig zu sitzen. Allgemein gab es immer viel Lob an die KE und die Kinder.

⁸ Eine ausführliche Beschreibung von praktischen Übungen in der MFT findet sich in Eia Asen, Michael Scholz, 2012.

Eine Mutter formulierte, dass sie dank der Gruppe nun wisse, dass sie keine Rabenmutter sei, sondern eine Mutter wie jede andere; mit Fehlern, die sie erkennen, reflektieren und auch verändern kann.

Auch die Erkenntnis, dass es anderen Familien noch schlechter geht, kann beruhigen und die Ausdauer verlängern. Nur eine Mutter hatte immer das Gefühl, dass sie alles richtig macht und fragte sich, womit sie ihre Kinder verdient habe. Sonst wurde eher festgestellt, dass der früher übliche Fokus auf die Dinge, die man falsch gemacht hat, verlagert werden konnte in Richtung konstruktivem Erkenntnisgewinn. In einem Fall gab es sogar direkte Anzeichen von Dankbarkeit von Seiten der Tochter für ihre Mutter ab dem Zeitpunkt des regulären Schulbesuchs. Durch den Gewinn von Entspannung, Gelassenheit aber auch viel Zuversicht ist es den Familien gelungen, wieder mehr zusammenzuwachsen.

Nach *besonderen Momenten in der Familienschule* wurde ebenfalls gefragt. Einigkeit herrschte darüber, dass die MFT Ausflüge und das Ferienangebot, zum Beispiel ein Ausflug zur Ostsee, absolutes Highlight der Gruppen war.

4.5. Abschluss der MFT

Im Gespräch im Vorfeld mit den TherapeutInnen der Einrichtung B war davon die Rede, dass für den gesamten Hilfeverlauf von mindestens 10 Monaten auszugehen ist. Die Verweildauer der interviewten Familien streute etwas stärker und betrug neun bis 21 Monate. Diese Erfahrungen decken sich mit der Aussage, dass die KE sich schlecht informiert gefühlt haben und ihnen kürzere Therapiezeiten prognostiziert wurden. Nicht aus den Daten eruierbar ist, woraus sich diese Diskrepanz der Verweildauer begründen lässt.

Manche ProbandInnen haben angemerkt, dass sie sich nicht optimal entlassen gefühlt haben. Sie hatten Angst, dass die Problematik nach Abschluss wieder beginnen könnte, auch weil dies ein bekanntes Phänomen bei Beendigung von Sozialdiensten ist. Diese Angst war groß und teilweise kam die Erkenntnis, dass die Verhaltensänderungen als weniger nachhaltig erlebt wurden, wie ursprünglich erwartet oder erhofft.

Das Entwöhnen aus der Familienschule wurde teilweise als schwierig, teilweise als Erleichterung erlebt. Manche ProbandInnen gaben zu, dass sie nicht aufhören wollten und Angst vor einem Alltag ohne MFT hatten oder schlichtweg die Stabilität der Gruppe vermissen würden. Andere erzählten, dass sie sich gut entlassen fühlten, und wissen, dass sie sich im Bedarfsfall wieder an die Institution oder das Jugendamt wenden können.

4.6. Nach der Therapie

Auch nach Abschluss der Familienschule kommt es in den befragten Familien immer wieder zu Überforderungssituationen. Die MFT ist ein Konzept, das funktioniert, aber Allheilmittel gibt es eben nicht und MFT ist keine Gewähr, dass die Erfolge anhalten.

Dass es nach dem Abschluss der Familienschule wieder zu einer merkbaren Verschlechterung der Problematik kommt, ist leider eine Beobachtung, die (nicht nur) innerhalb der Einrichtung B bekannt ist, sondern ebenso in Einrichtung A festgestellt wurde. Erklärt kann dieses Phänomen damit werden, dass nach Abschluss wieder eine neue Phase beginnt und somit Unsicherheiten vorhanden sind, die sowohl die Eltern als auch das Kind in eine neue Situation versetzen. Die bis dahin durch die MFT gewonnene Sicherheit und Struktur wird gestört. Dies lässt sich nicht absolut verhindern, aber man kann so gut wie möglich vorbeugen, indem man den Abschlussprozess behutsam begleitet und lange vorbereitet, was ein großes Anliegen der Einrichtungen darstellt.

Die TherapeutInnen der Familienschule sind stets um einen gleitenden Abschluss bemüht und raten, ebenfalls wie die KollegInnen vom ASK, von abrupten Veränderungen ab.

4.7. Veränderungen

Den Eltern wird im Zuge der MFT klarer, dass es nicht vermeidbar ist, als Erziehungsberechtigte/r Verantwortung zu übernehmen. Es wird ihnen vermittelt, dass die Abgrenzung von dysfunktionalen Situationen wichtig ist und dem Kind/Jugendlichen altersadäquat mehr Verantwortung in Bezug auf deren eigenes Verhalten zuzuschreiben ist.

Veränderungen innerhalb der familiären Kommunikation sind im Zuge der MFT ebenfalls aufgetreten. Vereinbarungen zwischen Kind und KE werden auf beiden Seiten ernster genommen. In Überforderungssituationen kam es bei einem Kind früher zum Beispiel zu aggressiven Ausbrüchen. Später gelang es wesentlich besser, wieder in ein Arbeitsverhalten zu kommen, ohne den Klassenraum verlassen zu müssen. Andere ProbandInnen erzählten davon, dass vor allem die Konsequenz ihres Verhaltens zur Beruhigung der Situation ihres Kindes beigetragen hat.

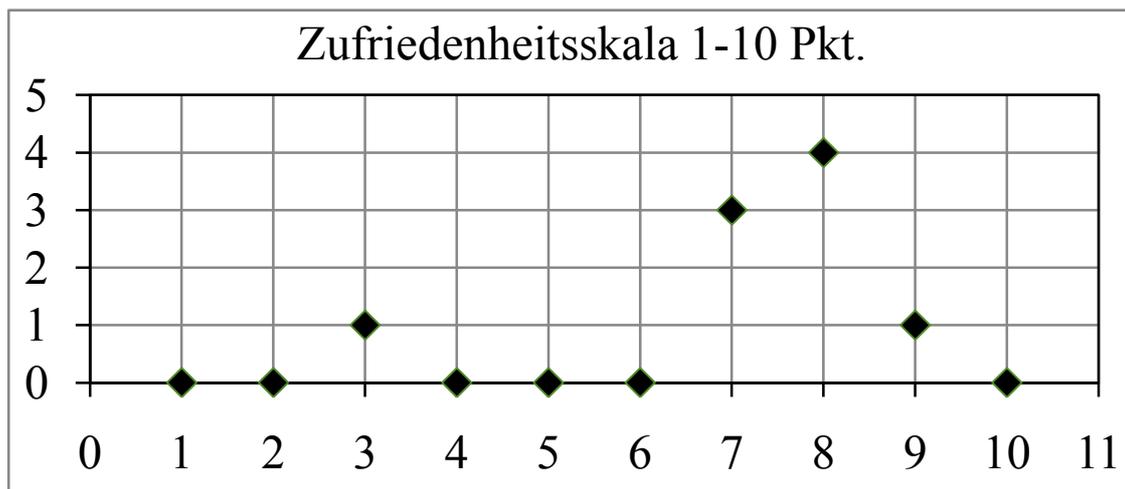
Veränderungen, die durch die MFT erreicht wurden, haben in manchen Familien dazu beigetragen, dass sich das körperliche Verhältnis zwischen Eltern und Kindern verbesserte. Durch den erwähnten Entspannungsgewinn können darüber hinaus Entscheidungen mit mehr Gelassenheit getroffen werden. Ob eine Situation zu eskalieren droht, kann leichter rechtzeitig eingeschätzt werden. Eine KM erzählt davon, dass sie weniger oft schimpft, wenn es zu schwierigen Situationen kommt. Sie wartet ab und schreibt sich vor einer Reaktion Lösungen auf, um sich dann die passendste auszusuchen.

Auch die Schule meldet sich weniger bzw. nicht nur mit Beschwerden und die gewonnene Selbstsicherheit als Mutter hilft bei Schulgesprächen, denn gerade im Setting der Schule haben Eltern, wie berichtet wurde, oft Schwierigkeiten mit ihrem Standing und ihrer Positionierung. Sie haben mit Abwertung von Seiten der Schule zu kämpfen, was ihre Identität als „gute“ Eltern schwächt. Sie kommen „in den Spagat“ in ihrem Bemühen, hinter ihren Kindern zu stehen und gleichzeitig auch mit den LehrerInnen an einem Strang zu ziehen.

4.8. Zufriedenheit und (nachhaltiger) Erfolg

Die Befragten wurden wie in Einrichtung A ersucht, das MFT-Angebot auf einer 10-stufigen Zufriedenheitsskala einzuordnen (X-Achse). Auf der Y-Achse befindet sich die Anzahl der Stimmen pro Punktevergabe.

Diagramm B, Zufriedenheitsskala Einrichtung B



Von den acht befragten Müttern und Vätern vergab keine/r die Höchstnote von 10 Punkten. Die Note 9 und damit der höchste Zufriedenheitswert in dieser Gruppe, wurde einmal vergeben. Vier der Befragten vergaben 8 und bildeten daher die stärkste Gruppe, drei Personen 7 Punkte. Eine Person entschied sich für die Bewertung 3, was in Einrichtung B die geringste Zufriedenheit darstellte; es gab keine schlechtere „Einstufung“ als 3. Eine Person hat zweimal, für jedes ihrer Kinder abgestimmt.

Im Bezug auf die Zufriedenheit ist auffällig, dass in Einrichtung A 10 am häufigsten genannt wurde, bei Einrichtung B lagen die höchsten Beurteilungen zwischen 7 und 8.

Auf die Frage, was sie insbesondere zufrieden gemacht habe, ähneln sich die Antworten der beiden Einrichtungen sehr: die Tatsache, dass das Kind wieder zur Schule geht, dass Konsequenz statt Strafe angewendet wird, aber auch die

positive Unterstützung. Die Stärken des eigenen Kindes durch die Augen des anderen sehen zu können, der Austausch, die „Hilfe zur Selbsthilfe“, die Zusammenarbeit und die gemeinsamen Aktivitäten waren konkrete Antworten. *Als effektive Erfolge der KE und Kinder wurde bewertet*, dass das Kind es schafft, sich klar und zuverlässig um seine Ziele zu kümmern und die vorgegebenen Regeln einzuhalten. Schulische Leistungen verbesserten sich. Die Kinder können Regeln besser akzeptieren, Wut und Aggressivität reduzieren bzw. besser kontrollieren. Bei Wutausbrüchen gab es Rückzugsmöglichkeiten für das betreffende Kind. Ein Kind fühlt sich in der Regelschule wieder wohl, kann sich besser konzentrieren und die Absprachen mit Autoritätspersonen häufiger einhalten. Das Vertrauen steigt durch Gelungenes wieder an. Auch die Kinder haben an Selbstbewusstsein und Stärke gewonnen, was für manche KE eine neue Herausforderung darstellt. Die Annäherung zwischen KM und Kind war für eine Familie ganz essenziell. Schulschwänzen ist für einige Familien ein Fremdwort geworden, was nicht nur die KE sehr zufrieden macht. Eine KM erlebt sich als konsequenter und es werden von ihr realistische Wochenschulziele formuliert. Gelernt wurde loszulassen, es wurde wieder zu Gemeinsamkeiten innerhalb der Familie gefunden und eine bessere Kommunikation entwickelt, welche zu mehr Ruhe und Entspannung führt. Es gelang besser, Kräfte zu tanken und Ressourcen aufzubauen, sowie die Fähigkeit Stärken zu reflektieren, was unter anderem auch den besseren Umgang mit Aggressionen bewirkt. Verbote der KE werden über kürzere Zeiträume erteilt, damit die Kinder einen besseren Bezug dazu haben und die KE sich leichter tun, diese auch konsequent einzuhalten. Struktur und feste Regeln erleichtern KE und dem Kind das Leben miteinander und geben Sicherheit. Konfrontation miteinander muss keine Scheu mehr verursachen. Die Kooperation zwischen den KE ist ebenfalls von großer Bedeutung, vor allem, wenn es darum geht, am selben Strang zu ziehen.

Um auch nach Abschluss weiterhin Unterstützung zu bekommen, wenn sie benötigt wird, wird durch die ambulant aufsuchende „Stabilisierungsphase C“ ein adäquates Angebot zur Verfügung gestellt. Dort können die MFT-TherapeutInnen die Entwicklungen der Eltern und Kinder begleiten. Diese Treffen sind offener

gestaltet, teilweise geht es mehr um den gemeinsamen Austausch, manchmal darum gemeinsam zu arbeiten; diese Entscheidung liegt bei den Familien.

Veränderungen in der familiären Kommunikation wurden ebenfalls beschrieben. Eine Mutter (BG1) erzählt davon, dass sie vermehrt in „Ich- Botschaften“ spricht, was ihren Söhnen wiederum ermöglicht, ihre Bedürfnisse besser zu verstehen. Absprachen und Vereinbarungen klappen besser und der Umgang ist entspannter. Die Position des ‚Ich‘ hatte in der Psychotherapie seit jeher eine besondere Bedeutung. „Mit der Einführung der Instanzen Es/Ich/Über-Ich rückten die Regulationsvorgänge im Ich in den Mittelpunkt der psychoanalytischen Forschung. Die Hauptrolle spielt darin die Beschreibung der Abwehrmechanismen (A. Freud, 1936) und sogenannter autonomer Ich-Funktionen, die es uns ermöglichen, Befriedigungsverzicht zu leisten, die Realität zu prüfen und uns bei all den Konflikten im psychischen Apparat als Einheit zu erleben (synthetische Funktion).“ (Oberlehner, 2011, 46)

Ängste des Kindes können besser von diesem artikuliert werden. Der Gewinn an Empathie, Selbständigkeit und Charakterstärke bedeuten für das Kind einen großen Zugewinn. Die zwischenmenschliche Beziehung innerhalb der Familie hat sich allgemein entspannt.

„Das Potential von MFT ist die Erkenntnis, ich bin nicht alleine und es geht anderen Familien noch viel blöder“. (Expertin B, 2015, #00:32:28-0#)

Ein ebenfalls eindeutiges Ergebnis gab es bei der Frage der *Weiterempfehlung*. Eine Probandin warnt zwar vor der hohen Aggressivität (Messerangriffe, Haare ziehen, ins Gesicht spucken, treten etc.) innerhalb der Familienschule, sowohl zwischen Kindern und KE, als auch unter den Kindern und kann deswegen nur teilweise eine Empfehlung aussprechen. Es ist für sie beängstigend zu sehen, wie weit andere Kinder gehen können. Fünf der befragten Familien würden die MFT Familien mit Problemen weiter empfehlen, allerdings nur unter gewissen Voraussetzungen.

Es ist wichtig, dass in der jeweiligen Familie die nötigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen vorhanden sind, da das Training intensiv und aufwändig ist.

Man braucht Überwindung und Disziplin zum Öffnen, Energie zum Zuhören und einen großen Reflexionswillen. Man muss sich einlassen können und alle Beteiligten müssen Bereitschaft zur Mitarbeit und Integration zeigen. Der Wunsch nach Veränderung muss genauso stark sein, wie die Akzeptanz Hilfe anzunehmen. Gegenseitiger Respekt zwischen MFT-TherapeutInnen und KE wird untereinander als Kompetenz vorausgesetzt. Nur wer regelmäßig teilnimmt, hat die Chance Erfolge sehen zu können, so der Tenor der Befragten.

4.9. Vergleich der MFT mit anderen Helfersystemen

Vor der MFT hatten die meisten ProbandInnen bereits Erfahrung mit anderen Helfersystemen. Viele haben davor Familienhilfe beansprucht. Auch Elterngespräche sowie Kontakte mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Einrichtungen wurden genannt, vereinzelt wurden bereits Einzeltherapien, aber auch Familientherapie genutzt. SPFH, Pflegefamilien, Ergotherapie oder auch Unterstützung durch Familienmitglieder wurden darüber hinaus genannt. Das SPZ, Psychologische Abklärung, Psychiater, Verhaltenstherapie, Elterncoaching oder Therapie in der Kita sowie bereits MFT im Krankenhauskontext waren weitere Angebote, die von den Familien aufgesucht wurden.

Parallel zur MFT wurde Förderunterricht, Spezialisten AG, Psychopharmaka durch den behandelnden Psychiater, Psychotherapie für die KM, eine Heimunterbringung, soziales Kompetenztraining, aufsuchende Elternarbeit, Verhaltenstherapie sowie Familienhilfe konsumiert.

Als Unterstützungen für danach wurden die „Familienschule C-Phase“, eine Hortbetreuung und selbstorganisierte Elterntreffen Ehemaliger genannt.

Eine Interviewfrage richtete den Fokus auf die im Vergleich zur MFT wahrgenommenen Differenzen.

Betont wurde als großer Unterschied zu den anderen Maßnahmen vor allem der Austausch untereinander. Auch im Expertinnengespräch war dieser Vergleich mit anderen Gruppentherapien Thema. Es wurden aber keine anderen Aspekte genannt als von den Eltern selbst.

Diese anderen Hilfen unterscheiden sich durch mehrere Aspekte von der MFT, die großteils bereits in Einrichtung A thematisiert wurden. Zusammengefasst verlangt MFT ein intensives Auseinandersetzen mit dem Kind, man kann die anderen Familien mit den eigenen Erfahrungen bereichern und dabei gleichzeitig von anderen lernen. Bezüglich einer nichtaufsuchenden Unterstützung, wie sie MFT darstellt, gab es sowohl Pro- als auch Contrastimmen.

4.10. Resümee

Die Familien sagen den TherapeutInnen im direkten Feedback nicht, „... MFT ist super, sondern eigentlich sagen die, MFT ist Scheiße und das kotzt uns alles an ...“ (Expertin B, 2015, #00:03:28-4#) Im Rahmen der Interviews mit den Familienangehörigen wurden keinerlei Äußerungen in diese Richtung getätigt und auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen wurde keine Situation wahrgenommen, wo eine derartige Unzufriedenheit geäußert worden wäre. In den Gesprächen im Forschungskontext überwog die Zufriedenheit bei den Befragten.

Aber manche Familien wollen nicht zeigen, was sie miteinander besprechen, und wollen die TherapeutInnen draußen haben, was wiederum ein Zeichen dafür sein könnte, wie gut die Gemeinschaft funktioniert und dass das Konzept der MFT funktioniert. Es geht um ein gegenseitiges Lernen und dabei das Gefühl zu haben, nicht alleine zu sein mit den Problemen. (Expertin B, 2015)

„Wir sind nicht Gott und MFT ist nicht die Lösung für alles und jeden, sondern ein Teil. Wenn es gut läuft, ist es für die Familien in einem Gesamtpaket hilfreich. MFT hat kein Alleinstellungsmerkmal, MFT ist die Überschrift, aber getragen durch ein durchdachtes Konzept bestehend aus vielen Bausteinen.“ (Expertin B, 2015, #00:42:33-2#)

Familien, die nicht gruppenfähig sind und andere Familien nicht respektieren oder die Verschwiegenheit missachten tun sich selbst und anderen nichts Gutes. In so einem Fall muss der Umgang damit in und von der Gruppe besprochen werden. Die befragten Familien bestätigen das in mehrfacher Hinsicht. Es werden immer Familienklassenregeln definiert, die den wertschätzenden Umgang innerhalb der Gruppe fördern sollen. Keine Gewalt in der Gruppe und in der Klasse, auch keine Festhaltetechnik, stellen bei diesen Regeln eine Grundvoraussetzung dar. Bei der Befragung wurde vereinzelt darauf hingewiesen, dass sich manche Familien mehr Achtsamkeit bezüglich der Einhaltung dieser Regeln, auch seitens der MFT-TherapeutInnen, gewünscht hätten.

Karl Komm, Leiter des Family Therapy Program an der University of Calgary/Kanada, schreibt in einem paper über Gewalt „Hitting back (physically or emotionally) invites further retaliation and may lead to escalating cycles of violence. What is less obvious is how a 'credibility gap' about the nature and severity of the harm done can also make things worse, even when the desire to reconcile is present. A credibility gap refers to differences in understanding what actually happened in the conflict. One's own version of what happened is always experienced as more credible than the other's. A gap may arise through simple misinterpretation, different positions held in the relationship (standpoint epistemology), differences in vulnerability, differences in, meanings given to the events, and/or self-serving perceptual distortions on the part of one or both parties. These differences, along with high levels of reactivity (arising from feelings of shame. and guilt), create conditions for recurrent arguments about the original offences.“ (Tomm, o.J.)

Die *Zufriedenheit* der Familien spielt während der Therapie eigentlich keine Rolle und fällt auch nicht in den Zuständigkeitsbereich der Einrichtung B. „Die Zufriedenheit kommt viel später, wenn das Verhältnis sich bessert und der Stress nachlässt. Wichtig ist es einen Veränderungsprozess zu gehen, von dem die Familien hoffentlich profitieren. Die Ergebnisse zeigen zwischen 85% bis 89% Rückführung, Reintegration in die normalen Schulen. Das werten wir als erfolgreiche Arbeit.“ (Expertin B, 2015, #00:25:53-6#)

„Bisherige Ergebnisse zeigen, dass 95% der behandelten Schüler in das Regelschulsystem reintegriert werden können oder nicht von der Schule ausgeschlossen werden. Die schulischen Leistungen bessern sich, die Kinder schwänzen oder fehlen weniger, und ihr Verhalten in der Schule bessert sich. Die meisten Eltern bestätigen, dass auch sie ‚indirekt‘ von der Familienschule profitieren und dass sie sich anschließend deutlich besser fühlen.“ (Asen & Scholz, 2012, 198)

Das Resümee der Familien ist zusammenfassend sehr positiv ausgefallen, dennoch gab es auch einige Anregungen für mögliche Verbesserungen. Wie bereits erwähnt wurde teilweise der Wunsch nach mehr Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit unter den teilnehmenden Familien laut, sowie nach einer Aufteilung in zwei Familienschulklassen. Die Idee einer Trennung resultiert aus dem Gefühl, dass die Entwicklung motivierter TeilnehmerInnen unter dem negativen Einfluss der sich wenig beteiligenden Mitglieder gebremst wird. Eine solche Teilung könne auch einer hohen Fluktuation vorbeugen. Manche unmotivierte Familien lassen sich auch nicht gerne von anderen Familien beraten, was an der Grundidee von MFT tendenziell vorbeigeht.

MFT wurde anfangs nicht ausreichend gut erklärt für einige der Familien. Vor allem hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen, welche MFT in Anspruch nimmt, gab es große Kritik hinsichtlich dessen, was Anfangs prophezeit wurde. Die A-Phase wäre mit sechs Wochen viel zu kurz bemessen und in den meisten Fällen unrealistisch.

Die Gruppengröße sollte kleiner sein, fünf bis sechs SchülerInnen plus KE und TherapeutInnen wäre besser.

Auch die teilweise großen Altersunterschiede der Kinder sollten tendenziell geringer gehalten werden bzw. eine Aufteilung erfolgen.

Kürzere Pausen und mehr Kontrolle und Disziplin seitens der MFT-TherapeutInnen sowie eine bessere Einhaltung der Regeln wurden ebenfalls als Verbesserungsvorschläge genannt. Andere Eltern äußerten sich darüber, dass die vorhandenen Regeln schwer einzuhalten waren.

Es ist manchmal anstrengend, nicht nur das eigene, sondern auch die anderen Kinder zu ertragen. Die Kinder stecken sich mit ihrer Überdrehtheit auch gegenseitig an. Wer mehr auffällt, bekommt mehr Aufmerksamkeit.

Die KE müssen sich Zeit nehmen, das ist die größte Herausforderung um vor den Aufgaben und dem Stress mit den eigenen Kindern nicht zurück zu schrecken. Das aus deren Sicht sinnvolle und durchaus schützende Ausweichverhalten muss verändert werden, weil es langfristig nicht hilfreich ist. (Expertin B, 2015)

Argumentiert wurde auch dahingehend, dass es zu wenig eigentlichen Schulunterricht für die Kinder in der Familienschule geben würde. Eine Familie berichtet darüber, dass ihr Kind in seiner Stammschule durch die Familienschule nicht mit dem Stoff mitkommen würde und einen Sonderschullehrplan bekommen hätte. Ebenfalls beklagt wurde von einem Kind, dass es die Freunde in der Regelklasse verloren habe oder diese sehr selten sehe, was seltsam anmutet, weil der Hauptgrund für die Familienschule Schulverweigerung darstellt.

Mehr Flexibilität bezüglich Aufenthalte im Freien und bewegungsorientierte Vorschläge zur Pausengestaltung wären insbesondere für die jugendlichen TeilnehmerInnen eine wünschenswerte Erweiterung.

Aber ohne „Opfer“ gibt es auch nicht den nötigen Output und bei der Entscheidung für MFT müssen auch Prioritäten gesetzt werden. Das Einlassen und die Offenheit ist schlichtweg eine der wesentlichsten Voraussetzungen für den Erfolg. Gerade weil die Multifamilientherapie sehr intensiv ist, inhaltlich und zeitlich, ist eine Bereitschaft unumgänglich. Wobei die Familien darauf achten sollten, dass sie sich und ihre Kinder nicht überfordern, da es doch immer wieder vorkommt, dass parallel zur Multifamilientherapie noch andere Unterstützungsformen konsumiert werden.

5. Zusammenfassung der Arbeit, Ergebnisdarstellung & Ausblick

„Bei den meisten traditionellen Forschungsstudien geht es um die Messung von Symptommfreiheit oder –reduktion, Kosteneffektivität, Belastungsreduzierung bei Familienangehörigen, Akzeptabilität, das Erreichen von sozialen und ethnischen Randgruppen und deren erfolgreiche Einbindung in Therapien. In all diesen Dimensionen schneidet die MFT relativ gut ab, sei es in der experimentellen Wirksamkeit („efficacy“), der Alltagswirksamkeit („effectiveness“) oder der Wirtschaftlichkeit („efficiency“).“ (Asen & Scholz, 2012, 210)

„In den letzten zwei Jahrzehnten wurden auch im Marlborough Family Service einige Forschungsprojekte zur Wirksamkeit der Multifamilientherapie, von qualitativen Untersuchungen bis zu Outcome-Studien, durchgeführt. (...) In einer bereits abgeschlossenen, aber bisher noch nicht publizierten kontrollierten Studie konnte die Effektivität der schulischen Anwendung von MFT („Familienklassenzimmer / Familienschule“) bestätigt werden. (...) In der Familientagesklinik für 3-13-jährige emotional und sozial gestörte Kinder zeigten diese bei der Aufnahme erhebliche und vielfältige Auffälligkeiten, die sich nach 6- bis 8-wöchiger Behandlung signifikant gebessert hatten. Die größere Selbstsicherheit der Mütter als Ausdruck ihrer gewachsenen Konsequenzhaltung und Durchsetzungsfähigkeit erlebten die Kinder nicht als Liebesentzug, sondern sie empfanden ihre Mütter am Ende der Therapie als liebevoller. (...) Wir gehen davon aus, dass die Ressourcenaktivierung und das Stiften von Hoffnung – beides wesentliche Ziele der MFT – entscheidend sind.“ (Asen & Scholz, 2012, 212)

Auch die gegenständliche Arbeit beschäftigte sich mit der Überprüfung der Wirkung von Multifamilientherapie anhand von Symptomreduzierung bei den ProbandInnen.

Von Beginn an war klar, dass allfällig festzustellende Verhaltensänderungen nicht ausschließlich auf die Teilnahme an Maßnahmen der MFT zurückzuführen sein werden, da die Familien einer Fülle von anderen Ereignissen ausgesetzt sind. „Die unmittelbaren Wirkungen (...) lassen sich nicht ohne weiteres isoliert herausarbeiten. Zwar sind Entwicklungen (...) plausibel zu belegen, nicht aber zwingend kausal zuzuordnen.“ (Müller, 2001, 234)

Mit dieser bei Müller thematisierten Problematik ist jede Wirkungsforschung konfrontiert, so auch diese Evaluation.

Bei der Evaluation wurden zwei verschiedene Einrichtungen mit unterschiedlichen MFT-Konzepten und ungleichen KlientInnen untersucht. Es war nicht die Intention dieser Arbeit, die Einrichtungen in direkte Konkurrenz zueinander zu stellen oder gar zu beurteilen.

MFT lebt vom Austausch in den Familien. Das Verständnis, das jemand aufbringen kann, der genau das Selbe an Leid erlebt hat, ist durch nichts zu ersetzen. Dieses geteilte Leid ist es, was für die Familien so wertvoll ist, Druck nimmt und wahnsinnig entlastet. Dieses Gefühl kann selbst der erfahrenste Therapeut, die beste Therapeutin nicht geben, obwohl auch diesen eine wesentliche Rolle zukommt. Aber Eltern als auch Kinder haben untereinander einen enormen Lerneffekt.

Die MFT ist keineswegs ein Allheilmittel. Es gibt auch Familien, in denen sich durch MFT nicht viel verändert, weil gewisse Verhaltensmuster über Jahrzehnte festgefahren sind. Schwierig ist es beispielsweise bei Familien mit massiven psychischen Störungen, welche durch MFT alleine nicht aufgebrochen werden können. Die hohe Aufmerksamkeit und Konzentration, welche die MFT-Sitzungen gerade den jungen TeilnehmerInnen abverlangt, kann bei zu langen Einheiten überfordern bzw. stellt eine große Herausforderung dar. Mehr Aktivitäten und Bewegung im Freien in den Einheiten oder während der Pausen wäre insbesondere für die jugendlichen TeilnehmerInnen eine wünschenswerte Erweiterung. Bei den Beobachtungen wurde allerdings festgestellt, dass schon jetzt verhältnismäßig viele Spiele und Abwechslung in den Sitzungen angeboten werden. In der Ambivalenz lässt sich objektiv betrachtet genauso argumentieren, dass es ohne „Opfer“ auch nicht den nötigen Output geben kann und bei der Entscheidung für MFT auch Prioritäten gesetzt werden müssen. Das Einlassen darauf ist schlichtweg eine der wesentlichsten Voraussetzungen für den Erfolg.

Auch wenn die Multifamilientherapie sehr intensiv ist, inhaltlich und zeitlich, ist sich die Mehrheit der Befragten darüber einig, dass es diese zeitlichen Ressourcen auch benötigt. Wobei die Familien darauf achten sollten, dass sie sich und ihre Kinder nicht überfordern, da es doch bei mehreren Familien vorkommt, dass parallel zur Multifamilientherapie noch andere Unterstützungsformen konsumiert werden. Eine Beobachtung, die im Zuge der Forschung gemacht werden konnte, war, dass die Zufriedenheit der MFT jener KlientInnen der Einrichtung B subjektiv niedriger erscheint als in Einrichtung A. Dies ist höchstwahrscheinlich mit der Arbeit im Zwangskontext zu begründen. Zwar findet dieser an beiden Einrichtungen statt, allerdings in einem ungleichen Verhältnis. Bei Einrichtung B waren fünf der sechs befragten Familien im Zwangskontext in der Familienschule. In Einrichtung A nahmen nur vier der neun Befragten unfreiwillig an der MFT teil.

Die Zufriedenheit stellt nur eine mögliche Komponente von Erfolg dar. Es gibt auch die strukturellen Unterschiede, die sich massiv auf die Familien auswirken. Die Familienschule unterscheidet sich inhaltlich und strukturell stark von dem Wochenendgruppen Angebot.

Manchmal kann es auch ein Ziel sein, einer Familie klar zu machen, dass ihr Kind in einer Einrichtung besser aufgehoben wäre. Das Kind in solch einer Situation loszulassen, ist natürlich schwierig für alle Beteiligten. Aber wenn es gelingt, kann es eine enorme Erleichterung für die Kindeseltern, die Paarbeziehung und die Entwicklung des Kindes an sich sein.

Einen schönen Tag mit den Familien in der MFT zu haben, wirkt für die ganze Woche positiv nach. MFT am Sonntag ist ein Familientag, der dann auch außerhalb von MFT gelebt werden kann.

Es ist eine anspruchsvolle Therapieform, die viel Bereitschaft, zeitliche Ressourcen und Beteiligung voraussetzt. Aber wer das nötige Engagement und die Geduld aufbringt und sich einlässt, kann schon nach einigen Monaten Veränderungen innerhalb der Familie und im Umfeld wahrnehmen.

„Die therapeutische Arbeit in einer Mehrfamiliengruppe ermöglicht die Nutzung spezifischer gruppentherapeutischer Wirkfaktoren, wie z.B. gegenseitige Unterstützung, konstruktive Kritik, Modell-Lernen, Rollenspiel und Feedback. Die Kraft der Gruppenarbeit wird auch weiter durch allgemeine Wirkfaktoren gestärkt, z.B. die Erkenntnis, dass Leid keine isolierte Erfahrung ist und auch andere Menschen davon betroffen sind. Die Hoffnung auf Veränderungsmöglichkeiten ist ein anderer Faktor, der in der Gruppenarbeit eine wichtige Rolle spielt.“ (Asen & Scholz 2012, 18)

Der Erfolg, gemessen an positiven Abschlüssen, guten Erfahrungen und Empfehlungen war in beiden Einrichtungen in etwa gleichermaßen hoch und gut sichtbar. So gut wie alle Familien beschreiben eine Symptomreduzierung und berichteten von zahlreichen Erfolgserlebnissen sowie einem positiven Verlauf der persönlichen Entwicklungen oder der Entwicklungen des Kindes in Verbindung mit MFT.

Einigkeit besteht von allen Betroffenen darin, dass MFT als ein besonderes Angebot für alle, die etwas verändern wollen und können wahrgenommen wird.

Die unterschiedlichen Bedürfnisse einer Gruppe enden teilweise in widersprüchlichen Darstellungen. Der Wunsch mancher Familien nach mehr direkten Tipps kollidiert mit der Idee anderer Familien nach weniger konkreten Ratschlägen, dafür mit mehr Aufgaben und Übungen. Die MFT verfolgt die Haltung „Ratschläge sind auch Schläge“. Im Endeffekt muss vor Ort entschieden werden, wie mit solch einem Dilemma umgegangen wird. Möglicherweise kann tageweise entschieden werden, sodass sich alle gehört fühlen und alle Bedürfnisse wahrgenommen werden.

MFT kann auch eine große Herausforderung darstellen und ohne der nötigen Offenheit und dem Interesse ist es bestimmt nicht für jede/n Hilfesuchende/n das richtige Angebot. Aber die Haltung von MFT lautet, dass alle etwas beizutragen haben. Das macht das gegenseitige Profitieren spielerisch einfach.

Wenn sechs bis elf Familien für eine so lange Zeit zusammenarbeiten, dann können sie voneinander lernen, sich gegenseitig motivieren und inspirieren, ihre eigenen Ressourcen (wieder) entdecken und aus ihrer sozialen Isolation herausfinden. Deshalb kann bestätigt werden, dass das Konzept der Multifamilientherapie Erfolg zeigt.

5.1. Empfehlungen für die Einrichtungen

Hans Müller schreibt in „Evaluation der sozialen Arbeit“, dass die Wirksamkeitsanalyse auch Informationen über die Wirksamkeit der Rahmenkonzeption liefern sollte. „Sind aufgrund der Ergebnisse Veränderungen der Konzeption erforderlich?“ (Müller, 2001, 233) Die Erkenntnis dieser Evaluation zeigt, dass es keiner gravierenden Änderung der Grundkonzeptionen der Einrichtungen bedarf. Dennoch kann resultierend aus den Anregungen der ProbandInnen zusammenfassend festgehalten werden:

Einrichtung A:

Einige ProbandInnen berichteten davon, dass sie vor Beginn der MFT nur ein grobes Bild davon hätten, was sie erwartet. Vor allem die Kinder konnten sich recht wenig unter den bevorstehenden Gruppentreffen vorstellen. Eine bessere und detailliertere Vorbereitung, vor allem für die jüngeren TeilnehmerInnen, wäre daher empfehlenswert.

Immer wieder wurde der Wunsch nach getrennten Gruppen laut. Personen, welche im Zwangskontext anwesend waren, hatten auf freiwillige TeilnehmerInnen oft einen negativen Einfluss und verlangsamten oder störten aus deren Sicht die Entwicklung.

Einrichtung B:

Ein Großteil der ProbandInnen der Familienschule beklagte sich über den hohen zeitlichen Aufwand, den die Eltern vor allem in der „A-Phase“ leisten müssen. Sie berichteten weiters, dass diese Phase tatsächlich viel länger dauern würde, als in den Informationsgesprächen beschrieben. Der längere Aufenthalt sei beruflich

nicht vereinbar und verursache teilweise große, vor allem finanzielle und damit existenzielle Sorgen für die betroffenen Familien. Ein weiterer Aspekt wäre noch, dass die Familien vor Therapiestart besser auf die teilweise aggressive Atmosphäre in anderen Familien vorbereitet werden. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die Institution B seit der Erhebung 2015 ihr Konzept der Familienschule bereits weiterentwickelt hat.

5.2. Weiterführende Forschungsempfehlungen

Interessant wäre die Überprüfung, inwiefern ein Kind, das in eine sogenannte „Problemfamilie“ hineingeboren wird, Chancen hat, das eigene Leben anders zu gestalten, oder wie sehr es dazu prädestiniert ist, in die (Therapie-)Fußstapfen der vorigen Generationen zu treten.

Des Weiteren braucht es Langzeitstudien über mehrere Jahre hinweg, um die Veränderungen und die Nachhaltigkeit der Wirkfaktoren von MFT zu überprüfen.

Um ökonomische bzw. wirtschaftliche Aspekte von MFT besser zu beleuchten, wären auch quantitative Studien wünschenswert. Auch in Asen & Scholz (2012, 214) werden Fragestellungen für Forschungsprojekte vorgeschlagen, die mit dieser Arbeit nicht beantwortet werden konnten, aber sicher weitere Wirkungserkenntnisse liefern würden. Beispielsweise, was die klinischen Ziele für MFT bei Familien mit spezifischen Störungen und Problematiken sind und welche dieser Ziele die wichtigsten sind? Aber auch, was die entscheidenden Veränderungen sind, die durch die MFT entstehen sollen, um die klinischen Ziele zu erreichen? Eine weitere sehr spannende Fragestellung ist, welche Individuen bzw. Familien am meisten von MFT profitieren, also insbesondere die Unterschiede von Familien die im Zwangskontext die Multifamilientherapie kennenlernen und jenen, die von sich aus diese Unterstützung anstreben genauer zu untersuchen.

TabellenverzeichnisSeite

Tabelle 1: Richtungen der Systemischen Therapie	10
Tabelle 2: Die untersuchten Familien der Einrichtung A im Überblick	37
Tabelle 3: Die untersuchten Familien der Einrichtung B im Überblick	59

Abbildungsverzeichnis

Diagramm A, Zufriedenheitsskala Einrichtung A	51
Diagramm B, Zufriedenheitsskala Einrichtung B	77

6. Quellen- und Literaturverzeichnis

6.1. Bücher

Arnold, R. (2012). *Seit wann haben Sie das? Grundlinien eines Emotionalen Konstruktivismus*. 2. unveränderte Auflage. Heidelberg: Carl- Auer.

Asen, E., Scholz , M. (2012). *Praxis der Multifamilientherapie*. 2. vollständig überarbeitete Auflage, 1. Auflage 2009. Heidelberg: Carl-Auer.

Beckmann, C., Otto, H., Richter, M., Schrödter, M. (Hrsg.) (2004) *Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Hamburg: VS für Sozialwissenschaften.

Brandl-Nebehay, A., Hinsch, J., Steiner, E. (2011). *Systemische Psychotherapie*. in Stumm, G. (Hg). *Psychotherapie, Schulen und Methoden*. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. S. 253-264. Wien: Falter Verlag.

Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H., Nieswand, B., (2015). *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. 2. Überarbeitete Auflage. München-Konstanz: UTB.

Dexheimer, A. (2011). *Erziehung ist erfolgreich. Wirkungsorientierte Kennzahlen in der Flexiblen Jugendhilfe*. in Eppler, N., Miethe, I., Schneider, A. (Hrsg.). (2011). *Qualitative und quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven*. Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Band 2. (S. 91-123) Farmington Hills: BB-Verlag.

Eppler, N., Miethe, I., Schneider, A. (Hrsg.). (2011). *Qualitative und quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit*, Band 2. Farmington Hills: BB-Verlag.

Frankl, V. (2012). *Der Wille zum Sein*. 6. Auflage. 1. Auflage 1972. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG.

Freud, A. (1936). (o.A.) hier in: Oberlehner, F. (2011). *Psychoanalyse*. in Stumm, G. (Hg). *Psychotherapie, Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. (S. 46). Wien: Falter Verlag.

Froschauer, U., Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview*. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag UTB.

Gahleitner, S. (2010). *Hard and hard to reach - Jugendliche auf dem Weg in die Adoleszenz*. in Labonté-Roset, C., Hoefert H., Cornel H. (Hrsg.). *Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. (S. 161-170). Uckerland: Schibri.

Gahleitner, S., Rosemeier, C. (2011). *Was wirkt in Therapeutischen Jugendwohngruppen? Ergebnisse einer triangulativen Studie*. in Eppler, N., Miethe, I., Schneider, A. (Hrsg.). *Qualitative und quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Band 2*. (S. 145-163). Farmington Hills: BB-Verlag.

Girtler, R. (1988). *Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit*. Wien: Böhlau.

Griese, B., Griesehop, H., Rosa. (2010). *KlientInnen. In .Multiproblemsituationen und deren Ich- und Weltkonstruktionen*. in Labonté-Roset, C., Hoefert H., Cornel H. (Hrsg.). *Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. (S. 124-145). Uckerland: Schibri.

Großmaß, R. (2010). *Hard to reach – Beratung in Zwangskontexten*. in Labonté-Roset, C., Hoefert H., Cornel H. (Hrsg.). *Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. (S. 175-185). Uckerland: Schibri.

Hargens, J. (2010). *Lösungsorientierte Therapie, Was hilft, wenn nichts hilft*. Dortmund: Borgmann Edition.

Heil K., Heiner, M., Feldmann, U. (2001). *Evaluation Sozialer Arbeit*. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Hinsch, J., Brandl-Nebehay, A., Steiner, E. (2011). *Familientherapie*. in Stumm, G. (Hg). *Psychotherapie, Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. S. 407-415). Wien: Falter Verlag.

Hubble, M., Duncan, B., Miller, S., (2001). (o.A.). in Hargens, J. (2010). *Lösungsorientierte Therapie, Was hilft, wenn nichts hilft*. (S. 18). Dortmund: Borgmann Edition.

Jansen, A., Liebermann, S. (2004). *Eine professionalisierungstheoretische Bestimmung von Qualität und deren Evaluation in der Sozialen Arbeit. Anmerkungen aus der gutachtlichen Praxis in der Jugendhilfe*. in Beckmann, C., Otto, H., Richter, M., Schrödter, M. (Hrsg.). *Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. (S. 293-306). Hamburg: VS für Sozialwissenschaften.

Labonté- Roset, C., Hoefert H., Cornel H. (Hrsg.). (2010). *Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.

Lueger, M. (2010). *Interpretative Sozialforschung: Die Methoden*. Facultas.wuv: Wien.

Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. 10. neu ausgestattete Auflage, 1. Auflage 1983. Weinheim und Basel: Beltz.

Minuchin, S., Rosman, BL., Baker, BL., (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge MA: Harvard University Press. in Asen, E., Scholz, M. (2012). *Praxis der Multifamilientherapie*. 2. vollständig überarbeitete Auflage, 1. Auflage 2009. (S. 199). Heidelberg: Carl-Auer.

Müller, H. (2001). *Wirksamkeitsanalyse/Evaluation der sozialen Gruppenarbeit im Bereich der Jugendgerichtshilfe in Stadt und Landkreis Heilbronn*. in Heil K., Heiner, M., Feldmann, U. *Evaluation Sozialer Arbeit*. (S. 228-239). Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge .

Oberlehner, F. (2011). *Psychoanalyse*. in Stumm, G. (Hg). *Psychotherapie, Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. (S. 41-55). Wien: Falter Verlag.

Richardt, V. (2011). *Die Welt der Wirkung: Qualitative und quantitative Zielerreichung in den Erziehungshilfen*. in Eppler, N., Miethe, I., Schneider, A. (Hrsg.). *Qualitative und quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Band 2*. (S. 125-144). Farmington Hills: BB-Verlag.

Schweitzer, in Asen, E., Scholz , M. (2012). *Praxis der Multifamilientherapie. 2. vollständig überarbeitete Auflage, 1. Auflage 2009*. (S. 11). Heidelberg: Carl-Auer.

Stumm, G. (Hg). *Psychotherapie, Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. Wien: Falter Verlag.

Sydow, K. von, Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. (2006). *Wie wirksam ist systemische Therapie/ Familientherapie?* Göttingen: Hogrefe.

Unger, H. von, Narimani, P., Bayo R., (Hrsg.). (2014). *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen*. Wiesbaden: Springer-VS.

Yalom, I. (2012). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Ein Lehrbuch*, 11. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

6.2. Broschüren (unveröffentlichte Tagungsberichte)

Familie e.V. (2011). *Jahresbericht Familie e.V. 2011*: Berlin.

Familie e.V. (2012). *Jahresbericht Familie e.V. 2012*: Berlin.

Jurasek, G. (2016). *Wirkungen der Multifamilienarbeit, unveröffentlichte Evaluierung des MFA Projekts bei Rettet das Kind Niederösterreich im Herbst/Winter 2015*.

Schwenzer, V. (2013). *Evaluation der Familienklasse, unveröffentlichte Evaluationsergebnisse zu einem Angebot von Familie e.V. Berlin*.

6.3. Zeitschriften

Scholz, M. (3-2010). Multifamilientherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog*, S. 219- 221.

6.4. Internetquellen

Scharfe, C. (o.J.). *Durcheinander, Miteinander: Multifamilientherapie verbindet. Systemische Familienarbeit am Beispiel der Multifamilientherapie in der Jugendhilfe*.

<http://www.bag-mft.de/was-ist-mft/mft-in-der-jugendhilfe.html> (02.11.2016).

Tomm, K. (o.J.). *Enabling Forgiveness And Reconciliation In Family Therapy By Karl Tomm*. University of Calgary

http://www.familytherapy.org/documents/enabling_forgiveness_ktom.pdf

(02.11.2016).

Erklärung

Name: Theodor Andreas Haberhauer

Geb. Datum: 23.09.1988

Adresse: Embelgasse 54/12, 1050 Wien,

Matrikelnummer: SFUWI12011142

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich meine Magister-Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und nur die Hilfsmittel genutzt habe, die im Text und in der Literaturliste zitiert werden. Alle von mir verwendeten Zitate aus Büchern, Journals oder aus dem Internet wurden in der Arbeit gekennzeichnet und in der Literaturliste verzeichnet.

18.11.2016

.....
Datum



.....
Unterschrift

7. Anhang

7.1. Interviewleitfaden

Kurzfragebogen zu den relevanten Daten: **Heutiges Datum:** _____

Familien Daten:

Familie: _____

Kind (Name, Alter): _____ (____)

Ethnie: _____

Wer nimmt an Therapie teil (Name, Alter):

Kontakt Information: _____

Gesamteinkommen pro Monat:

____ < €800, ____ < €1800, ____ < €2600, ____ < €3500, ____ < €4400, ____ > €4400,

Sorgeberechtigte: _____

Beruf (dieser Person(en)): _____

Höchste abgeschlossene Bildung: _____

Beginn aktuelle MFT, frühere Therapie- Erfahrungen:

Zwangskontext: _____

Interviewleitfaden zu Symptomreduzierung nach MFT:**-1- Was hat Ihre Familie veranlasst an der Multifamiliengruppe teilzunehmen?**

Bitte beschreiben Sie Gründe, Rahmen, direkter Auslöser, Zwangskontext oder nicht, über wen vermittelt worden, (Was hat die Schule veranlasst an die Familienschule zu überweisen?)

-2- Retrospektiv: Erwartungen am Beginn der Therapie

(Hoffnungen, Ängste, Vorstellung der Therapie?)

-3- Was für Therapie/Hilfserfahrungen haben sie davor gemacht?

(Zeitpunkt, Ort, selbes Problem wie damals?)

-4-Wodurch unterscheidet sich die MFT von diesen anderen Hilfen?**-5- Skala 1-10, wie zufrieden sind sie mit der Therapieentwicklung, warum?**

(Zufriedenheitsfaktoren, was würde die Zufriedenheit erhöhen, Wunderfrage)

-6- Gab es besondere oder markante Momente an welche Sie sich erinnern?

-6a- Was war hilfreich und was nicht, was hat sich ausgezahlt und was nicht?

-6b-Was hat Sie zufrieden gemacht?

-7-Haben sich die Problem reduziert? (erster Zeitpunkt, kontinuierlich)

Woran haben Sie das gemerkt?

-8- Erinnern Sie sich daran, wann Sie als Eltern wieder das Gefühl hatten, gute Arbeit zu leisten?

-9- Wann konnten Sie allgemeine Veränderungen feststellen?

(zu welchem Zeitpunkt, wie lange lief die Therapie bereits davor)

-9a- Veränderung der Eltern:

-9b- Was waren Erfolge für sie?

-9c- Woran haben sie bemerkt, dass sich die familiäre Kommunikation verändert hat?

-9d-Veränderung des Kindes:

-9e-Veränderungen in der Umgebung:

-9f-Andere Auswirkungen:

-10-Was sind ihre Erfahrungen in der Kooperation mit der Schule und anderen Hilfesystemen?

-11-Haben Sie nach Beendigung der MFT Anschlusshilfen in Anspruch genommen bzw. wurden Ihnen welche angeboten?

-12- Was mögen Sie an der Multifamilientherapie, was mögen Sie nicht?

-13-Würden Sie die MFT weiterempfehlen, warum bzw. warum nicht, in welchen Situationen?

-14- Hat die MFT nachhaltig geholfen?

7.2. Dokumentenanalysen Übersicht

Einrichtung A: Genutzt wurden 23 Dokumente des ASK

Fall 1 askvan:

- DOK1 Schulberichte (November 2012)
- DOK2 Teambeschluss vom 23.01.2013
- DOK3 Zwischenbericht der MFT vom Juli 2013
- DOK4 Hilfeplanprotokoll vom 27.1.2014

Fall 2 askabr:

- DOK1 Zielorientierte Fallbearbeitung vom E-Team am 6.6.2014

Fall 3 askdai:

- DOK1: Anlage zum Antrag auf Gewährung von Hilfen zur Erziehung

Fall 4 askrit:

- DOK1: Teambeschluss zum Antrag der Obsorgeberechtigten auf MFT
- DOK2: Kurzarztbrief der VITOS Klinik Rehberg
- DOK3: Antrag auf Verlängerung von MFT als ambulante Hilfe zur Erziehung
- DOK4: Vertrag zwischen Jugendlichen und der KM

Fall 5 askwin:

- DOK1: Teambeschluss aus dem Jahre 2008
- DOK2: Teambeschluss aus dem Jahre 2010
- DOK3: Anlage zum Antrag auf Gewährung von Hilfen zur Erziehung für Sohn
- DOK4: Entwicklungsbericht nach einem Jahr MFT

Fall 6 askfel:

- DOK1: Entwicklungsbericht des Sohnes nach halbem Jahr Therapie
- DOK2: Entwicklungsbericht des Sohnes nach 11/2 Jahren Therapie

Fall 7 askmül:

- DOK1: Aufnahmeanfrage und anderer Schriftverkehr
- DOK2: Entwicklungsbericht Oktober 2013
- DOK3: Entwicklungsbericht April 2014
- DOK4: Abschlussbericht vom Januar 2015

Fall 8 askkau:

- DOK1: Abschlussbericht Multifamilientherapie

Fall 9 askfra:

- DOK1: Unterlagen zur Hilfeteamentscheidung
- DOK2: Meldungsunterlagen ASK

Einrichtung B: 15 Dokumente wurden genutzt:**BG1:**

- DOK1: Erstbericht zur Tagesgruppenarbeit
- DOK2: Abschlussbericht zur Tagesgruppenarbeit

BV2:

- DOK1: Erstbericht zur Tagesgruppenarbeit
- DOK2: Abschlussbericht Familienschule

BK3:

- DOK1: Erstbericht zur Tagesgruppenarbeit
- DOK2: Hilfeplan Jugendamt
- DOK3: Abschlussbericht Familienschule

BS4:

- DOK1: Erstbericht zur Tagesgruppenarbeit
- DOK2: Hilfeplan vom Jugendamt
- DOK3: Abschlussbericht zur Familienhilfe

BS6:

- DOK1: Erstbericht zur Tagesgruppenarbeit
- DOK2: Hilfeplan Jugendamt
- DOK3: Abschlussbericht zur Familienschule

BS7:

- DOK1: Erstbericht Familienschule
- DOK2: Zwischenbericht Familienschule

7.3. Auswertungstabelle Einrichtung A

Anmerkung des Autors: Zur Darstellung im Ausdruck musste dieses Kategorieschema MASSIV gekürzt werden in den einzelnen Spalten!

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
1.: Familie									
Anzahl der Kinder	3	4 im Haushalt mit KM und deren LG, ein M. in Dauerpflege also fünf Kinder!	1 (noch zwei viel ältere Geschwister, Bruder und Schwester, die aber nicht mehr im gemeinsamen Haushalt leben)	2	3 Kinder, eines davon noch sehr klein, war drei Monate alt, als der älteste Sohn L. nach 8 Jahren aus der Pflegefam. heim kam.	1	3 In einem Haushalt (Bursche J., älteres Mädchen J. leben mit kleinem Bruder (jetzt 9) bei der Mutter und waren bei Therapie dabei.	1	1
Anzahl der Kinder in MFT	3,	4	1	2	2	1	3	1	1
Geschlecht Interviewteilnehmer	KM	KM, T (w)	KM	KM	KM, S (m)	KM, KV, S (m)	KM, S (m)	KM, KV, T (w)	KM, KV, S (m)
Geschlecht der Kinder	M,M,M,	W,W,W,W	M	M,W	M, M	M	M, M, W in Haushalt der KM	W	M

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
VORGE- SCHICH- TE	KM findet wichtig Vorgeschichte zu erzählen! Als Säugling hat Kind "Tag und Nacht geschrien." Mit etwa 21/2 wurde Zerebralparese diagnostiziert, eine spastische Erkrankung und dann ADHS und dann kam die Familie in "Sonntagsprojekt". Aus DOK geht hervor, dass Eltern hohe Eigenproblematik als Kind in alkoholbelasteten Familien hatten und ebenfalls „jugendamtsbekannt“ waren	WICHTIG Vorgeschichte zu erzählen und EIGENE Geschichte deutlicher zu machen... Valentinstag 2012 ist die älteste Tochter „ausgerastet, halt auch mit Gegenständen auf mich los und es ging so nicht mehr, dass ich dann wirklich mir Hilfe gesucht habe über – also ich bin selber im xy-Kinderdorf groß geworden“, (S.11)	DOK 1 werden folgende Diagnosen genannt: seit Schulbeginn Enuresis (nächtliche Inkontinenz), hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens; emotionale Störung des Kindesalters; Anpassungsstörung Adipositas (massive Gewichtszunahme ab Einschulung) Ernsthafte Schwierigkeiten im Bereich der psychosozialen Anpassung im schulischen und auch häuslichen Bereich. Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Erziehungsstil der getrennt lebenden Eltern ist höchst diskrepant).	“Also, da muss ich ein Stück zurück greifen, das war ... 2012 im Januar war das so, dass bei mir die Grenze erreicht war, was ich noch als Mutter leisten kann...” (S.3) Hat dann Jugendamt kontaktiert, diese haben bei xyz interveniert, dann Wechsel zu MFT. Diese hat sie sofort gewollt, „ich hab gesagt ich nehme alles, alles was geht, machen wir.“ (S.4) ...	Familie seit 2004 bekannt. Beide Elternteile laut DOK 1 langjährige Heimerfahrung (Mutter wr laut DOK 3 ab dem 12. Lj im Heim, lernte ihren Mann im Heim kennen, der ebenfalls untergebracht war. 2001 geheiratet, 2002 das erste Kind (M), kam 2003 zu den Großeltern in Pflege. 2004 kam zweite Sohn (L.) zur Welt. „nicht bändigen“	Sohn verhaltensauffällig in Schule, bereits bei Einschulung Autismusverdacht. (Diagnose: frühkindlicher, hochfunktionaler Autismus) Daher für 2x3 Monate in Tagesklinik. Dann Aufnahme in Tagesgruppe, die abgeschlossen ist an das Multifamilientraining; wurde über Jugendamt vermittelt.	KM hat bereits seit 2006 Familienhilfe. In DOK 1 ist ersichtlich, dass 2010 und 2011 Hilfen zur Erziehung ausgesprochen wurden. Mit Beendigung der Familienhilfe wurde J. Einzelbetreuung empfohlen, weil Sozialverhalten „starke emotionale Schwankung“. J. „wurde innerhalb kurzer Zeit „Schlägertyp“ machte sich bei Lehrern und Schülern unbeliebt.“	Tochter war von drei bis sieben, also fast vier Jahre in einer Behinderten einrichtung untergebracht. MFT sollte dazu beitragen, „dass die Familie wieder zusammenwächst.“ (S.1)	DOK 1 Familie seit 2007 bekannt. „Extreme Verhaltensauffälligkeit (aggressiv, provoziert, regressives Verhalten etc.) in der Schule, im Sommer 2007 besonderer Förderbedarf T. in sozialpädagogischer Gruppenarbeit. Diagn. Abklärung (Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, kombinierte Störungen des...

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
direkte Auslöser (warum)	Jugendamt durch Schule kontaktiert, „weil er halt erzählt hat er würde nichts zu essen kriegen zu Hause und lauter solche Sachen.“ Jugendamt beschließt Erziehungshilfe mittels MFT.	eigene Erfahrungen der KM mit dem ASK, Hilfe gesucht, Viel Zoff, häufige gewalttätige Übergriffe, Diebstahl (beide Töchter), älteste Tochter: „Weil ich und N. (Zweitmutter) uns nur gezofft haben (...) Ich hab die N. ins Gesicht gehauen, dann hab ich sie auf den Boden, ja, sehr viel.“ (S.5)	Differenzen der unterschiedlichen Erziehung der seit 2007 getrennten Eltern begünstigt die Auffälligkeiten bei P. Bei Einschränkungen kam es zu Wutausbrüchen (Vermutung, dass durch das Medikament Concerta, das noch verstärkt wurde)	Mutter hat sich aktiv um Hilfe umgesehen, Jugendamt angerufen gesagt, dass sie nicht mehr kann. Wut und Aggression auf beiden Seiten, Spucken, Beschimpfen, Widerstand gg Mutter u. Schule, massive Schulangst; Jugendamt MFT. Lt. DOK 1 machte Sohn „traurigen, fast depressiven Eindruck mit hoch aggressiven Anteilen	M. (älterer), war 8 Jahre in Pflege, L. (jüngerer) absolutes Problemkind und nicht zu bändigen, Aggressiv, fing an zu klauen, Mutter kam nicht durch. Bei unangekündigtem Hausbesuch nach einem Hinweis der KITA wurde Wohnung „in katastrophalem Zustand gefunden“. KM total überfordert KV war vor 2 Wochen ausgezogen.	Verpflichtung von MFT bei Aufnahme in die Tagesgruppe	Zuweisung über Jugendamt, Mutter rutscht immer wieder Hand aus, J. ist sehr aggressiv. Mutter lehnte Tagesgruppenbetreuung ab; J. wünschte diese ausdrücklich! „Hilfeplan“ vom April 2013: -Soziales Lernen in der Gruppe, Erlernen und Einüben von grundlegenden sozialen Fähigkeiten -... Distanz und Nähe. Erziehungskompetenz der Mutter.	S. war 4 Jahre lang in Behinderten einrichtung falsch untergebracht, Ziel ist dass die Familie wieder zusammenwächst, sie konnte damals anfangs kaum sprechen	Vater war viel unterwegs, wenig zu Hause zwischen KM und Sohn gab es Handgreiflichkeiten, aber nicht von Seiten der Mutter aus. „begann schon mit dem Kindergartenalter, dass er Ergotherapie bekam. freiwillige Entscheidung, weil es zu Hause nicht weiter ging. Probleme nicht nur zwischen der Mutter und Sohn...

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
(wodurch)	- Aggressivität im Kindergarten, - Schule körperliche Übergriffe und brutale Handgreiflichkeiten, wurde von der Schule deshalb verwiesen, Schulwechsel, Selbstmordäußerung mit (7) in der Schule, dadurch bekam er dann rascher einen Platz im Vitos - Depressivität wurde während MFT von Vitos festgestellt (eine psychologische Klinik), und - ADHS mit 2 festgestellt, mit 7 diagnostiziert	Größte Tochter handgreiflich und Übergriffe mit Gegenständen gegen KM	2012 gab es in der Familie viele Veränderungen (Trennung der Eltern bereits fünf Jahre davor, aber 2012 Übersiedlung, Schulwechsel, danach machte der Sohn vor Wut und Zorn einen Selbstmordversuch durch einen Fenstersprungsversuch aus dem 6. Stock, führte zu einem 5 monatigen Aufenthalt in der KJPP, danach Entlassung und MFT als Anschlusshilfe, in Anbetracht der Tatsache der Rückführung nach Hause und dass die KM auch Angst hatte vor den Kräften des Sohnes,	Schule war großes Thema gleich nach der Einschulung,	Wg. Rückführung von M. aus Pflegefamilie hat die Mutter nach Möglichkeiten gesucht um Einstieg zu erleichtern, bei L. gab es Auffälligkeiten. verschiedenster Art, stehlen, lügen, aggressiv, einkoten bei Tag und in der Nacht, aber nur zu Hause. Diagnostiziert wurden Sprachentwicklungsverzögerung, Verhaltensauffällig, ...	Verhaltensauffälligkeit in der Schule, Falscher Schultyp damals, komplett Unterforderung aufgrund einer Autismus Diagnose -kann sich nicht sehr lange konzentrieren Viele Anrufe der Schule, zu Hause gab es keine Probleme.	J. (jetzt 12) hat angefangen Aggressivität der Mutter gegenüber zu zeigen und den anderen Geschwistern gegenüber, schlägt auch Mutter, der Vater hat ihm davor den Rücken zugewandt, Vater lehnt die Tochter ab, weil die neue Frau die Tochter nicht wollte, der Bruder (J.) zeigt da Solidarität und geht auch nicht ohne seine Schwester hin.	Unterbringung war aufgrund der Sehbehinderung, und einer autistischen Störung,	ASK, Jugendamt

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
4. Erwartung / Ziele									
Erwartung der Eltern	Die Familie hatte keine Erwartungen, „wollte erstmal gucken, was da so los ist.“	Nach Erwartungen wurde in dem Interview nicht gefragt, sondern nur nach Zielen und Ängsten...	Erwartung der KM war, dass der KV mehr ins Boot geholt werden kann,	Da hilft mir jemand mit Sohn und Problemen. Lt DOK 1 nannte Mutter folgenden Hilfebedarf: -tägliche Auseinandersetzungen zw. Mutter und Sohn wegen Hausaufgaben -Verbale als auch tätliche Übergriffe zw. Mutter und Sohn Erziehungsunsicherheit und massive Ängste seitens der KM ggü ihrem Sohn	keine Vorstellung, aber Vorteil was die Berührungsängste angeht weil 2 Familien in der Gruppe bereits bekannt waren	Vorstellung gar keine, Erwartung dass er in der kleinen Gruppe von 10 Personen gut klar kommt und sich in die kleine Gruppe gut integriert und ihm Konzentrationsfähigkeit beigebracht wird.	J. betont immer wieder dass er sich besser kontrollieren kann, keine Gewalt mehr anwendet, weder Mutter noch den Geschwistern gegenüber, J. wirkt stolz dass er das geschafft hat.	keine Anfangs, erst mal gucken	Es wurde erklärt worum es ging, Gruppenarbeit, lernen von einander, Erwartung war daher „Erfahrungsaustausch mit anderen Familien durch Übung, vielleicht bestimmte Probleme analysieren und Lösungsweg e zu finden ...“ (S.4)

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Ziele der Eltern	Mehr Entspannung und Loslassen für KM Lt. DOK 1 sind Ziele der KM: -J. soll länger sitzenbleiben und sich länger konzentrieren können -J. soll keine unwahren Geschichten erzählen (z.B. dass er kein Frühstücksbrot bekommt)	Die Hauptthemen (Klauen, Paarprobleme, Probleme mit Tochter und Lebensgefährtin der Mutter, Aggressivität, Umgang, Lautstärke)	Hauptaufgaben werden erst nach der MFT angegangen, wie sich zu kontrollieren, etc.	-Schulbesuch des Sohns. -Besserung des Verhältnisses zur KM, - KM soll ihr Leben wieder in den Griff bekommen, „will „wieder mehr ich sein, ins Fitnessstudio gehen und arbeiten, klare Regeln aufstellen und Konsequenzen einhalten und schneller um Hilfe bitten“ lt. DOK 1. Autonomiegewinnung, Ausbildung der KM fortsetzen, ...	Ziel der Mutter war wieder an L. “ranzukommen”. (S.2)	Dass es in der Schule besser klappt.	dass sich J. verbessert,	mit unterschiedlichen Erziehungsstaktiken klar zu kommen, Familie wieder mehr zusammenwachsen lassen, Tochter sprachlich fördern, Defizite aufholen, die sie in der Behinderten einrichtung erlitten hat. DOK: folgende Ziele im Aufnahmegespräch: Stärkung der Familie nach der Rückführung von S. ...	Konflikte bewältigen innerhalb der Familie und die Akzeptanz, dass jeder jeden akzeptiert in den verschiedenen Rollen, die man halt ausübt.” (S.4)

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Ziele der Kinder	Anfangs keine, als es anfang Spaß zu machen, war das Ziel lt KM dass Aggressivität nachlässt und er sich besser kontrollieren kann, - mehr Mitarbeit	Ziel Kind: Sich mit der Lebensgefäh rtin der Mutter zu verstehen	“Ich glaube P. Ziel ist, dass man ihn in Ruhe lässt.” (S.4)	Lt DOK 1 Ziele bei M.: -Abstand einhalten, weniger streiten, Hausaufgaben machen, Schreibtisch ohne Mama aufräumen, regelmäßig zur Schule gehen. Umgang mit Taschengeld soll sich ändern, mit Freizeitangeboten soll Kontakt geknüpft und evt. Therapie fortgesetzt werden. DOK 4 ist ein „Vertrag zwischen M und seiner Mutter“, ...	keine weiteren Schulwechse l mehr	E. selber kann seine Ziele nicht formulieren, seine Mutter insistiert, dass er das Ziel hatte in der neuen Schule die Probezeit zu schaffen und bleiben zu können,	„dass ich mich verbessere“ (S.5)	Defizite abbauen	

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Erwartung anderer Personen	keine, neutrale Haltung DOK 1: Ziele Erziehungshilfe Verbesserung Entwicklungs- bedingung, - Verbesserung Familienatmos- phäre, Abbau Fehlentwicklun- gen, Bearbeitung Verhaltens- auffälligkeit von J., Förderung von J. in Bezug auf Sozialverhalten und Schule, Stärkung des Selbstwertgefü- hls, Aufbau von Komm-, Strukturen und Absprachen innerhalb der Familie, Erlernen neuer Erziehungsmuster...	Aus DOK 1 geht hervor, dass "Die Familien lernen, dass es auch in anderen Familien ähnliche Probleme geben kann. Die Stärkung des Selbstwertge- fühls von Eltern und Kindern und die Förderung Eigenverant- wortlichkeit stehen im Vordergrund Gruppenarbei- te. Die Multifamilie ntherapie wird als Chance gesehen,..." (Dok1, S.8)	MFT als Folgehilfe nach der Krisenintervention in der KJPsychiatrie Lt. DOK 1 Zielsetzung für die MFT: - Einüben und Akzeptanz von Regeln - Eingliederung in ein Gruppengeschehen, - Erlernen adäquater Umgang mit Emotionen/Konflikt lösungsstrategien - positiver Umgang mit Leistungsanforderung - Elternarbeit - Unterstützung und Begleitung P. bei den persönlichen und schulischen Angelegenheiten und Problemen (Kooperation Schule, ...	In DOK 1, ist folgender Hilfeplan zu entnehmen: Biografie- arbeit (ggf. Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse); Hintergrundkl- ärung, Aufarbeitung Umgangs- kontakte zum KV und Vater- Kindbezie- hung, Unterstützung bei Sicherstellung regelmäßigen Schulbesuchs und adäquater Hausaufgaben ...	In DOK 1 Hilfeplan: Unterstützun- g der Eltern bei Erziehung ihres Sohnes Entwicklung Tagesstruktu- r mit Regeln, Grenzen Unterstützun- g bei Haushalts- führung -Klärung der finanziellen Situation, Umgang mit Geld - Einübung neuer Kommunikat- ionsmuster u Konfliktlösu- ng, ...	Schule bzw. LehrerIn hatten Erwartung, dass Kind nicht stört bzw. Kind, das stört aus der Schule genommen wird. Im ersten Halbjahr in der Tagesgruppe waren die Ziele für die Arbeit mit E. lt. DOK 1 (Entwicklungsbericht der AKS vom Juni 2013): -erlernen grundlegend er sozialer Fähigkeiten Selbstwahr- nehmung ausbauen...			DOK 2 Eckpunkte für die Hilfeplanung fixiert: Stärkung der Kindeseltern in ihrer Erziehungs- kompetenz in Bezug auf das Durchsetzen von Regeln und Grenzen Auf- und Bearbeitung der familiären Konflikte Entwickeln/ Erarbeiten von Konflikt- lösungsstrat. Förderung der Kommunikat- ionsfähigkeit zwischen Eltern, ...

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Erwartung des Kindes	War lange Zeit gegen die Therapie, Aufgrund des Zeitpunkts (Sonntag lieber Freunde)	Wenig Ahnung was passieren wird, Hoffnung war sich mit der Zweitmutter zu verstehen.			ein wenig Angst ja, (Kind fällt es schwer auf die Fragen zu antworten)	unklar, Ziele definieren wäre ganz wichtig, Ziel war dass er in der neuen Schule die Probezeit schafft	Dass er sich verbessert.	nein unklar	„besseres Leben, Familienlebe n also.“ (S.4)
Ängste, Zweifel	keine Ängste, außer dass das Jugendamt die Kinder abnehmen könnte wenn sich die Auflage nicht erfüllen...	Zweifel der KM: Bringt es das in der Gruppe zu machen, jede Familie hat Baustellen und eigene Probleme, bereit das mit anderen zu teilen die ich nicht kenne und von Fremden Hilfe anzunehmen, werde ich sauer, raste ich aus?“ (S.3) ...	Befürchtung, es könnte aufgrund persönlicher Kontakte zum MFT Team schwierig werden, hat sich aber nicht bewahrheitet. Angst, wie lässt sich der P. ein, wie geht es?	Ja Ängste gab es, was darf man sagen, was darf man alles erzählen, uns kann niemand helfen weil wir stehen mit unseren einzigartigen Problemen alleine da (Fehlglaube)	keine Ängste, erleichternd war für die KM, dass bereits zwei bekannte Mütter in der Gruppe waren.		Ängst von J. war dass ihn seine Mutter weggibt, Angst der KM war, dass ihr Kind weggenomme n wird durch die genaue Begutachtung im MFT und dann vielleicht nur am Wochenende zu ihr darf,	Schlechte Erfahrungen mit dem ersten Jugendamt, Angst dass es wieder so werden könnte, Angst des Kindes, dass sie nicht heim kann.	dass Privates nach Außen dringen könnte, vor allem weil eine bekannte Familie dabei war

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Verhalten am Therapie- anfang	Mutter war beobachtend, gegenüber den anderen Eltern nur das preisgeben was man möchte bis sich Beziehungen bilden. Sohn „war auch total dagegen, der wollte das auch nicht machen ... also wir haben sehr lange gebraucht uns da rein zu fühlen.“ (S.4)		Am Anfang hat sich P. auf nichts eingelassen, wenn es inhaltlich heikel wurde hat er die Gruppe verlassen.	Mein Sohn ist Sensibelchen obwohl dicke Haut, Gruppenarbeit war besser als Einzeltherapie, Schwierig war regelmäßige Teilnahme an MFT weil Sonntag hatten Kinder keine Freude, DOK 1: zw Mutter u Sohn zu Beginn massive Nähe- u Distanzproblem u ambivalente Signale („ich will meinem Sohn helfen“ ...	L., sehr umgänglich in der Gruppe, was sich langsam dann auch positiv zu Hause ausgewirkt hatte, Bei M. war die MFT ja unterstützen d für die Rückführung nach Hause nach 8 Jahren in einer Pflegefamilie, da gab es gar keine Probleme zu Beginn.	Hatte das Gefühl das wäre ein Kaffeekränzchen mit guten Freunden, Gefühl des Mitnehmen fehlte am Anfang, Lt. DOK 1 war es für E. schwierig, wenn seine Wünsche od. Vorschläge nicht angenommen wurden, „mittlerweile fällt es E. leichter ein „nein“ auszuhalten. ...“	J. war bockig, aggressiv,	Anstrengend auch den ganzen Ballast der anderen zu hören.	Erkenntnis dass es anderen Familien auch so geht bringt Erleichterung

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Dauer bis aktive Teilnahme der Eltern	2-3 Monate	nicht abgefragt	KM von Beginn an und regelmäßig dabei und findet das auch wichtig, KV war Samstags dabei und bei einem Wochenende.	von Anfang an; Frau K. hat Liebe auf den ersten Blick ausgelöst, „Das hatte ich noch nie. Ja, Türe auf und die Frau, ich hätte sie am liebsten adoptiert.“ (S.1)	nicht abgefragt	erst nach einer gewissen Zeit fangen die KE an den Austausch zu genießen und etwas mitzunehmen,	nicht abgefragt	einige Zeit, „hier in MFT ziemlich schnell gemerkt so die ersten paar Monate, dass man doch nicht alleine ist mit seinen Problemen“ (S. 1)	Schnell

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Dauer bis aktive Teilnahme der Kinder	2-3 Monate	9 Monate	Immer wenn die Punkte kamen wo es Schwierigkeiten mit ihm gab hat er zugemacht und ist rausgegangen. Aber am Ende hatte er sich die Wutausbrüche eingestanden was zu Beginn nicht denkbar gewesen wäre- Einsicht	Wie er nachher aus der Vitos wieder kam, wo er vier, fast fünf Monate war.	6 Monate ca. bis Veränderungen bemerkbar wurden auch zu Hause.	Nicht danach gefragt	die ersten 3 Monate zurückhaltend, dann Kinder sehr offen, gerne Fußball gespielt, ein Jahr bis man Ergebnisse gesehen hat, parallel hat Vater klar gemacht dass er keinen Kontakt mehr mit Kindern wolle, das war bitter aber brachte mehr Klarheit, der Sohn hätte gerne Kontakt ...	nicht danach gefragt	nicht danach gefragt

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Besondere Momente der MFT	kann Sie so nicht sagen,	Kind: Spielplatz Ausflug außergewöhnlich Tochter nur mit LG der Mutter (Übung Familien aufgeteilt), KM: dass sich meine Tochter mehr angefangen hat zu öffnen, KM: Meine Tochter reden zu hören dass sie es stört wenn KM und LG streiten (Außenperspektive), Tochter öffnet sich	MFT Wochenende in Grünberg, gemeinsam was spielen, das wäre sonst nicht denkbar gewesen, z.B. stundenlanges gemeinsames Kartenspielen, unvergessliche gemeinsame Momente,	„schlimmste Moment war, wo ich Frau K. anrufen musste und sie musste ihn in Obhut nehmen. Da ist er im Auto ausgerastet. Da hatte ich Angst um mich, um meine Tochter und nicht nur um ihn, da hab ich gedacht, das kann nicht wahr sein, das ist dein Kind.“ (S.9) Ein Jahr später wurde erneut Fremdunterbringung nötig..., Positiv: Der Grünberg Ausflug ...	Der MFT Ausflug Grünbergwochenenden, Die Hochbetten und die Nachtwanderung, dort gab es auch Übernachtung und einfach ein intensiver Austausch beim Zusammensein in ganzes We, arbeiten und Freizeit,	Es gab nicht DEN Moment, es war ein Prozess.	Kinder: Fußball und Ausflüge mit Freunden, gemeinsam malen war schön, negativ: Ein Streit zwischen der Tochter und einem anderen Mädchen führt zum Kontaktabbruch Mutter: alles offen ansprechen zu können war das Beste, da gab es auch eine Vertrauensbasis	Grünberg, gemeinsam Essen Positiv: Der Moment wo es Ehrlichkeit u Vertrauen gab auch unangenehme Dinge zu sagen, dass auch sensible Themen angesprochen werden können, wie Befürchtung dass Kind sexuell missbraucht wurde. Angst austauschen können, auch über kräfte raubende Themen zu sprechen	ein Spiel, es ging darum zu beschreiben was der andere zu tun hat, „du hast den Stein mit den 6 Noppen und gibst ihn...“- nachher muss man gucken ob es Übereinstimmungen gibt, hat Erfahrung gebracht, wie aneinander vorbei geredet wird. Grünberg: Fabelwesen malen war auch eine Übung die sich eingeprägt hat

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Was hat sich besonders bewährt / ausgezahlt?	„Therapeutin hat Angst genommen. Sie war für uns da, sie hat auch immer wieder gesagt, dass sie uns hilft.“ (S.15) , alles zusammen, von anderen zu lernen und andere zu beobachten, der Austausch zu anderen. Problem der KM: Sie sei Helikoptermutter gewesen vor Therapie, das habe sich gebessert (hatte parallel Einzeltherapie), kann nicht als alleinige Wirkung der MFT dargestellt werden...	Dinge zu erarbeiten und nicht gleich als Tipp zu bekommen ist nachhaltiger	Dass man durch die anderen Familien nicht alleine ist, dass andere da sind mit ähnlichen Erfahrungen, „dass Eltern da sind, die das verstehen, Kinder die das verstehen.“ Dieser gemeinsame Nenner, sich mit Menschen austauschen können, die verstehen, was man täglich mitmacht. Diese Problematik kennen, die eigenen Ansätze einbringen, das ist das A und O und „diese Regelmäßigkeit“, also die regelmäßige Teilnahme. (Vgl. S.5)	„Wir hatten hier Familien, die haben sich da nicht drauf eingelassen. Klar ist das lange Zeit, ich sitze 10 bis 4 hier rum, aber wenn ich mir Zeit nehme, hab ich irgendwann wieder Familie, die sich zusammen-rauft.“ (S.8) Frau K, positive Einstellung, Tipps, dass Frau K. zu Terminen mitgegangen ist, Präsenz auch außerhalb der Gruppe.“ ...	Intensität macht es aus, „weil die Kinder sind jeden Tag in der Woche hier, man hat immer einen Ansprechpartner“ (S.5), viele Gespräche wöchentlich MFT, und bei M. dann 14 tägig am Wochenende Freundschaft entsteht, „alle die hier sind haben ja irgendwo ein Problem, und wenn man da intensiv dran arbeitet, baut sich Vertrauen auf.“ (S.9)	Austausch mit anderen, „Wir haben Gruppe gefunden, die sehr humorvoll ist, da wir auch humorvolle Familie sind.“ (S.10) Gestalterisch Familienarben, Spiel, Zeichnung über Fortbewegungsmittel wo Familie integriert ist, andere müssen es interpretieren andere nehmen Dinge anders wahr als sie ...		Ehemaligen Treffen weiterhin KM: das Feedback der anderen, die Kontinuität der Treffen	Einzelgespräche bzw. Elterngespräche auch untereinander ohne Kinder war aufschlussreich. Erfahrungsaustausch über Einrichtungen auch von Kindern zu Eltern, Kinder zu Kindern, etc. Unterschiedliches Denken von Kindern und Erwachsenen , sehr lehrreich, Kinder werden als gleichwertige Partner wahrgenommen, ...

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Wie haben Sie das geschafft?	Nun entspannter, Grundlegendes Sicherheitsgefühl vorhanden.	nicht danach gefragt	nicht danach gefragt	Positive Einstellung, Bereitschaft für Hilfe	Kind fällt es schwer das zu beantworten,	wir arbeiten als Familie eng zusammen	„Die Gespräche mit Frau K. und so ... Tipps und Ratschläge und alles drum und dran „ (S.15/16)	Mit MFT haben wir Weg gefunden, das gemeinsam zu verarbeiten. Wir konnten darüber sprechen, Erfahrung von anderen Familien, das feedback, ...	durch das MFT vielleicht und durch die ganzen Übungen.
Ängste bewahrt?	Keine Angaben	Nein keineswegs	Kein Problem mit Mitarbeitern, KV hätte sich mehr beteiligen können	Nein			Nein	Nein	Nein, im Gegenteil

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Zwischenbericht MFT in Hinblick auf Erfolg / Veränderung	DOK 3 nach einem halben Jahr Therapie ist sehr positiv formuliert: "haben wir die Familie sehr konstruktiv und offen an diesen Zielen arbeitend erlebt. (...). Zu Hause werden Regeln besprochen und beide Elternteile setzen sie gemeinsam um. (...) Frau xx gelingt es Ressourcen zu nutzen oder zu finden damit alle Kinder betreut sind. (...) insgesamt SEHR positiver Bericht...	Laut DOK 1 war im Mai 2013 der Stand: Frau A. ist offener gegenüber Hilfen geworden, das Verhältnis der Tochter zum zweiten Elternteil bzw. der LG der KM habe sich aber nicht gebessert.		DOK 1 beschreibt M. drei Monate nach Beginn: -M. ging behutsam in Kontakt, hat sich schnell in Gruppe integriert. Sein war durchgängig angemessen und stimmig. Er zeigte sich empfindsam; „sein Heimweh nach seiner Familie hat ihn deutlich beeinträchtigt.“ Er zeigte großes Interesse und war mit Begeisterung dabei. „M. hat einen besonderen Humor,...	DOK 4 ist Entwicklungsbericht für L. nach einem Jahr in Tagesgr.: Es gibt Verbesserungen, aber auch Rückschläge. Bei Eltern ist Engagement erkennbar, sie kommen regelmäßig, sind offen für neue Ideen, konstruktiv, integrierend und warmherzig. " (DOK 4) gute „Botschafter für MFT“.	In DOK 2 (Entwicklungsbericht der ASK vom April 2014) "sind Herr xxx und Frau xxx in ihrer Elternrolle so gestärkt, dass sie sehr gut für die Entwicklung von E. im häuslichen Umfeld sorgen können. Die Tagesgruppe als Unterstützungsangebot kann aus unserer Sicht beendet werden.	DOK 2 „gut in die Gruppe integriert“. Mit jüngeren, unterlegenen Kindern kommt J. leicht in Konflikt. In der Schule hat sich durch Wiederholen der 3. Klasse die Situation entspannt, Leistungen haben sich verbessert, „konzentriert u ausdauernd arbeiten gelingt deutlich besser.“ Die KM nutzt die MFT-Treffen zum Austausch, ...	Bei dem Fall existiert nur der Abschlussbericht und kein Zwischenbericht	Zu diesem Fall existiert nur die Dokumentation zum Start, aber kein Zwischenbericht.

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Erfahrung mit anderen Helfersystemen (Schule,...)	Kooperation mit der Schule lief nicht gut, Lehrerin wollte ihn loswerden,	Vor der MFT gab es bereits Familienhilfe; Schule weiß Bescheid, ist aber nicht involviert, Kontakt zur Jugendsozialarbeiterin Arbeitgeber weiß dass Familientherapie gemacht wird	MFT war Anschlusshilfe an stationären Aufenthalt; -Eltern haben parallel auch Elterngespräche gemacht; - Schule war kooperativ in ihren Möglichkeiten	Tochter nun Förderschule, gut, dass es Angebot gibt, Vitos, Schule hat wenig unterstützt, nicht versch. Jugendamt Zusammenarbeit, Bevor es zu MFT kam war Familie Einzeltherapie, „aber da waren wir bei zwei Sitzungen dann hab ich das abgebrochen, weil ...“ (S.6)		Schule hat unterschiedl. kooperiert, nun Lehrerwechsel, Person ist weniger kooperativ -Vor der MFT gab es Konzentrationstraining im SPZ, Frühförderung, Ergotherapie -Elterntrain., zweimal hingegangen, aber da war die Gruppe „steinernst“	Familie hat bereits seit 2006 Familienhilfe, Schule, Jugendamt, aber Schule hat nicht so gut geklappt.	Schlechte Erfahrung mit dem Jugendamt, das die Tochter in ein Rehabzentrums steckte mit 3. Ergotherapie, Logopädie hatte Tochter, aber bzgl. Der Diagnose Autismus offenbar keine Förderung...	Davor schon einiges gemacht, „Familie im Mittelpunkt“, Tagesgruppe, stationärer Aufenthalt,
Unterstützung vor MFT	Nein,	Familienhilfe	Familien und Jugendberatung, Vitos, psychologische Klinik,	Einzeltherapie (Mutter und Kind (7-8 Jahre), nicht hilfreich, reden hat nicht gereicht...	„Mit ihm hatten wir schon ganz viel“ (S.3), Familienhilfe, Erziehungsberatung,	Ergotherapie Diagnostik, aber keine Psychotherapie	Familienhilfe 6 Jahre lang, besser als gar nichts, ...	Keine in Bezug auf Förderung und Autismus	ASK Einzelcoaching, aber bei MFT war es kreativer, Familie zusammen, ..

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Unterstützung parallel	Vitos (Psychologische Klinik für Jugend Psychiatrie, läuft weiter), Tabletten wegen ADHS (Appetitlosigkeit als Folge manchmal) Psychologische Einzeltherapie für KM		Elterngespräche liefen parallel zur MFT	5 Monatiger stationärer Aufenthalt von M. in Vitos, MFT hat durch Gruppe guten Weg für eine Unterbringung in einem Heim geebnet...				Logopädie, Ärzte	keine, Schule hatte damit nichts zu tun,
Unterstützung nach MFT/ Anschluss-hilfen	weiterhin Vitos für Kind, Aktuelle Lehrerin „ist Spitze. Die arbeitet auch mit ihm, also die lässt ihn nicht einfach stehen, sie fängt ihn auf, wenn sie merkt es ist wieder irgendwas.“ (S.14)	Familienhilfe geplant für Themen die bei der MFT keinen Platz bekommen haben sollten (läuft noch)	14-tägige Elterngespräche mit den Mitarbeitern des ASK als Nachbetreuung für die familiäre Kommunikation der Eltern. Ehemaligen Treffen	Anschlusshilfen gab es keine von außerhalb, Ehemaligentreffen wird wahrgenommen.	Ehemaligen Treffen	Ehemaligentreffen, Austausch mit den anderen,	Ehemaligentreffen wird wahrgenommen, MFT wahrgenommen, MFT wäre wieder ein Wunsch von J. aber das frühe Aufstehen nervte. Bockigkeit fängt nun nach MFT wieder an,	Einzeltherapie für die Mutter nach der MFT	Ehemaligentreffen, 3 Abende in der Schule Infoabende, aber sonst möchte T. nichts mehr in Anspruch nehmen,

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Zufriedenheitsskala Eltern 1-10	11, wir wollten nicht aufhören. Die Mutter hatte Angst, dass „sonst bricht wieder alles ein“, wenn er mit der Therapie aufhört. (S.7)	KM: zuerst „so zwischen 5 und 6, 7 würd ich sogar sagen, MFT ist nicht verkehrt.“ (S.7) Zufriedenheit bekommt eine 9 (KM war zuerst von Spassfaktor ausgegangen ausreichend, soll nicht besser sein, ist ja Arbeit und soll ja keinen Spaß machen, Hilfreich: 8	10- eindeutig, Wir sind Menschen aus unterschiedlichsten Bereichen, aber der gemeinsame Nenner ist dass wir alle Sorgen und Probleme in unserem familiären Umfeld haben.	KM: 8-10, hat mir viel gegeben, das Lernen dass es auch anders geht.	KM: 10, „Das hat mir viel geholfen“ (S.7), Unterstützung von außen, Bestätigung von den anderen, Lernen von Bewältigung von Situationen	hat niemand beantwortet	Mutter: 8, Frau K. war eine gute Unterstützung, die Offenheit hat geholfen, auch bei Problemen mit den Ämtern oder der Schule (da gab es einige Probleme mit den Lehrern und der KM), „ich wurde eingestuft als eine Löwenmutter in der Schule, weil ich explodiere sehr schnell wenn es um meine Kinder geht.“ (S.12)	Vater: 8 Mutter: 10 intensive Bindung zu den Betreuerinnen, externe individuelle Betreuung, wollten gar nicht aufhören..., hat Spass gemacht, gemeinsame Mittagessen, coole Sache, grillen	Vater: 6 Mutter: 6

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Zufriedenheitsskala Kind 1-10	11, „der sagt ja auch jetzt immer noch zu Hause sagt er so, ach eigentlich vermisse ich doch die Tagesgruppe ganz toll und so.“ (S.7)	Tochter: 5 als erste Antwort, 8 bezogen auf Zufriedenheit, (5 weil keine Lust am Sonntag aufzustehen, aber es gibt Momente wo es Spaß macht mit der Stiefmutter/ Zweitmutter etwas zu machen) das Verhältnis mit Mama ist besser geworden.	k. Angabe		L: 10 (Trampolin, Essen, Erzählkreis)	10, Entspannung sübungen waren super und das Angebot für Bewegung, (Kinderyoga), Spielplatz mit Schaukel und Klettergerüst externes arbeiten, hat sich gut aufgehoben, Willkommen gefühlt, humorvoller Umgang, Freundschaften	J.: 4 am Anfang, dann 6 (hat sich gelangweilt bei MFT, viele anstrengende Gespräche, rumsitzen, zuhören)	Tochter: 9-10 mir hat alles gefallen	Sohn: 5

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Was hat zufrieden gemacht	-Die Personen haben viel ausgemacht, durch die lange Zeit ist ein Bezug zu den Personen aufgebaut worden. -Der Verlauf	„Es hat sich viel verändert.“ (S.8) Streitereien sind weniger aggressiv geworden.	die schönen Stunden die ich in der MFT mit meinem Sohn verbracht habe. der Blick von außen, praktische Unterstützung, Austausch, von außen positive Rückmeldung darüber dass man Dinge richtig macht, direktes Feedback,	Kombination Gruppen-erfahrungen, Frau K, „die hat uns schon wirklich angeschoben.“ (S.7), Hilfe zur Selbsthilfe, auch durch Anweisungen ... „dass einem geglaubt wird, die Atmosphäre“ (S.12), man ist nicht alleine, keine Bevormundung, „wirklich Spaß, beim gemeinsamen Essen, ... eine tolle Gruppe.“ (S.12)	Km hat gelernt nicht nur der Prellbock zu sein, sondern eine eigenständige Person zu sein mit eigenen Wünschen, führt dazu dass Sie ruhiger ist was sie sagt, (aber aus meiner Perspektive als Beobachter beim Interview fällt mir auf dass sie sehr wohl schimpft)	genossen Austausch zu haben mit anderen Eltern u zu registrieren, „die haben auch Probleme, die haben vielleicht noch schlimmere Probleme wie man selbst.“ (S.12) „Diese gestalterischen Sachen haben mir sehr viel Spass gemacht, ...“ (S.18)	Die Ausflüge mit dem besten Freund haben dem Kind am besten gefallen und das Malen, den Eltern die Gespräche.	Die Zusammenarbeit, der Zusammenhalt, wir sind gerne gekommen, wollten sich weiter entwickeln, das motiviert.	keine konkrete Angabe.

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Was waren die Erfolge?	Dass Mutter keine Helikopter-mutter mehr ist und ihre Kinder "tun lässt".	Dass die Mutter nicht mehr so schnell laut wird. - Weniger Streit zwischen Tochter 1 und Zweitmutter, weniger Streit zw. den Töchtern. Mutter kann besser reflektieren, „Ich merke dann, okay, das hätte nicht sein müssen. (...), was ich früher nicht hatte. Also früher hätte ich sowas nie eingesehen.“ (S.14)	P. hat sich im Lauf der Zeit mehr darauf eingelassen, ist mehr aus sich herausgegangen, hat auch über sich gesprochen.	auch die Unterbringung des Kindes als Alternative zu erkennen, zu Kräften und mehr Selbstbestimmung zu kommen, weniger angreifbar werden,	Thema Schule mehr als zu Hause,	Bei einem Schulgespräch gab es ein super Feedback für die KE bei einem Elterngespräch, dass es keinerlei Probleme gibt, Erfolg von E.: Geduldiger beim Sitzen, beim Spielen, auch in der Klasse, wenn er warten musste	nun wird auch zu Hause gemeinsam gegessen, das war früher nicht, wurde von MFT übernommen,	S. kann sprechen, Beziehung funktioniert wieder, Familie ist zusammengewachsen Bindung der Kernfamilie wurde sehr eng, wir sind froh dass wir zusammen sind, früher gab es viel Streit weil jeder für sich war und die Probleme nicht gemeinsam gelöst wurden,	Nachhaltigkeit ging offenbar etwas ab, Familie hat nicht geschafft "das konsequent dann auch wieder weiterzuführen, weiterzuleben." (S.11)

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Problem- reduzie- rung	KM fühlt sich heute entspannter	„Es sind schon <u>viele Dinge</u> , die ich jetzt anders sehe oder empfinde. Meine Frau sieht das halt nicht so, ich sehe das schon so, dass es sich wirklich in vielen Punkten schon sehr verbessert hat.“ (S.7) Zweite Tochter kann sich nun besser konzentrieren, „sie kann auch still sitzen“ (S.5) ...	die Probleme zu Hause wurden durch die stationäre Tagesgruppe und die MFT Wochenenden ausgeschaltet.			Eher schleichender Prozess Erhebend war ein Elterngespräch in der Schule, wo Lehrerin meinte sie hätten gar nicht kommen brauchen, weil alles gut laufe.		Wir haben wieder Vertrauen in Einrichtungen gewonnen durch MFT	Konflikte wurden weniger, Mutter und Sohn, die Gesamtsituation ist ruhiger geworden.
Zeitpunkt Problemred			nach 3-4 Monate war es besser		Etwa nach 6 Monaten	nach 6 Monate	Etwa nach einem Jahr.		nach ca 6 Monaten

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Woran haben Sie das gemerkt?	Weniger Beschwerden über das Kind von Schule und anderen Eltern,	Weniger zicken, nicht gleich hinhalten	P. kocht, aber er explodiert nicht sondern geht nach Innen und lässt es nicht vor den anderen raus.		Am Verhalten von L: In der Gruppe war L. zugänglich und ausgeglichen, ruhiger. Zu Hause hat man das nicht so gemerkt bzw. erst später	mehr direkte Tipps für die KE wären hilfreich gewesen Mitmachen im Kreis,			Es wurde ruhiger zu Hause, auch T. ruhiger durch MFT Übungen, man hat gelernt sich Auszeit zu nehmen, Konflikten aus dem Weg zu gehen, zur Ruhe zu kommen u nochmals darüber reden.
Was macht das Kind nun anders?	zieht sich selbstständig in sein Zimmer zurück wenn er Auszeit benötigt	“(Kind) hat angefangen, sich mehr zu öffnen.” (S.11)	P. kann sich nun auf Sachen einlassen, kann sich seine Wutanfälle eingestehen, Wut hat nachgelassen, und staut sich nicht mehr so an,	Mein Sohn hat verstanden dass es auch anders geht, Kann ein NEIN von der KM akzeptieren ohne auszurasen,	früher kam täglich ein Anruf aus der Schule, nun ist L. Klassen-sprecher, Veränderungen vor allem in der Schule mehr als zu Hause	Das Kind läuft weniger weg, beim 2. Ausflug, gab es auch die Rückmeldung der anderen,	Statt hinschlagen ist er jetzt bockiger, Aggressivität weniger geworden. auch von Seiten der Mutter, ...	Kind kann reden.	ruhiger, Wünsche der Eltern mehr wahrgenommen, mehr Respekt den Eltern gegenüber, aktuell wieder schlechter

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Wann hatten Sie wieder das Gefühl von guter Elternarbeit ?	Vorwürfe früher, Schwierigkeiten als Baby, Selbstmordgedanken, Durch MFT Stärkung als Mutter, Feedback von den anderen Eltern und BetreuerInnen.	Heute immer noch öfter überfordert, Rabenmutter war ich nie, bin eine Durchschnittsmutter die ihre Fehler einsieht und dazu stehen kann.	das Gefühl ist bekannt, die Erkenntnis dass man doch eine gute Mute ist, geht am Weg immer wieder verloren und muss immer wieder neu geholt werden weil unsere Gesellschaft negativ geprägt ist, mit einem Blick auf das was man falsch macht,	Januar 2014 Prüfung bestanden (jener Ausbildung die sie im Zuge der Motivation durch die Gruppe gemacht hat), danach kam das Gefühl ich kann alles schaffen, 2013 gab es das Versprechen dass die Unterbringung nur 1 Jahr dauern würde, in dem Jahr war er auch eher bemüht, aber als klar wurde das würde länger dauern kam wieder ein Tief,	Durch feedback von professionellen Betreuern bekommt man das Gefühl als Mutter wieder gute Arbeit zu leisten, und „zu sehen, dass man nicht alleine steht. ...und wirklich zu sehen, dass es bei ganz vielen anderen genauso schiefläuft“ (S.10)	In Vorklasse war KM sehr unsicher, ob sie etwas falsch mache. Lehrer haben die KE oft runter gemacht dabei gab es die größeren Probleme in der Schule und nicht daheim. Das hat durch feedback in Elterngesprächen geändert, da bekam sie feedback, dass sie alles richtig macht und nicht für Autismus des Kindes verantwortl.	Nach den Gesprächen mit den MFT Betreuern, da gab es gute Tipps, Erkenntnis es gibt keine perfekte Mutter,	Mutter: Durch MFT habe ich das Gefühl und die Selbstsicherheit auch in der Schule wieder sicherer auftreten zu können Neuer Versuch, durch Regeln Grenzen zu setzen- und sie liebt mich trotzdem- wichtige Erkenntnis	Ab dem Zeitpunkt als ersichtlich wurde dass andere Familien auch diese Probleme haben, Selbstzweifel werden besser, Auf und Ab, jetzt gerade muss man wieder öfters reden, aber es gab den Punkt dass das Bitten weniger oft nötig war, Wenn etwas gut geklappt hat, wenn man Erfolg gesehen hat.

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
8. Veränderung (Zeitpunkt)									
erste Veränderungen				Auf und Ab, aber ganzheitlich betrachtet ist es heute besser als damals.		Spiel "Ich sitz im Kreis und rufe" lange stillsitzen war möglich für E.	nach 3 Monaten, Körperpflege wurde besser, Tochter ging mehr aus sich heraus,	relativ schnell, durch die offene Kommunikation in der Gruppe	

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Veränderungen bei den Eltern	„dass ich die Kinder früher nicht losgelassen habe. (...) jetzt darf 5-jähriger alleine raus auf Spielplatz, daran ist Multifamilientherapie schuld, dass es so gekommen ist.“ (S.8) Realisierung dass der eigene Wahnsinn nicht normal ist im Austausch mit anderen, KM kann sich besser loben lassen u kann Kinder besser loben, KM ist nicht mehr so überpünktlich, hat „nicht mehr so diese Hektik“. (S.10) ...	Die Erkenntnis über den Umgang mit den Kindern und die Reflexion darüber hat bei der KM zugenommen. KM kritisiert an ihrer Frau, dass sie sich zu wenig einbringt, zu wenig mitmacht.	“meinem Ex-Mann ist klarer, dass er einfach nicht drum rumkommt, da ein bisschen Verantwortung mit zu übernehmen, also es werden besser gemeinsame Vereinbarungen getroffen.“ (S.11)	Durch die Stärkung der Gruppe, viel Rückhalt um auch schwierige Situation wie die Unterbringung des Kindes zu meistern, Mutter schafft nach MFT, dass sie ihre Bedürfnisse erkennt die durch jene des Sohnes unbefriedigt blieben und das wiederum frustriert,	„Komm ich in Schwierigkeiten, kann ich anders umgehen.“ (S.7); dass Sie ruhiger ist, dass sie konsequenter ist, sich nicht mehr alles gefallen lässt. nicht mehr so schnell laut wird, geduldiger geworden ist, Trennung vom Partner wurde besser verarbeitet, ...hab ich nur durchs MFT.“ (S.13)	sind die gleichen Eltern wie vorher, haben vorher schon viel mit dem Kind unternommen, mehr geregelte Tagesabläufe für E.	Hat erkannt dass sie Sohn J. nicht so mag weil er wie sein Vater aussieht, und sie ihn damals nur bekommen hat weil sie den KV halten wollte. konnte ihn früher nie halten, ihm keine Nähe zeigen, da hat sich Mauer aufgebaut,	Haben angefangen zu entscheiden was wir möchten oder nicht möchten- das hat dazu geführt dass die Großeltern nicht mitmachen und somit Kontaktabbruch	Gelernt loszulassen, “Ich kann jetzt nichts mehr für dich tun, du musst alleine klar kommen“- rausnehmen, Motivieren des Kindes ja, Zusammen lernen, aber ab einem Punkt sagt man dann es ist mir jetzt egal, Das Lenken abgeben, MFT Erkenntnis: Eltern ziehen sich zurück aus dem Konflikt und greifen das Thema später wieder auf

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Veränderungen der familiären Kommunikation	Lügen waren vorher Thema, dann nicht mehr, sonst war Kommunikation nicht so das Problem	Nicht mehr zu schnell laut werden, stattdessen nun spazieren, Techniken um runter zu kommen und ruhig zu bleiben, Verschlechterung der Kommunikation zwischen den Eltern (allgemein, nicht wegen MFT, aber Erkenntnis wie anders Einstellungen sind)	mehr Zeit mit meinem Kind durch MFT, KV obwohl getrennt bessere Kommunikation, mehr Vereinbarungen, mehr Verantwortung, alte Verhaltensmuster zu durchbrechen ist schwer aber extrem wichtig, leichte Verbesserungen zwischen P. und KM, Kommunikation zwischen den Eltern immer noch konfliktvoll und schwierig.	„Wir reden viel besser miteinander, es ist nicht mehr so laut, ... wir haben nicht mehr so ein Aggressionspotential.“ (S.16), auch muss man weniger acht geben darauf ob es gleich wieder schief gehen könnte. Ist besser als früher, aber Pubertätsbedingt aktuell wieder weniger geworden.	Früher war es viel lauter, kein normaler Umgang, heute wird mehr reflektiert	wir reflektieren mehr und denken mehr nach	lassen einander mehr ausreden, KM wird jetzt zwar lauter aber das reicht, sie muss nicht mehr „aus Reflex“ zurückschlagen,	Diskussion sind für den Vater aus, der ist klarer geworden, Tochter sein, Mama und Papa zu sein ist echt anstrengend „Zwischen uns zweien (Anm. den Eltern) gibt es ja eigentlich gar nichts, was wir uns nicht erzählen. Also wir reden über alles.“ (S.13),	“Es geht viel über Whats App”. (S.15)

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Veränderung des Kindes	das Kind war einsichtig und muss nicht mehr lügen und Dinge abstreiten, gemeinsam am selben Strang ziehen, Aggressivität ließ nach	Mehr Kommunikation zwischen Kindern und Eltern, Kinder spielen mehr miteinander (Rollenspiele)	weniger Wut und andere Verarbeitungsformen. P. ist selbstbewusster geworden, bewältigt Schulalltag besser.	„der hatte ... ein Superjahr da hingelegt, hat alles aufgeholt, was er je an Defiziten hatte...“ (S.14). Ist viel selbstständiger geworden, hat über 14kg abgenommen, man kann mit ihm reden, „er ist wirklich äußerlich und innerlich gewachsen, das ist wirklich so.“ (S.15) auch positive Veränderung bei Schwester, ...	kann sich besser kontrollieren, lieb sein fällt leichter In der Schule vom auffälligen Störenfried zu Klassenspracher avanciert. „Beim Schulischen hat er sich wirklich immens verbessert.“ (S.11) M. hat sich nach seiner MFT zu Hause sehr auffällig gezeigt, so dass er bei L. wieder dabei war,	Kann länger Stillsitzen, malt lieber mit als anfangs, Gruppenarbeiten machen ihm mehr Spaß innerhalb der MFT,	hat verstanden dass er früher trotzig war und das bewusst verändert, nun Kommunikation statt Aggression,	“Also vorher war sie (die Tochter) doch sehr verschlossen auch, wie wir angefangen haben mit MFT” (S.14)	War eine Zeit viel besser, derzeit ist durch Pubertät wieder Respektlosigkeit kräftiger geworden und Lautstärke, bezieht sich aber nur auf Zu Hause, außerhalb und im Schulkontext gab es offenbar nie Probleme mit der Höflichkeit etc.

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Veränderungen in der Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> - Schule meldet sich nicht mehr, - Eltern stehen nicht mehr vor der Türe und beklagen sich über ihren Sohn wie früher - jetzt neue Lehrerin mit der man besser zusammenarbeiten kann. 	Familie lebt nun isolierter, weniger Freunde, dafür diese enger; Qualität vor Quantität, teilweiser guter Kontakt mit anderen MFT Familien.	Ex Mann hat halt mitgemacht, das war nicht immer so! P. bewältigt die Schule besser. „Er hat nicht mehr so viel Wut, die staut sich nicht mehr so an.“ (S.9) Anrufe der Schule sind weniger geworden.	zu Hause war es nicht möglich vorher, M. ist nun seit zwei Jahren in einem therapeutischen Heim, „das haben wir auch durch MFT geschafft.“ (S.12)	Schule war kooperativ; KM hat Freundschaften durch MFT gewonnen. Geht leichter weil intime Sachen ausgetauscht werden,	Integrationshelfer musste Schule verlassen, Lehrerwechsel, viele zufällige Veränderungen im Umfeld, außerhalb der Familie wurde nicht verstanden dass die Eltern E. Medikamente geben, weil die Probleme tatsächlich nur in der Schule auftraten.			Wenige, da gab es schon vorher keine Probleme, da kann er sich gut anpassen und höflich, ruhig zeigen, zu Hause dreht er auf, fast wie zwei Persönlichkeiten, Obwohl er in einer schwierigen Klasse ist, lässt er sich dort nicht ein, was sein Verhalten angeht nicht die Noten, die sind nicht gut,
Andere Auswirkungen			nach Beendigung der MFT wurde es kurzzeitig schlechter- was normal ist.	Exmann kümmert sich jetzt noch weniger drum.” (S.16)	Für die Beziehung hat es nichts mehr gebracht				

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
9. Reflexion der Familien									
Was hat nachhaltig geholfen? (zusammen legen mit Pro?)	- Frau K. hat dabei unterstützt, dass die Mutter nicht mehr so klammert, dass sie die Kinder auch etwas machen ließ, - BetreuerInnen haben auch auf Seiten am Kind hingewiesen, die die KM gar nicht so gesehen hat, Menschlichkeit ; der Austausch und Kontakt mit den Anderen durch Gruppenbildung	Die Unterstützung der anderen Familien, Austausch, Erkenntnis “Wir sitzen alle im selben Boot” „einfach zu sehen, dass wir nicht die einzigen sind, die auch diese Probleme haben.“ (S.18)	Positives Konnotieren statt auf jenes, was nicht funktioniert, das ist wichtig. Fokus auf die Dinge die funktionieren. -feedback erhalten, wenn es gut läuft. Alte Verhaltensmuster zu durchbrechen ist schwer aber extrem wichtig, dass man bei Konfliktsituationen vor Ort Unterstützung von der Gruppe und den MFT Therapeuten Unterstützung hatte, die Gruppe wird zu Ende geführt bis man sagen kann, “jetzt kann ich beruhigt gehen”	Alles, der Glaube an Veränderung, „die Hilfe zur Selbsthilfe. Unterstützung und Zuspruch (S.19) Emotionen sind möglich, Platz für Vieles; Einzel- u Gruppengespr und gemeinsame Familienarbeit, zusammen (malen) Gefühl, als Eltern mit sich zufrieden zu sein, ...	der Zuspruch der MFT BetreuerInnen und der anderen Familien hat die Stärkung der Person und das private Umfeld	Zu sehen, es geht anderen Familien auch so. Austausch mit anderen Familien. Gruppe und die Tatsache dass die Kinder von den Kindern lernen und Zusammenhalt sich bildet, Gestärkt wurde auch die Wahrnehmung, wie man auf andere Menschen wirkt.	J.: die Zusammenarbeit und das miteinander sein, Familienrunde , da kann man ganz offen auch eine Meinung sagen ohne dass man dafür bestraft wird.	Die Einzelbetreuung zu Hause (50 Stunden), „die Sache an sich hat ja uns nur positives gebracht, von Anfang an bis Ende.“: (S.15)	Der lockere Umgang, trotzdem tiefgründig, KV: aus Konflikten rausgehen und Kommunik. später wieder aufgreifen KM: Nachfragen wenn man etwas nicht richtig versteht, T_ Dass andere auch Probleme haben entlastet

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Pro an der MFT	Frau K. hat Angst vor dem Jugendamt genommen,	Dass andere Familien als Außenstehende helfen wo man selbst vielleicht nicht mehr weiter weiß, Kinder lernen nachhaltig dazu.	Regelmäßige Teilnahme, Gelassenheit, Verantwortung abzugeben, Dinge aushalten auch wenn es Scheiße ist, Ideen zu verinnerlichen und in der Praxis das Gelernte gemeinsam umsetzen, Das Lernen der anderen Familien, nicht alleine sein, Gefühl von den anderen Eltern verstanden zu werden, die Kinder verstehen die anderen Kinder und die Eltern verstehen durch die anderen Kinder besser, die eigenen Ansätze einbringen, eine ganz bewusst verbrachte Zeit mit dem eigenen Kind, ...	Ich finde das Klasse, dass es sowas gibt. Also so bin ich hier raus und gut, du hast es geschafft für heute, du hast wieder was gelernt, du hast was mitgenommen oder auch was dagelassen, ja. ... Es ist vieles möglich, es ist Platz da” (S.20)	das Gefühl mit den Problemen nicht alleine zu stehen, bei den anderen klappt es doch auch,	Austausch mit den anderen, die Familien müssen viel untereinander regeln, Konflikte in der Gruppe. wöchentlich ist besser als 14 tägig fürs gewöhnen, durch die Rückmeldung der anderen hatten wir ein Stück mehr das Gefühl dass wir “normale” Familie sind. auch männliche Betreuer, sind ganz wichtig. ... reflektieren. .“ (S.18)	Der Austausch mit den anderen Familien, das gemeinsame Essen, das wurde jetzt auch zu Hause übernommen,	Tochter: Spiele spielen	Herausforderung: Man legt viel privates offen, muss darauf vertrauen dass die Privatsphäre geschützt wird,

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Cons an der MFT	Manche Eltern nehmen es nicht ernst und das schadet der gesamten Gruppendynamik, wenig aktive Teilnahme von manchen anderen, beteiligen sich nicht an den Gruppenaufgaben (z.B. gemeinsames Kochen oder der Abwasch...) und das ist unfair.	keine direkten Tipps, man muss selber arbeiten, Familienhilfe ist einfacher, MFT ist harte Arbeit, gerade für Kinder, Veränderung sprozess kann länger dauern, braucht Geduld, braucht Beteiligung aller Fam Mitglieder, LG ist zwar dabei aber setzt viele Punkte nicht um. ...	Dass die sozialen Kontakte durch MFT außerhalb eingeschränkt werden, für das Kind als auch für die KE. Muss danach erst wieder ein soziales Netz aufgebaut werden.	Intensiv, lange Zeit, Sonntage aber alles wird gleichzeitig auch als notwendig wahrgenommen, - wenn man Hilfe sucht muss man sich einlassen und Kompromisse eingehen,		Für E. war das lange Sitzen bei den Gruppenterminen Herausford. Wer sagt was, welche Eltern ticken unterschiedlich, birgt Konflikte weil manche Eltern sich nicht gerne dreinreden lassen, andere Eltern schätzen den Kommentar	Zeitaufwand, Opfer bringen, auf Fußball musste verzichtet werden, schwer für J., Kinder können sich auch negative Dinge voneinander abschauen, Hitlerprojekt weil Vater Skinhead und Thema bei MFT	Vater: Spiele spielen Mutter: Demotiviert e Familien Wahninnig anstrengend immer zu versuchen alle zu verstehen.	Nachteil dass eine Familie aus der Nachbarschaft ebenfalls dabei war, mit der es früher viel gemeinsame Zeit gab aber dann einen Bruch, -

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Was kann man besser machen an MFT?	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Beteiligung der LG - Sonntagsgruppe ist für schulpflichtige Kinder ein Termin, der als ungünstig gesehen wird, denn da wollen sie anderes unternehmen 			Man muss sich eben darauf einlassen, Viel Zeit, die man aber wertvoll verwenden kann. Wir hatten Familien, die haben sich da nicht drauf eingelassen.“ (S.8)		Manchmal alles zu viel für E., Ergotherapie, Schule, MFT und Tagesgruppe wahrnehmen Vorstellungs- runde wäre fein. Jede Familie u Krankheit/ Störungen bezogen und der Umgang daheim, die Probleme die man hat mehr direkte Tipps für die KE wären hilfreich gewesen lange stillsitzen im Kreis war schwer ...,	Kind: Mehr draußen sein, mehr Spaß und mehr Bewegung, Mutter: bin mit der arroganten Art von S. (Betreuer) nicht klar gekommen,	keine	die langen Tage und das frühe aufstehen war schwierig,

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Weiterempfehlung der MFT	Ja absolut	„MFT ist schon was, wo ich weiterempfehlen würde.“ (S.7) Hilfreich bei großen Problemen, „wie dass die Kinder körperlich auf einen gehen, Klauen, so Sachen, denke ich ist MFT wirklich sinnvoller (als Familienhilfe, Anm.).“ (S.7)	Ich kann es jedem empfehlen	Auf jeden Fall -	Auf jeden Fall-	Ja, vor allem für die Kinder, die Eltern müssen aber offen sein, Reflexionsfähigkeit ist wichtig und auch, dass „die offen sind und selbstkritisch.“ (S.31)	Mama ja, J. ja	Wir sind uns einig- absolut ja!	ja- jedem der es braucht und wo es Konflikte in der Familie vorhanden sind, und es macht auch Spaß

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Warum keine Weiterempfehlung	Zeitlich hoher Aufwand, es braucht schon auch Überwindung und Disziplin, das Öffnen braucht viel Energie, plötzlich hohe Reflexion wo vorher vielleicht eher geschwiegen wurde		Man muss sich darauf einlassen, wenn sich jemand nicht drauf einlässt wird es weniger bringen.	Nur wenn wirklich die Bereitschaft der Familie da ist, das schadet auch den anderen wenn das fehlt	Wenn man nicht mitarbeitet kann das nicht funktionieren, Bereitschaft muss da sein was zu verändern	Wenn die Eltern nicht offen sind, müssen selbstkritisch und veränderungsbereit sein,	J.: Man muss sich in die Gruppe integrieren können,	Wenn jemand nicht motiviert ist, keinen Bock hat und das Schwachsinnig findet, was wiederum die anderen runter zieht, „es Familien nur etwas bringt, die freiwillig kommen“ (S.16), „die offen für alles sind (S.17)	Es ist schon viel- jeden Sonntag 6 Stunden, anstrengend, obwohl Übungen locker und leicht,

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
In welchen Situationen? Zusammenlegen mit Keiner Weiterempfehlung	Es passt nicht für jeden, Bereitschaft für Veränderung muss da sein, auch wenn es braucht bis man sich öffnet, aktiv beteiligen an Gruppenaktivitäten wäre wünschenswert - Konsequenz für Familien die sich nicht beteiligen wollen sollte sein die Gruppe zu verlassen und den Platz für eine andere Familie herzugeben		Wenn man regelmäßig, und als ganze Familie teilnehmen kann.	Familien die sich einlassen können und die Bereitschaft und die zeitlichen Ressourcen müssen da sein.	Jeder ist geeignet der Hilfe will, das Intensive braucht viel Zeit aber das ist genau das hilfreiche		Wenn man die zeitlichen Ressourcen nicht aufwenden kann,	Man muss offen sein, und freiwillig kommen,	

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Beendigungs-situation	Angst der KE dass es bei Ende schlimmer, wird. Angst dass es noch zu früh ist, MFT und Menschen gehören zum Leben, schwerer Abschied. Ziele wurden einem gezeigt, das hat Zuversicht geschaffen. Ich fühle mich als KM nun bereit meine Kinder loszulassen, früher „ich war eine Helikopter Mutter. ... es war ganz schlimm, dass ich die Kinder nicht losgelassen habe“ (S.8)	(läuft noch)	Am Ende hat er Wutausbrüche eingestanden, zu Beginn nicht denkbar - Einsicht DOK 1: „können wir sagen, dass P. sehr positive Entwicklung genommen hat. Aus unserer Sicht hat P. gute Entwicklungsschritte vollzogen und seine Ziele erreicht. Im kommenden Hilfeplan Thema Beendigung klären. Herr und Frau D. benötigen weiterhin Rahmen, in dem sie Anliegen offen miteinander klären. Eine Idee wäre es, zukünftig weiterhin eine externe Beratung zur Verfügung zu stellen.“ (DOK1, S.5)		Bei der Beendigung der ersten MFT zeigt M. viele Auffälligkeiten daheim, dadurch wird er in die zweite MFT mit seinem Bruder genommen. Waren zufrieden am Schluss		Ziele waren soweit erreicht, aber nachdem die MFT beendet wurde dreht J. wieder auf, weil er wieder in die Tagesgruppe möchte, auch der kleine Bruder mochte es so sehr dass er nun Troubles macht,	War vorgegeben, wollten nicht aufhören. In DOK 1, dass Eltern Verantwortung verlässlich wahrnehmen, der Tochter Regeln und Strukturen als Halt bieten. Das Mädchen macht gute schulische Fortschritte, kann sich gut ausdrücken, nimmt Kontakt auf und lässt andere an ihrem Humor teilhaben.“ ...	

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
Conclusion	Nicht MFT alleine, andere Faktoren haben sich auch verändert, Schule, Vitos, Einzeltherapie der Mutter, MFT ist da, nimmt Angst, Unterstützend (hängt stark von den einzelnen Personen ab)	Leibliche Mutter: Viele Dinge haben sich verändert, die LG sieht das aber nicht so, es braucht alle Familienmitglieder, dabei sein reicht nicht, nur durch Umsetzung des Gelernten ist Veränderung möglich	die regelmäßige Teilnahme ist ganz wichtig was den Erfolg angeht. Es ist eine ganz bewusst verbrachte Zeit mit dem eigenen Kind, gerade wenn es zu Hause schwierig ist, darauf hätte sich das eigene Kind nicht eingelassen, dadurch hat man die Chance gemeinsam wunderbare Momente zu erleben, eben weil man keine Lust hat als Kind Zeit mit den Eltern zu verbringen, in der MFT geht das dann.	Die Verbindung zu den MFT Therapeuten macht den Großteil der guten Arbeit aus,	MFT half mir, aber Bereitschaft und zeitlichen Ressourcen müssen da sein, es hat mir als Mutter als auch als Person geholfen, mein Sohn auch zu Hause ruhiger geworden aber vor allem schulisch Verbesserungen	Im Zwangskontext mit anderen klarzukommen ist nicht leicht, aber haben sowohl die KE als auch die Kinder gelernt,	MFT hat uns gut getan, allen, die Jungs mussten auf Fußball verzichten aber das war es wert, interessant ist es dass die Familie ohne MFT schwer zurecht kommt, so als hätten sie vielleicht nachhaltig nicht gelernt - hypothese, oder sie vermissen den Kontext?	Nur wer freiwillig und gerne kommt kann und wird erfolgreich sein,	Damals gab es im MFT Verbesserungen, aber jetzt ist es wieder schlechter sein Verhalten, die Respektlosigkeit ist schlimmer als zuvor,

Kategorie	Fam Askvan FALL 1	Fam Askabr FALL 2	Fam Askdai FALL 3	Fam Askritz FALL 4	Fam Askwin FALL 5	Fam Askfel FALL 6	Fam Askmül FALL 7	Fam Askkau FALL 8	Fam Askra FALL 9
10. Forschung reflexion meiner Beobach- tung während des Interviews					<p>KM sagt, dass sie ruhiger ist, aber aus meiner Perspektive als Beobachter beim Interview fällt mir auf dass sie sehr wohl schimpft,</p> <p>Erfahrungen aus der Tagesgruppe vermischen sich mit den MFT Erfahrungen</p>	<p>Erfahrungen aus der Tagesgruppe vermischen sich mit den MFT Erfahrungen</p> <p>Familie spricht davon dass man selbstkritisch sein muss, behaupten aber selbst dass sie immer schon tolle Eltern waren,</p>	<p>hohe Solidarität innerhalb der Familie merkbar</p> <p>J. bringt sich stark in das Interview ein, ist höflich und hat viel zu sagen.</p>		<p>der Familie ist es unangenehm über die Probleme von früher zu sprechen</p> <p>Paar ist sich nicht so einig, Sohn ist solidarisch mit dem Vater (dieser ist wenig daheim)</p> <p>Vater nimmt viel Raum ein, Mutter kämpft um den Raum, Sohn ist gefühlt eher beim Vater</p>

7.4. Auswertungstabelle Einrichtung B

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
1.: Familie						
Anzahl der Kinder	DOK1: drei Kinder	DOK 1: Sohn F.	DOK1: 2 Kinder, M. (m) und J. (w)	DOK 3: fünf Kinder	eine Tochter, ein Sohn	DOK 1: Sohn P. 2 Töchter A. + P. = 3 Kinder
Interviewteilnehmer	KM, Sohn	KM, KV	KM, KV	KV	KM	KM
Monatliches Familieneinkommen (Angabe im Kurzfragebogen)	weniger als 2600,—	weniger als 1800,—	weniger als 3500,— DOK 1 „finanzielle Belastungen“ nachdem KM Job aufgegeben hat um mehr Zeit für M. zu haben.	weniger als 1800,-	weniger als 1800,--	weniger als 1800,-
Sorgerecht	Beide Eltern	Mutter	Beide Eltern	Beide Eltern	Mutter	Beide Eltern
Bildung & Berufsfeld (Angabe im Kurzfragebogen)	Tischlerlehre	KM = Hauswirtschafterin aktuell in Ausbildung zur Pflegehelferin LG = Kunsttischler)	Konditorin mit mittlerer Reife (KM) und Anlagemechaniker mit erweiterter HSA (SHK)	Mutter ist Hotelfachfrau. Vater ist Rentner und hatte eine Lehre gemacht.	KM macht gerade die Ausbildung zur Restaurantfachfrau mit IHK Abschluss.	Beide 10. Klasse, KV ist Elektriker, KM ist Hausfrau
2. Therapie						

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Therapie- teilnehmer	Mutter, zwei Söhne und lt. DOK1 gegen Ende auch die LG der KM regelmäßig dabei.	DOK1: KM und Sohn F. und in der zweiten Hälfte immer wieder auch der LG der Mutter, zu dem F. „Papa“ sagt, auch wenn er nicht der leibliche Vater ist.	gesamte Familie nimmt an MFT teil, in der Familienschule ist der Sohn mit den Eltern.	Tochter und Vater nehmen offenbar regelmäßig teil.	Mutter und Sohn (KV wurde eingeladen, aber kein Kontakt)	Mutter und Sohn
Alter der Kinder in MFT	M (08), M (13) zu Beginn der MFT.	M war bei der Therapie 7.	M (m, 8) , J (w, 12)	Tochter war bei Therapie 13.	Sohn war bei Therapie 7.	Sohn war bei Therapie 10.
Zwangskontext	DOK1: Entscheidung der Mutter, die Tagesgruppe zu nutzen.	Freiwillig	Maßnahme lt. DOK 1	Freiwillig	Ja	Ja, Schule und Jugendamt
3. Therapiegründe						

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
VORGE-SCHICHTE (aus DOKS und Interviews)		Aus DOK 2 geht hervor, dass F in der Schule immer wieder „Ausraster“ hatte und es deshalb zu Suspendierungen kam. ADHS war eine Diagnose, keine medikamentöse Behandlung, KE bevorzugen therapeutische Unterstützung stattdessen!! Engagement der Eltern wird betont.	DOK 1: M. zu Beginn der Therapie medikamentös eingestellt. darauf Bezug genommen, dass der KM „bewusst (sei), dass sich ihre emotionale Verfassung maßgeblich auf ihren Sohn auswirkt“ und sie sich ab Mai 2013 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet und medikamentös eingestellt ist und sich um begleitende ambulante Psychotherapie bemüht.	C. hat über ein Jahr die Schule nicht besucht, deshalb hat die Familie sich entschieden das Angebot der Familienschule in Anspruch zu nehmen. Mutter ist im Schichtbetrieb, Vater begleitet Tochter zur MFT. Die Eltern sind seit Dezember 2011 getrennt. Die unklare Beziehungssituation wird auch für die Schulverweigerung als Grund gesehen.	DOK 2 war A. vier Tage im Krisenzentrum, dann stationär untergebracht, dann erfolgte ambulante Krisenklärung und seit Mitte Februar im Schulprojekt. Sohn A. war lt. DOK1 stationär in der Klinik, ist ein Monat nach Beginn der Therapie noch medikamentös eingestellt, „wirkt in der Mimik teilweise unbewegt, kann sich aber im gedanklichen Bereich gut konzentrieren und planvoll und strukturiert überlegen und handeln.	Die Km erzählt davon dass P. die ersten Auffälligkeiten zeigte als die Mutter arbeiten ging während er in der Schule war. Hat in der Schule und im Hort dazu geführt dass er „durchgedreht“ ist. 10 Tage lang suspendiert von der Schule, das ging über 6 Monate, dadurch musste die KM ihren Job aufgeben. „Er selbst ist verantwortlich, dass wir MFA machen müssen“.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
direkte Auslöser (warum)	<p>DOK1: Sohn M. stand kurz vor der schulischen Suspendierung und auch der andere Sohn P., der ältere Bruder hatte „große Probleme“ in der Schule. In DOK 1 ist zu lesen, dass P. „auffälliges Verhalten beim Einkaufen“ zeigt, er „steckt sich hier oft Dinge ein.“</p> <p>Viel Unruhe durch M. ab der 1. Klasse, Verweigerung des Unterrichts, rauslaufen aus der Klasse.</p> <p>Auch daheim gab es immer wieder Probleme, als Kind war er ein Schreibaby, auch mit 7/8 hat er viel geschrien, und war aggressiv gegen seine Geschwister.</p>	<p>DOK1: Die Mutter berichtet „ehrlich von ihrem nachsichtigen und inkonsequenten Erziehungsverhalten“ und macht ihren Veränderungswillen deutlich. Schlechter Umgang mit Wut und Kontrolle, Aggressor. Kann sich Dinge schwer merken, seelisch-emotionale Störung, ist bei Aufgaben in der Schule langsamer als andere oder verweigert seit der 2. Klasse.</p>	<p>Diagnostizierte ADHS stark ausgeprägt und früh bekannt. Schulverweigerung im Unterricht obwohl immer hingegangen, Bezugspersonen oft Gewechselt was ihn in eine große Unruhe gebracht hat, Hilflosigkeit der KE daheim, die er gespürt und gegen die KE verwendet hat, M. ist ein sehr Personenbezogenes Kind, es gab in der Schule leider viele Wechsel, auch Probleme daheim.</p> <p>Problem Nr. 1: Schulverweigerung und seine Auffälligkeit. Schwierigkeiten in der Familie durch Problem Nr. 1</p>	<p>Trennung der Eltern dürfte Auslöser für Schulverweigerung gewesen sein, bzw. dass sie trotz Trennung noch eine Zeitlang in gemeinsamer Wohnung waren. Immer wieder Probleme in der Schule, Wechsel, Entscheidung für Familienklasse am Anfang der 7. Klasse, wollte nicht in Schule gehen, Bauchschmerzen, hat Schule boykottiert, oft Arztbesuche, resultierend aus den Streitigkeiten der getrennten Eltern (jedes Kind zeigt unterschiedliche Symptome), grundsätzlich war sie eher ruhig, verschlossen.</p>	<p>A. hat Schwester blau geschlagen, KM merkte Überforderung, wollte bessere Mutter sein, nicht ihr Kind mit Schlägen bestrafen, Krisendienst, 6 Wochen Unterbringung, KM hat ihn täglich besucht. Suizidversuch mit 7; offenes Fenster in der Schule, „ich springe“- war ernst zu nehmen, 4 Monate Psychiatrie, Jugendamt hat MFT vorgeschrieben, Reintegration in Stammschule parallel, davor 1,5 Jahre ganze 2. Klasse war er nicht in der Schule, auch in Krankenhaus-schule ist er nicht gegangen, hat sich „zu dumm“ gefühlt.</p>	<p>Jugendamt schlägt Familienhilfe und FAM vor, sonst könnte es dazu kommen dass die KM die Kinder abgeben müsse. (ZWANG) Schule: P dreht durch, attackiert körperlich und verbal die MitschülerInnen und Lehrer, auch mit Messern von zu Hause, Polizei Einsätze in der Schule (Höhepunkt)</p>

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
4. Erwartungen/ Ziele						
Erwartung der Eltern				Keine Ängste, Erwartung dass die Tochter wieder regelmäßig zur Schule geht.	Soll wieder regelmäßig und ohne Verweigerung zur Schule gehen. Wiederherstellen der KM- Kind Bindung.	Keine Erwartung laut KM, weil ja Zwang, Dennoch dass es besser wird, dass er einsieht dass sein Verhalten in Schule Konsequenz für ganz Familie hat,
Ziele der Eltern	DOK1: KM ist daran interessiert, dass ihre Söhne die Schule ohne ihre Begleitung besuchen können. Für sich hat sie das Ziel, sich u.a. „mit ihrer eigenen Geschichte und deren Einfluss auf ihre jetzige Familie zu beschäftigen.“ Dass M. wieder in die Schule gehen kann, auch P. sollte sich in der Schule mehr anpassen und weniger auffallen.	Die KM will lt. DOK 1 ihren „inkonsequenten“ Erziehungsstil ändern.		DOK 1 als Ziel des KV: „Bis September 2012 werde ich alles unternommen haben, um C. bei ihren Zielen zu unterstützen.“ Ziel: dass Sie zum neuen Schuljahr wieder regelmäßig zur Schule geht. ... Sie soll schulisch aufholen und Erfolgserlebnisse haben, merken dass sie auch was kann.	Schulbesuch, seit 1 Jahr gelingt das auch wieder, 6 Monate nach Beendigung der MFT.	KM möchte Sohn unterstützen: P. soll sich wieder in Regelschule integrieren und lernen, aus Konfliktsituation mit anderen Kindern u. Erwachsenen rauszugehen und Ausdrucksweise ggü. Erwachsenen und Kindern ändern, respektvoll mit ihnen umgehen (DOK 1) ...

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Ziele der Kinder	DOK 1 steht, dass Sohn P. „regelmäßig mit Wochenzielen arbeitet, die er gut erfüllt, wie: auf dem Platz sitzen bleiben, sich melden, aufmerksam zuhören. M. hat den Wunsch seine Mutter öfter zu umarmen, aber das kann sie nicht erwidern weil sie manchmal sauer ist (Nähe-Distanz Problem) er bräuchte wohl mehr körperliche Nähe als sie bereit ist zu geben, ...			DOK 1, dem Erstbericht sind als Ziele der Tochter genannt: „Ich werde nach dem Projekt, ab ca. September 2012 wieder regelmäßig die Regelschule besuchen.“	Medikamente haben ihm geholfen. Er wollte selber auch wieder zurück in die Regelklasse, hat sich sehr bemüht.	
Erwartungen anderer Personen			DOK 1 wird angeführt, dass M. „regelmäßig und mit Erfolg am Regelunterricht teilnehmen soll und M. hat Kontrolle über seine Impulse, seine Eltern helfen ihm erfolgreich, er arbeitet selbständig im Unterricht, bleibt still sitzen lässt sich nicht ablenken und die Mutter verbringt mit ihm mehr Zeit.“			Im vergangenen Schulhalbjahr hat P. unentschuldig immer wieder in der Familienschule gefehlt, weshalb eine „Schulversäumnisanzeige“ durch die Klassenlehrerin der Familienschule gemacht wurde; das ist dem Zwischenbericht der Familienschule vom März 2015 zu entnehmen.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Ängste, Zweifel	KM hatte Ängste dass es in der MFT nicht klappen könnte, weil M. sich gerne mit anderen anlegt, beim älteren Bruder war das kein Problem,	In der DOK2, dem Zwischenbericht mit Stand von Oktober 2014 ist nachzulesen, dass die KM „große Angst“ habe, dass F. in „alte Verhaltensmuster“ fällt, ausrastet, in körperliche Auseinandersetzungen mit anderen Schülern gerät und dadurch zum Außenseiter wird.“ „Ja total“ (wird nicht näher beschrieben).	Wie soll das funktionieren mit berufstätigen Eltern, Kündigung des Jobs der KM, danach KM ebenfalls psychische Erkrankung entwickelt, Medikamente. MFT wurde damals nicht für voll genommen weil Familie hatte bereits MFT Erfahrung im Krankenhaus mit der älteren Schwester.	Ängste von der Tochter in der Schule gedemütigt zu werden aufgrund ihren schulischen Schulwechsel bedingten Lücken.	Viele Ängste, keine gute Mutter- Kind Beziehung aus Sicht der Mutter, daher hatte Mutter Bedenken wie das werden würde wenn sie ständig aufeinander kleben. Schwierige Geburt, Kind wurde entfernt, Mutter dachte 9 Monate, es sei Verwechslung (Paranoide Tendenz), Wochenbettdepr., Schwangerschaft ungewollt, bis zum letzten Tag war Abtreibung denkbar, KM war nicht bereit für Kind, weil unklar wer KV.	
5. Therapieverlauf						

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Verhalten am Therapieanfang	DOK1: Das Bemühen der KM war von Beginn an erkennbar. „Die Zusammenarbeit ist zuverlässig und gestaltet sich von Beginn an positiv. Die KM arbeitet engagiert an den verabredeten Zielen mit und scheut sich nicht vor Auseinandersetzung während des gesamten Tages. Sie erkennt Zusammenhänge zwischen ihrem und dem Verhalten ihrer Söhne und hat ein Arbeitsbündnis mit uns hergestellt.“	DOK1: im Erstbericht zur Tagesgruppenarbeit ist zu lesen, dass die KM und der Sohn F. „gern die Familienschule“ besuchen und es Beiden „ohne Probleme“ gelang, „im Alltag der Familienschule anzukommen.“ Gleich von Beginn an haben sie täglich und pünktlich am Unterricht und der MFT teilgenommen und sich nur durch Krankheit davon abhalten lassen. Auch der LG der KM ist gut eingestiegen und an Mitarbeit interessiert.	Das Kind M. war am Therapiebeginn offenbar durch Schüchternheit angepasster als nach einem Monat. (DOK 1)		Ein Monat nach Tagesgruppenarbeit ist in DOK 1 zu lesen, dass „beide (KM und Sohn) gut in der Gruppe angekommen sind und sich engagiert einbringen. „A. zeigte sich am ersten Tag als schüchtern und zurückhaltend. Er vermied Augenkontakt und direkte Ansprache der ihm unbekanntem Erwachsenen. Bereits am zweiten Tag konnte A direkte Ansprache und Augenkontakte anderer Eltern und Betreuer zulassen. Nach einem Monat zeigte er keine Scheu mehr.	In DOK 1: in der Anfangsphase der Hilfe (Clearing) abgeschätzt werden sollte, ob Familie von der Hilfe profitieren kann. In der Familienschule ist P. höchst „angepasst und freundlich“ und kann sich auf den Unterricht einlassen. In der Stammschule zeige er sich hingegen völlig gegenteilig. Er störe den Unterricht, erledige seine Aufgaben nicht und bekomme dort aktuell Einzelunterricht, weil er die Lehrer beleidige.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Dauer bis aktive Teilnahme der Eltern	DOK1: Von Beginn an aktive Teilnahme der KM, von KV ist keine Rede.	DOK 1: Einstieg von Beginn an gut, dass aber die KM nach den Weihnachtsferien und ihrer Erkrankung, nun "die Arbeit für sie jetzt richtig beginne und berichtet von zwei intensiven Schlüsselmomenten, in denen es ihr gelungen sei, bei ihren „Anforderungen zu bleiben.“	Von Anfang an sehr bemüht damit es schnell geht.		KM offenbar rasch, jedenfalls nach einem Monat als motivierende und zielführende Unterstützung für den Sohn im Schulgeschehen wahrgenommen; zum KV besteht kein Kontakt, um Kinder vor Enttäuschungen zu schützen.	KM dürfte rasch eingestiegen und sich sehr eingebracht haben.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Dauer bis aktive Teilnahme der Kinder	<p>Der Sohn M. wird lt. DOK1 „in vielen Momenten“ als freundlich und höflich im Umgang mit Erwachsenen und den anderen Kindern erlebt, hat aber auch immer wieder Momente, wo er sich verweigert und störend im Unterricht und in der MFA auffällt.</p> <p>Der Sohn P. „ist ein motivierter Schüler, dem es sehr wichtig ist, die Aufgaben zur vollsten Zufriedenheit seiner Mutter und der LehrerInnen zu erfüllen.</p> <p>6 Monate dauerte es bis sich die Probleme reduziert hatten.</p>	<p>Sohn F. ist von Beginn an aktiv eingestiegen und gerne in die Familienschule gegangen.</p> <p>ca 14 Tage nach Beginn konnte F. auch seine Wutausbrüche zeigen, auch weil die Anforderungen gestiegen sind, immer weitere Steigerung bis zum Ende eigentlich.</p>	<p>DOK 1 M. nach etwa einem Monat „seine anfängliche Schüchternheit“ ablegen konnte. Mutter wertet dies als Hinweis, er sei „angekommen“.</p> <p>Damit ist der Grundstein für Veränderung gelegt. 4-6 Wochen hat es ca. gedauert bis er teilnahm, Anfangs fand es M. gut, nach ca. 1,5 Jahren wollte er raus und zurück in die Regelschule.</p>		<p>In DOK 1 ist nach einem Monat bereits zu lesen, dass A. eine hohe Arbeitsmotivation im Unterricht zeigt.</p>	<p>In der Familienschule hoch kooperativ, in der Stammschule ändert sich anfangs wenig.</p> <p>Laut KM hat es gedauert bis P. mitgemacht hat, er hat dann aber verstanden, dass sein Verhalten Konsequenzen hat. Es nervte ihn dass er immer mit der KM zur Schule musste und nicht in seine Stammschule gehen kann „ich will nicht mehr, es ist alles doof“ - ...</p>

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Besondere Momente der MFT	Eisessen mit Mama; Tagesausflug mit der Familienklasse an die Ostsee, Fahrt mit dem Zug und Kutter,	Lt. DOK 1 nutzte die Familie „besonders intensiv die Ferienzeit in unserem Projekt. An einem Vormittag nahm auch Herr W., der LG der KM an dem Programm teil. Das freute F. sehr. F. hat eine gute Beziehung zu Herrn W. und nennt ihn Papa.“ Ausflüge sind in toller Erinnerung, Eltern konnten sich einbinden, Finanzielle Unterstützung dabei.	Die guten Phasen, wenn er zugänglich war, fröhlich war; Belohnungssystem und die tägliche Auswertung. „die Kinder die 180 Grad schlimmer sind als das eigene, die möchte ich nicht mehr sehen, aber es beruhigt dass es noch schlimmer geht, auch wenn das fies klingt“- KM. Bei der Übung immer einen Stuhl weiter zu rutschen, Rückschläge nach Auszug der Oma „die Tage und Wochenerfolge und wenn man ihn belohnen durfte“- KV „das Schönste war als M. schaffte wieder in Schule zu gehen“- KV	Die Gruppengespräche mit KE und Kindern zusammen, oder Elternrunde, spielerisch musste jemand etwas sagen, so konnte man viel von einander erfahren, durch die Unterhaltungen/ das gemeinsame Frühstück.	Schatzkistenbau (wird bei Abschied immer mitgegeben) Vor allem das Briefschreiben an sich selbst über die aktuellen Dinge die einen so beschäftigen. Nach 6 Wochen wurde der dann zugeschickt, damit man den Verlauf sehen kann.	Nichts, sagt die KM.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Was hat sich besonders bewährt / ausgezahlt?	Das nachsprechen von Situationen im Unterricht, Rollenspiele (Kinder-Elterntausch) Kinder sehen zu,		Konsequenter Erziehungsstil wurde dank der Therapie angewandt. (DOK1) Rückschläge werden weniger, Es ist hilfreich zu lernen konsequent zu bleiben,	Die Videos wo man sehen konnte wie man sich verhält. (sieht man Erfolge oder was man anders machen könnte, Beispiel Fingerknabber Problem, M. hörte auf zu knabbern, hat ihn eigentlich gestört)- die Videos werden nach Möglichkeit gleich danach angekuckt, Rollenspiele	KE sitzen hinten und es gab auch Elternrunden, das war besonders hilfreich (sollte täglich sein, ist jetzt leider nur mehr Dienstag u Donnerstag)	Die KM sieht ihre Beteiligung in der Familienschule nur für den Sohn als sinnvoll an, für sie selber bringt ihr mehr die Gespräche mit den anderen Eltern. Aber da es aus der Stammschule Fortschrittsberichte gibt macht es offenbar sinn. (DOK2)

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Wie haben Sie das geschafft?	Km wurde gestärkt standhaft zu bleiben und konsequent Regeln umzusetzen und beizubehalten,	Die KM ist konsequenter in ihrem Erziehungsverhalten geworden, nimmt ihre Rolle eher wahr und der Sohn muss sich nicht mehr wie ein Partner verhalten, sondern kann Kind sein. (DOK 1)	„Eltern haben für sich entdeckt, dass Erziehungsverhalten in Bezug auf Klarheit und Konsequenz nicht den Bedürfnissen und Anforderungen M. angemessen war. Sie beginnen im Alltag gegenüber ihrem Sohn konsequenter und klarer zu agieren und erleben Verhaltensänderung ihres Sohnes zu einem besseren Annehmen der elterlichen Vorgaben. Konfliktbereitschaft der Eltern hat sich erhöht, die KM nimmt sich mehr Zeit.“			

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Haben sich Ängste bewahrheitet?		haben sich kurzzeitig bewahrheitet, weil sein Verhalten schlechter wurde.	Ja, nach einer Woche wurde klar dass es mit einem Krankenstand alleine nicht getan ist, KM war nicht bereit ihren Job aufzugeben weil sie diesen liebte und Arbeit vor Familie gestellt hat,			
Bericht MFT in Hinblick auf Erfolg/Veränderung	DOK 1 = nach vier Monaten in der Tagesgruppe, dass M. „In Überforderungs-situationen mit aggressiven Ausbrüchen reagiert und dann nicht Anweisungen seiner Mutter Folge leistet, sie und Andere beleidigt. Aber „Es gelingt ihm schon besser, wieder in eine Arbeitshaltung zu kommen. Er läuft nicht mehr aus dem Unterricht oder aus der Gruppe. ... KM gelingt es besser, Orientierung zu geben, M. klare Grenzen und Regeln aufzuzeigen. ...	DOK 2 ist VOLL des Erfolges. Nach ca. 14 Tagen war es ihm möglich die Wutausbrüche aus der Schule auch in der Familienklasse zu zeigen,	DOK 1: M. besucht täglich mit Eltern Familienschule für drei Stunden, in der ersten Tagesstunde sind beide Eltern, am Ende berufsbedingt nur die Mutter dabei. Eltern nehmen engagiert Elterngespräche wahr, bringen sich ein. KM hat Arbeit einvernehmlich gekündigt, Großmutter unterstützt Familie. ...	DOK 3: „C. hat sich in Schule gefestigt, hat Freundeskreis aufgebaut und zeigt dauerhafte und gefestigte Leistungsbereitschaft. Es gelang ihr, regelmäßig und zuverlässig die Schule zu besuchen, es kam nicht mehr zu unentschuldigtem Fehltagen. Auch im familiären Bereich zeigt sich C. weiterhin stabil. ...	Im Abschlussbericht DOK 3 ist zu lesen, dass wieder schulische Rückführung erfolgreich gelungen ist.	DOK 2, dass die KM „zeigt und sagt, dass sie misstrauisch gegenüber der Schule und diesem Projekt sei. Mitunter kann sie im Projekt auch laut, vorwurfsvoll und abwertend sein. Wir beobachten, dass dann auch P. beginnt, sich beleidigend und abwertend zu verhalten. ...

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Therapie-dauer	M. 1 Jahr, P. 2 Jahre	2 Jahre	1,5 Jahre	10 Monate		noch laufend!
6. Externe Unterstützung						
Erfahrung mit anderen Helfersystemen (Schule ...)	Schule hat Empfehlung für MFA gegeben und kooperiert auch offenbar sehr gut, da in DOK 1 steht, dass „an den mit der Klassenlehrerin besprochenen Zielen intensiv gearbeitet wurde.“	Schule war unterstützend weil auch schon Erfahrung mit Familienklasse und offen für schwierige Kinder, Förderschwerpunkt „Lernen und Konzentration“ .Die erste Schule hat wenig kooperiert, die andere Schule danach aber gut,	Es gab während der Therapie einen Schulwechsel und das hat gut funktioniert „Alle Beteiligten können auf einen gelungenen Integrationsprozess zurückblicken.“ (DOK 3, Abschlussbericht)	2010 gab es Clearing-AFT, dann aufsuchende Familientherapie, dann Familienhilfe, dann die Tagesgruppe. Ein sonderpädagogisch es Gutachten wurde erstellt.		

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Unterstützung vor MFT	Familienhelferin von Anfang an (1 Jahr alt) 5 Jahre lang, danach Pflegefamilie für 2 Monate, danach wieder zurück nach Hause obwohl KM nicht bereit war weil Pflegefamilie ihn nicht halten konnte.	Ergotherapie (Bewegung und zeichnen)- funktionierte nicht wirklich (unklar warum, Therapeut, Einrichtung etc.)	Da beide Eltern voll berufstätig unterstützt die Mutter des KV im Haushalt und bei Kinderbetreuung. SPZ (Sprach u Pädagogik Zentrum), Psychologen, Therapie, Tabletten Einstellung hat lange gedauert, Familienhilfe daheim, Konzentrations-training , MFT im Krankenhaus	Schulpsychologe, Krankenhausschule für Problemkinder in Form von Kleingruppen. Ambulant Vormittags. Einiges probiert davor .	Verhaltenstherapie (wurde positiv abgeschlossen, jetzt nur mehr Elterncoaching)	Familienhilfe,

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Unterstützend parallel	<p>DOK 1: „Ihre Partnerin unterstützt die Arbeit in der Familienschule. auch Stammschule ist kooperativ und unterstützt. Sohn M. wird lt. DOK 2 parallel zur MFA fremduntergebracht, hat parallel „Förderunterricht“ und „Die Spezialisten AG“ besucht, die Elternrunde wurde ebenfalls besucht und die MFgruppe und die KM nutzte alle zwei Wochen das Angebot des Elterngesprächs. Es wird beschrieben, dass bei M. die Familienklasse nicht anspricht es zu einer Heimunterbringung gekommen ist.</p>	<p>DOK 1: Die Schule kooperiert offenbar gut. Lt. DOK 2 wurde der KM angeboten, F. „in eine Gruppe aufzunehmen, wo er soziales Verhalten mit anderen Kindern üben kann.“ Ergotherapie</p>	<p>Lt. DOK 1 medikamentöse Einstellung des Kindes, die laufend im SPZ kontrolliert wird. sehr schwierig die richtige Einstellung zu bekommen,</p> <p>auch die KM besucht eine Psychotherapie und hat eine medikamentöse Einstellung,</p>	<p>Soziales Kompetenztraining 1x pro Woche, aufsuchende Elternarbeit und MFT sind in DOK 2 angegeben.</p>	<p>A. hat Verhaltenstherapie seit 3 Jahren, Medikamentöse Einstellung aufgrund der ADHS Diagnose (Fehlendes Hormon)</p>	<p>P. ist offenbar medikamentös eingestellt Familienhilfe</p>

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Unterstützung nach MFT/Anschlusshilfe	Nachdem die Familienklasse nicht funktioniert hat, kam M. in ein Kinderheim, wo er eine Erzieherin vermöbelt hat, Kontakt mit ehemaligen MFT Müttern, FamilienhelferInnen (Mann u Frau) Mann für den älteren als Mann Bezug, und die zweite Person aufgrund einer gerichtlichen Sache.	In DOK 2 ist zu lesen, dass überprüft werden soll, ob F. „Anspruch auf eine weitere Hortbetreuung hat“.	Im Abschlussbericht , DOK 3, wird empfohlen der Familie noch „im Rahmen einer C-Phase 14-tägige Gespräche der Familie zu genehmigen, um deren Wunsch „an einer tragfähigen Veränderung der gesamten Familie zu arbeiten“ nachzukommen. Nachbetreuung durch FAM	Wenn es wieder Probleme gibt, wie aktuell dass S. wieder mehr fern bleibt vom Unterricht, kann Frau B. wieder aufgesucht werden, Der KV ist sehr aktiv und unterstützend und erlebt auch das Jugendamt als sehr positiv und unterstützend. Ehemalige KE Teilnehmer haben nachher noch Kontakt, das hilft auch weiter.	Einzelgespräche bei VT aber nicht bei MFT, bei MFT gab es viele Aufgaben wo man selbst zurecht kommen muss, das ist keine MFT für die KM sondern Beschäftigungstherapie Wunsch seit 6 Jahren auf Familienhilfe der KM aber die DSA und die KM können nicht gut miteinander.	Keine Elterntreffen, dafür „ist sie nicht so der Typ“. Jugendamtsbetreuerin ist verfügbar wenn die Familie etwas benötigt,

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Unterschiede dieser Erfahrung zu MFT		MFT ist intensiv auch für die KE und kein „Abgeben des Kindes“.	Vergleich mit Einzelfamilietherapie daheim gut für die Paarbeziehung in Form von Einzelgesprächen, Familie. Bei MFT waren mehrere Familien zusammen (80% hilfreich) KV: „Wir waren für die anderen hilfreicher, weil wir das als Paar unbedingt wollten, wir wollten Veränderung und wollten das verstehen“- das war eine Bereicherung für andere Paare.			Familienhilfe kam nach Hause und bei FAM musste sie in die Schule, KM mochte es nicht dass da Leute daheim auf der Couch sitzen, da ist FAM besser.
7. Zufriedenheit						

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Zufriedenheitsskala Eltern 1-10	Zufriedenheit bei P.: 9, Zufriedenheit bei M.: 3	KV: 8 (Therapeuten Wahl so dass es passt, Es wird auch berücksichtigt wenn man über gewisse Themen nicht sprechen möchte, KM: 7 (Musste ihren Job kündigen, damit Sie 5 Tage in der Familienklasse wahrgenommen werden konnten)	KV: 8 KM: 8 (nicht 10, weil bastelt nicht gerne)	7 weil es den Erfolg gebracht hat den sich der KV vorgestellt hat, sicher beigetragen hat, dass die Schwester dabei war, 8 wäre gewesen wenn die Tochter mehr Gleichaltrige gehabt hätte, was aber nicht möglich war, weil die Einrichtung für Grundschulbereich gedacht ist. Bei Aktivitäten war sie dann eher mit den Eltern dabei, weil reifer.	Mal so mal so, 7 Punkte (weil KM wieder zu Sohn gefunden hat) aber das hatte nichts mit MFT zu tun.	8 (7-8) weil Elterngespräche ohne Therapeuten sehr hilfreich waren,
Zufriedenheitsskala Kind 1-10	Kind kann Frage schwer beantworten, sagt 100, er kann sich nicht gut an die Familienklasse erinnern.					

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Was hat zufrieden gemacht?	Dass der große wieder zur Schule geht	Viel gelernt, das beste was wir machen konnten, vor allem Konsequenz statt Strafe, jeder Tag neu, und bis heute denken wir viel nach.			„Dass ich hier so ein tolles Kind habe“ so ein Vorzeigekind. Es war schön mein Kind bei der Arbeit zu sehen und wie schlau er eigentlich ist.	Die Mitarbeit von P, vor allem in Mathe, und bei den Projekten, Basteln etc., das liegt ihm.
Was waren die Erfolge?	DOK 2: „Im Laufe der Hilfe gelang es P. zunehmend, sich um klare und zuverlässige Einhaltung seiner Ziele und vorgegebene Regeln zu bemühen. In den letzten Wochen zeigte sich P. in allen Belangen vorbildlich. In der Schule gelingt es ihm, dauerhaft gute Verhaltensnoten zu erzielen. Seine schulischen Leistungen verbesserten sich, er liegt jetzt im guten Mittelfeld.“ Sein Sprachverhalten zeigt Entspannung, er wirkt nicht mehr so gehetzt. KM hat laut DOK 2 „in ihrer Erziehungskompetenz deutlich gewonnen“,...	Lt. DOK 1 ist KM „konsequenter“ und es gelingt ihr eine konstante Teilnahme am Projekt. Es werden „realistische Wochenschulziele“ von der KM formuliert und sie setzt die „verabredeten Konsequenzen“ um. Sohn hat seine Wut nun unter Kontrolle, nur mehr ein Ausraster pro Woche statt drei mal täglich, auch keine Aggressivität mehr, er akzeptiert Regeln.	Mittlerweile fährt er allein mit Bus zur Schule und hat Wohnungsschlüssel. Eltern können ihrem Sohn vertrauen. M. ist stolz auf seine Selbständigkeit. Wenn M. in der Vergangenheit wütend wurde, war er laut, brachte sein Zimmer durcheinander und benötigte ca. eine Stunde um sich zu beruhigen. Heute braucht er ein paar Minuten...	Schulbesuch gleich von Anfang an, gut gelungen weil Unterstützung durch Schwester,	Dass A nach 6 Wochen bereit gewesen wäre für die Schule, aber die Schule hatte sich damals geweigert und wollte ihn loswerden. Nach 6 Monaten ging er dann schlussendlich. Schritte waren schleichend eher, gerade das Annähern KM-Kind. Wiedereinstieg in der Schule schlussendlich	Ich bin stolz, dass er nie geschwänzt hat, dass er die FAM durchgezogen hat, damit ist die KM sehr zufrieden, das schafft sie auch ihm zu sagen.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Problem- reduzierung	DOK 2: Sohn M. wurde fremduntergebracht, dennoch ist er in das familiäre Zusammenleben seiner Familie integriert und hat regelmäßigen Kontakt. Der zweite Sohn P. konnte wieder in Herkunftsschule rückgeführt werden	„Ausraster“ sind seltener /zweimal wurde die KM von Mutter informiert lt. DOK 2, und die KM ist konsequenter. Die Eltern erleben F „viel ruhiger und lernwilliger. Er geht mittlerweile gerne zur Schule. Seine Wutanfälle sind weniger. Wenn er wütend ist, kommt er mittlerweile schneller zur Ruhe, als im Vergleich noch vor einem Jahr.“ (DOK 2)				schon nach 14 Tagen /3 Wochen erste Fortschritte, sobald er merkte die FAM ist eine Konsequenz aus seinem Verhalten. Er wollte zurück in die Stammschule weil ihn wie die KM das Reden nervte, Theorie der KM: ihm gefiel FAM nicht deswegen bemühte er sich wieder in die Regelschule zu gehen, hatte auch Angst viel zu verpassen ...

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Zeitpunkt der Problemreduzierung	6 Monate ca	nach ca 4 Wochen von Tag zu Tag wurde es besser und eine Sonderschule damit verhindert,	6 Wochen war nichts zu sehen, dann Protest nachdem er anfing die Macken der anderen Kinder zu kopieren, zu protestieren, bockig war, auch versuchte seinen KE ggü. Handgreiflich. Tiefpunkt, auch bei den KE weil Verschlechterung. nach 6 Monaten dann Verbesserungen,	Schulbesuch begann zeitlich in FAM, unter Voraussetzung, dass der KV dabei war, wurde wegen des Alters anders gehandhabt, wäre komisch gewesen dass die Tochter wieder in eine neue Klasse kommt, deswegen wurde dieser übliche Vorgang ausnahmsweise übersprungen	War von Anfang gut, wurde von Anfang an reintegriert in die Schule erfolgreich,	
Woran haben Sie das gemerkt?	P. blieb im Unterricht dann sitzen, hat mitgemacht, fing an Hausaufgaben zu machen, zwischendurch besuchen der Regelklasse abwechselnd zur FAM	sh. Punkt „Problemreduzierung“.				Positive Rückmeldungen aus der Stammschule, er ist auch ruhiger geworden, er ist hilfsbereit und super, und arbeitet mit,

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Wann wieder das Gefühl von guter Elternarbeit?	nach ca 6 Monaten, da war M. untergebracht und mit P. lief es auch besser,	„Durch den Austausch in den Elternkreisen hatte ich nicht mehr das Gefühl eine Rabenmutter zu sein“ Dieses Gefühl hat totalen Druck gemacht. Als KM konsequenter wurde, und das beibehalten konnte, hatte sie das Gefühl das zu schaffen, auch wenn er aufgedreht hat, denn es wird Anfangs schlimmer bevor es besser wird, positives und stärkendes Feedback von den Therapeuten (die greifen ja währenddessen nicht ein, Feedback erst danach)	Tageserfolge, positives Feedback der Eltern und Therapeuten für das Kind aber auch für die KE selbst, auch wenn er nicht mitgemacht hat, wurde gelobt dass er z.B. lange ruhig sitzen kann,	Ab dem Moment des Schulbesuches. Resonanz der eigenen Tochter „Danke dass du das für mich gemacht hast“ . Durch den Austausch zweifelt man weniger an sich selbst, obwohl KV bereits sehr reflektiert war und wusste woher die Probleme kommen, durch den Austausch merkte er aber auch, dass es andere gibt denen es noch schlechter geht,	Warum Fragen- warum ist das Kind so, warum der Suizid Versuch ... Therapeuten geben keine direkten Antworten, war manchmal hilfreich . Anfangs hatte die KM oft das Gefühl keine gute Mutter zu sein, durch die Einzel- und Gruppengespräche aber (nicht aber bei der MFT mit den Kindern, nur in den Elternrunden), sollte man ja nicht schlecht über das Kind sprechen,	eigentlich immer das Gefühl dass die KM es richtig macht, manchmal hat sie sich gefragt wie sie diese Kinder verdient hat,
8. Veränderung (Zeitpunkt)						

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Veränderung bei den Eltern	Die KM spricht sich selbst für mehr Konsequenzen aus wenn sich ihre Söhne in der Familienklasse nicht zu benehmen wissen, (fernsehen nur 18-20 Uhr, Handy oder Laptop) und wenn grober Mist gebaut wurde gibt es gar nichts, Konsequenzen werden so aufgestellt dass das Kind sich täglich neu beweisen kann, also keine Verbote für lange Zeiträume, und für die Eltern ist es auch einfacher das einzuhalten, Mutter schimpft weniger oft, sie zögert und wartet öfters, und schreibt Lösungen auf um sich dann die passendste zu suchen.	<p>konsequenterer Erziehungsstil wird bereits in DOK 1 konstatiert und in DOK 2 bestätigt. „Beide Elternteile treten somit sicherer auf, um ihm in seiner Rolle als Kind zu begegnen. Er erlebt die Mutter nicht mehr als „Partner“ und dies hat zur Folge, dass er weniger diskutiert.“ (DOK 2)</p> <p>Es gibt jetzt mehr feste Regeln für daheim (mit Plan), Struktur hat sich verbessert,</p> <p>Veränderungen bei Vater und Mutter, Grenzen, Konsequenz, aber auch in anderen vielen Bereichen,</p>	<p>KM gelingt konsequenter Erziehungsstil, dass sie gelernt habe, dass „Konsequenzen keine Strafen“ und dass gemeinsame Aktivitäten für die Familie wichtig sind. In der Vergangenheit habe sie Konfrontationen mit dem Sohn vermieden, heute scheut sie sich nicht mehr. KM hat Psychotherapie begonnen um ihre Vergangenheit aufzuarbeiten und sie arbeitet wieder. Die Eltern ziehen mehr am selben Strang und arbeiten nicht mehr unbewusst gegeneinander (Bestrafung/ Belohnung aus Mitleid) ...</p>	<p>KV ist beruhigter dass es mit seinen Kindern wieder besser läuft, Km ist genervt weil Tochter gegen sie aufmüpfiger geworden ist,</p>	ruhiger geworden	

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Veränderung der familiären Kommunikation	Keine Veränderungen	DOK 2: „Die Absprachen klappen besser. F. soll pünktlich nach Hause kommen und er tut dies.“... „Der Umgang miteinander ist entspannter.“ Ja hat sich gebessert, er kann seine Ängste besser äußern als früher,	Es wird mehr gesprochen und der Umgangston ist ruhiger geworden, auch die älteste Tochter ist entspannter, sie konnte nicht teilnehmen an der MFT weil sie selbst Schule hatte,	War davor schon gut zum Kind, Kommunikationsänderungen zwischen den getrennten KE gab es keine, aber zwischenmenschliche Beziehung entspannt sich in der gesamten Familie auch mit der anderen Tochter.	Ja, generell ist es ruhiger geworden,	Nein die selbe Berliner Schnauze wie früher aber das passt so, damit kommen alle zurecht in der Familie,
Veränderung des Kindes	Bei M. durch den langen und guten Aufenthalt im Heim, Sport Fußball, Reittherapie, Schwimmen, war eine gute Zeit für ihn, konnte sich in der Klasse besser hinsetzen, hat Aufgaben gemacht.	F. kommt den Absprachen entsprechend nach Hause etc. (DOK 2) F. hat es mittlerweile besser gelernt die Gefühle anderer zu interpretieren und zu zuordnen.	fühlt sich sicherer und ist schneller beruhigt, selbstständiger.	Tochter wurde durch den Erfolg bei FAM und den Schulbesuch wieder aufmüpfiger der KM gegen welche sofort darauf anspringt, wurde selbstbewusster und kann mehr zu sich stehen.		werden durch schulische Erfolge wahrgenommen und dadurch, dass es keine Beschwerden der Stammschule mehr gibt.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Veränderung in der Umgebung	Mutter musste ihre Arbeit aufgeben, sonst gab es keine Probleme mit den Kindern daheim, Probleme waren ausschließlich in der Schule (ohne KM)		Nach 17 Monaten MFT die sich vor allem mit M. beschäftigt hat ist nun die Tochter J. diejenige, die auf sich aufmerksam macht mit Schulschwierigkeiten. Oma ist ausgezogen, unabhängig von MFT, das war traurig für M.	Schulwechsel nach der MFT, war äußerst wichtig als Neubeginn, kompetenteres Lehrpersonal und guter Kontakt zu den KE, besser als übergreifige Lehrerin aus der alten Schule,	Austausch mit der Schule im ZUGE der FAM lief von Anfang an gut , gute neue Klasse nach der MFT das war eine gute Wahl, A. wurde gut angenommen, Lehrer spielen auch mit, wollen die Geschichte nicht wissen sondern ihn neu kennenlernen, TOLL	Die kleine Schwester war unglücklich darüber dass ihr Bruder nicht mehr mit ihr in die Stammschule gehen konnte,
9. Reflexion der Familien						

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Was hat nachhaltig geholfen? (zusammenlegen mit Pro?)	<p>Unklar wodurch, KM beschreibt Verbesserungen einerseits durch die Familienklasse, Heim, Elternklasse, die KM nutzt die Regeln und holt sich da das beste raus, Es macht den Anschein als wäre die KM sehr stark bemüht und inkludiert in die MFT, Mutter spricht zu ihren Söhnen in mehr „Ich“- Botschaften, damit diese besser wissen wie es ihr geht und wie sie sich fühlt.</p>	<p>Rückzugsorte neben dem Klassenzimmer war sehr hilfreich wenn Wutausbruch, konnte sich dort auch mit Zeichnungen ausdrücken, Die Stärkung des Rückens, Hilfestellungen was man anders machen könnte, Unterstützung, Therapie stärkt, beim Durchhalten und konsequent sein, vor allem wenn man an die Grenzen kommt,</p> <p>Individuelle Regeln können geschaffen werden, der Schrank als Rückzugsort,</p>	<p>Telefonisches nachsprechen mit Therapeuten, nach MFT Sitzungen „Konsequenzen sind keine Strafe“- (MFA TherapeutIn) KV: konsequent sein wirkt KM und KV stellen die Gesetze auf und haben die Kontrolle, ohne die Macht was zu missbrauchen, die KE haben das Sagen. Konfliktvermeidung muss nicht immer das Ultimatum sein, auch Wut darf Platz finden.</p>	<p>KV stand relativ alleine da ohne Unterstützung seiner Exfrau, die Gespräche und die Resonanz (Frau B.) hilft sehr, Zuspruch, Wertschätzung, über gute Elternarbeit, hört man sonst nie, motiviert sehr weiter zu machen, Der Kontakt mit den Eltern und den BetreuerInnen, das war ein gutes Team, man konnte sich über alles unterhalten, waren nett und sympathisch, Andere Geschichten zu hören, was wirkt sich wie auf die Kinder aus, gegenseitige Tipps.</p>	<p>Medikamentöse Einstellung von A. hat KM beruhigt, der Abstand durch den psychiatrischen Aufenthalt von A. In MFT Schritt für Schritt wieder einander näher zu kommen, die Elterngespräche, die Reintegration in die Schule, Enge Zusammenarbeit KM und Kind, man hatte ein offenes Ohr für einen....</p>	<p>Viele Gespräche in der Gruppe untereinander, das hat viel und gut geholfen KM und P., und auch die Ratschläge, die Elterngespräche wäre gut, auch draußen, Austausch, auch mit den ehemaligen Eltern,</p>

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Pro an der MFT	Auch nach der MFT sind Kontakte geblieben zu Jenen, die in der Nähe wohnen, Eltern und Kinder Pro für P.: das Sprechen in der Reflexionsrunde, Befindlichkeitsrunde Austausch	Kleine Elternrunden waren das beste! Persönliche Indifferenzen zwischen KE und Therapeut sind problematisch für gutes Arbeitsklima, - wurde akzeptiert und es gab Therapeutenwechsel, man erzählt ja viel und da muss die Chemie stimmen bei persönlichen Themen. MFT denkt nicht in Schubaden und verteilt vorschnell, Beschreibung des Ablaufs: hier erlebt man das Kind ganz anders als zu Hause, kann sich viel von anderen abgucken; 2 Stunden Unterricht, Frühstück, MFT Runde, Mittagessen Man versucht als KE Andere zu unterstützen wenn man merkt dass es Schwierigkeiten gibt, kann Kritik untereinander ausüben; Gute Kommunikation innerhalb der Klasse ...	MFT ist wichtig für Kind. Sture andere Eltern die nicht empfänglich sind und Zweifel haben, haben die KM nicht gebremst sondern motiviert noch mehr zu geben. Musikstunden waren toll für M.; Übung zur Verbindung der Sinne, Feedback der Therapeuten, nicht nur anderer KE, „Wenn man genau zuhört bekommt man Antworten“- KM „Wut- Vulkan Zeichnung“ Was macht uns tief innerlich wütend, was frisst uns auf, was kommt oben raus, dem Ventil einen Namen geben, und am Ende die Zeichnung präsentieren, ...	Kleine Gruppen waren von Vorteil. Intensives Kümmern der Lehrer und Betreuer fand statt, Wurde viel im Unterricht geredet Mit FAM gab es viele Ausflüge, es wurde viel unternommen, auch in den Ferien (verpflichtende) Tagesausflüge	Feriengruppe, Viel Lob von Frau B. (MFT), dass KM eine tolle Mutter ist. Warme Dusche-Spiel, „Ein Kind sitzt in der Mitte und andere gehen rundherum und sagen, was er gut gemacht hat“ - Urkunden „Wir haben Chance bekommen“!	Der Austausch mit den anderen KE,

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Cons an der MFT	Nicht alle Techniken passen für alle Kinder (festhalten hat nicht für M. funktioniert), bei P. war es erst gar nicht notwendig . Es ist sehr anstrengend, war nicht vereinbar mit einem Job für die KM. Die Klassenkameraden/ Freunde aus der Regelklasse fehlen den Kindern	Druck, die Regeln der Familienklasse einzuhalten, für Eltern wie für Kinder, durch Überforderung Verschlimmerung der Wutausbrüche. Anstrengend andere Kinder zu ertragen, stecken sich gegenseitig an. Auch Therapeuten können ziemlich nervig sein, gerade in stressigen Situationen stellen sie bescheuerte Fragen, ist in der jeweiligen Situation nicht hilfreich, „Wie empfinden Sie das jetzt“...“Warum...“ Manche KE können keine Kritik annehmen, auch nicht von anderen KE, unterstützen das verweigernde Verhalten der Kinder, das ist nicht hilfreich, „Ist mir egal was du denkst“...“ich bin halt so“, sind Negativbeispiel für Kinder, ...	Jobkündigung der KM war notwendig für Besuch der Familienklasse, was psychischen Knacks bedeutete. Fass ohne Boden, war schon in der ersten Woche nach Austausch mit den anderen Eltern klar, Laut in der Klasse, Resistenz mancher KE, wenn diese nichts mit den „Warum Fragen“ anfangen können, Vorwürfe gegen die TP „Sie haben ja keine eigenen Kinder“, manchmal bis zu 6 von 8 Familien die gegen die TP arbeiten. Als Eltern beängstigend wie weit andere Kinder gehen (Messer, Krankenwagen, Haare ziehen, ins Gesicht spucken, treten)	Schwierige andere auffällige Kinder behinderten die Fortschritte des eigenen Kindes aufgrund von vielen Gesprächen und dass gut eingegangen wurde, das wiederum war sehr hilfreich weil auch die Tochter davon profitierte und sie hat viel Lob bekommen, was gut war, war sehr verpflichtend, intensiv, wenig Zeit für restliche Familie.	KM musste fast Ausbildung beenden, damit Plan für die Zukunft bestehen bleibt. KM war nicht begeistert von MFT, Beschäftigungstherapie (Basteln, Bilder malen) wobei das hat beiden geholfen weil die KM wieder zu ihrem Sohn gefunden hat. Es war laut, es war Chaos, man ist nicht zu viel gekommen, weil zu viele Eltern und Kinder zu große Gruppe, wenn weniger da waren war es besser, Organisatorisches Viel Diskussion, wenn Gruppen zu groß, hinderlich wenn die KE die demotiviert waren die ganze Gruppe damit negativ beeinflussen,	Anstrengend, die KM wüsste mit ihrer Zeit etwas besseres anzufangen. Das Nachbohren der Therapeuten, das deuten und interpretieren geht auf die Nerven, das hat bei der KM dazu geführt dass sie irgendwann gar nichts mehr gesagt hat, (Immer wieder das selbe durchzukauen), das bringt der KM nichts, Bastelrunden und Gruppenarbeiten waren nicht ihres, musste sich mit Häkeln beruhigen, Regeln sind gute Idee, aber es hat sich niemand daran gehalten, hat niemand ernst genommen, interessiert niemanden, ist nicht angebracht...

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Was kann man besser machen an MFT?	Die Festhalteregel zur Beruhigung hat bei M. nicht funktioniert und war nicht hilfreich, mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Kinde eingehen statt allgemeine Regeln die für manche einfach nicht funktionieren,	MFT ist ja auch teuer, Familien die verweigern sollten nicht teilnehmen dürfen, Lieber 2 Gruppen als eine 1 Gruppe wo es eine hohe Fluktuation gibt, wenn Eltern noch eher unentschlossen sind oder manche Termine nicht wahrnehmen können, Auch die Kinder sollten in Gruppen aufgeteilt werden, Kinder die schon weiter entwickelt sind und Anfänger, damit die erste Gruppe nicht immer durch Anfänger leidet. Kleinere Gruppen mit weniger Kinder, bessere Aufklärung am Anfang wie lange es dauern kann (bis zu 2 Jahre), damit man sich auch finanziell das durchrechnen kann, dazu kommt, dass die dann arbeitslose Person	Die Art und Weise wie MFT anfangs erklärt wurde ist nicht familienfördernd, wie zeitintensiv die FAM wirklich ist, nicht schaffbar in 6 Wochen wie es prophezeit wurde, sehr unrealistisch, zu wenig Informationen 6 Wochen A Phase KE täglich, dann B Phase bedeutet 1x Wöchentlich Mittwochs ein Elternteil anwesend, Elterngruppen separat in einem anderen Raum parallel zum Unterricht der Kinder wieder einführen, KE müssen näher am Kind dran sein ja, ...	Weniger Zwang 1. Phase viel Zwang, 8-12/13 Uhr immer verpflichtende Anwesenheit in der Schule, Arbeit Nachmittags, Mutter nahm gar nicht teil	Gruppengröße nicht mehr als 5-6 Schüler plus jeweils 1 Elternteil und 1-2 Therapeuten, Am Ende waren 11 Schüler das ist zu viel. Auch zu große Altersunterschiede waren nicht gut (Mischung von 1. und 5. Klässler) auch wegen unterschiedlichen Aufgaben, müsste organisatorisch besser laufen, lange Pausen passen nicht, die MFT Therapeuten sollten die Kontrolle behalten, Musik weglassen- war nur noch laut, Mehr Wert auf Regeln und die Einhaltung dieser legen, niemand hält sich daran, gerade die KE sollten sich an die Regeln halten...	Mehr Flexibilität bei den Wünschen der Kinder, Spielplatz etc., Vorschlag der KM: dass sich die Therapeuten auch mal aufteilen, draußen eine Gruppe und drinnen eine Gruppe.

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Weiterempfehlung der MFT?	Ja,	JA definitiv Respekt vor der Arbeit der Therapeuten und Respekt von den Therapeuten vor den KE ist nötig. Bereitschaft muss da sein, wenn man es sich zeitlich und finanziell leisten kann , auch das Kind sollte gerne gehen.	JA, aber funktioniert nur wenn Bereitschaft der KE da ist, wenn man will kann man viel mitnehmen. Wenn KE ohnedies vorher daheim sind haben die KE weniger zu verlieren, kleinere Hemmschwelle. Paare die zusammen wohnen, haben einen großen Vorteil in der Klasse (organisatorische Themen, Problemthemen).	Absolut, Gruppen sind hilfreich, vor allem für Eltern mit Extremfällen!	JEIN Teilweise ist es aggressiv in der MFT, KE mit Kindern aber auch die Kinder untereinander- Hohe Aggressivität Kommt auch auf die Situation an	Ja, warum nicht ...

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
Warum keine Weiterempfehlung?		Man muss sich einlassen, Kritik annehmen können, gerade Anfangs schwer wenn man sich nicht so kennt, vor allem gegenseitig vor den anderen Eltern fällt es manchmal schwer sich einzumischen. Auch die Bereitschaft des Kindes muss da sein, Kinder sind auch immer anders, extreme Problemkinder sind vielleicht nicht immer geeignet.	Man darf nicht bei allem skeptisch sein,	nur für Kinder in der Grundschule bis 10/11, darüber wird es schwierig sonst wird die Spanne zu groß und es passt nicht mehr. Man muss bereits sein für MFT sonst hat das keinen Sinn.		Kommt auf die Situation an, die Eltern müssen offen sein, die Kinder auch,. Sie selbst war nicht immer offen, weil es ihr auch auf den Keks ging, das viele Fragen, hat auch mit Privatsphäre zu tun, das ist unangenehm.
Beendigungssituation		KM sagt sie wird diese Therapie ihr ganzes Leben lang mit sich führen, das entwöhnen der FAM war auch nicht leicht und mehr Dinge wieder alleine zu machen,				

Kategorie	BG1, FALL 1	BV2, FALL 2	BK3, FALL 3	BS4, FALL 4	BS6, FALL 5	BS7, FALL 6
10. Forschungs-reflexion (Beobachtung während des Interviews):	Mutter erzählt teilweise mit immer noch spürbarer Wut und Ärger über die damalige Zeit und wie schwer es für sie war, und wertet M. stark ab, hebt den älteren Bruder hervor, außerdem unterbricht sie den anwesenden M. häufig und lässt ihn wenig zu Wort kommen, Mutter benutzt das Interview um auch Dinge anzusprechen die ihr nicht so gefallen haben.	Eltern sitzen in einer Reihe und beobachten die Klasse, Klassenzimmer darf nicht unbesprochen verlassen werden. Gruppen 6-11 Leute (relativ klein), variiert je nach Anwesenheit, 5 Tage die Woche Familienklasse, sehr intensiv, das Setting einer normalen Klasse geht dabei für Kind verloren, den Stoff kann er dadurch nicht nachholen und braucht Sonderschulrahmenlehrplan	Wenn die KM etwas nicht mochte, dann protestiert diese in sehr abgeschwächter Form, (Aufgabe basteln „wie war das Wochenende“-Aktion unzählige Couches aufgeklebt)	Sie war die älteste in der FAM, recht reif und weit, Jungs sind auf sie abgefahren.	Mutter weint auch bei der Schilderung der damaligen Ereignisse welche zu MFA geführt haben. Es ist merkbar dass die damaligen Vorgänge eine große Belastung für die junge Mutter waren, Vorgeschichte: Der Exmann und KM litten ebenfalls als Kind bis zur Pubertät an ADHS KM erzählt von Höhen und Tiefen	Die KM erzählt beim Interview erschöpft und belastet von den damaligen Ereignissen, Es ist merkbar dass die KM ihren Sohn stark beeinflusst, was sie nicht mag, mag er auch nicht, KM hat schnell das Gefühl sich rechtfertigen zu müssen, fühlt sich schnell angegriffen. manchmal hört sie Sachen die gar nicht so gemeint sind.