

**Dr. med. Mariele Ritter- Gekeler**

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie

Systemische und Familientherapeutin ( DGSF)

Systemische Supervisorin ( DGSF)

Hauptstr. 49

D- 79379 Müllheim

Tel. 07631/14930

Fax. 07631/1749209

Dr. M. Ritter- Gekeler, Hauptstr.49, 79379 Müllheim

## **Systemische und Familientherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis**

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Praxis Dr. Teichert, lieber Martin,

zunächst möchte ich mich für die Einladung zu diesem Vortrag anlässlich des 10-jährigen Praxisjubiläums der Praxis Dr. Teichert und für die immer gute Kooperation unserer beider Praxen, die in vielem ähnlich arbeiten, bedanken. 10 Jahre Praxis Dr. Teichert treffen zusammen mit einem anderen Jubiläum: 10 Jahre Sozialpsychiatrievereinbarung in der Bundesrepublik. Diese Sozialpsychiatrievereinbarung erlaubt eine sehr wirksame, multidisziplinäre Diagnostik und Therapie und damit auch Versorgung einer großen Menge von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen. Herr Teicherts und meine Praxis gehören zu den 50% der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen im Bundesgebiet, die so arbeiten.

### **Nun zu meinem Thema: Systemische Therapie und Familientherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis**

#### **Wie kam es zur Familientherapie und welche Vorzüge hat sie in der Praxis ?**

Die Familientherapie und systemische Therapie haben sich seit Ende der 30iger Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelt. Ähnlich, wie man sich in der Physik nicht mehr nur mit dem einzelnen Atom und seinen korrespondierenden Elektronen und Neutronen beschäftigte, sondern deren Beziehungen zueinander und in größeren Systemen untersuchte, vollzog die Familientherapie diesen Paradigmenwechsel weg von der reinen Betrachtung der einzelnen Person und deren Pathologie oder der dyadischen Beziehung von Mutter und Kind und Vater und Kind hin zu der Betrachtung größerer Beziehungsnetze und Systeme, deren Kommunikationsweisen, Beziehungen, Regeln und Funktionsweisen.

## **Welche neuen diagnostische Sichtweisen brachte diese systemische Betrachtung?**

Man beobachtete, wie alle Familienmitglieder einer Familie miteinander redeten. Die Botschaften waren häufig unklar. Zudem entdeckte man in Familien mit schizophrenen Mitgliedern spezifische **Kommunikationsmuster**, die sogenannten Doppelbotschaften, wie z.B.: „mach, was ich sage, aber freiwillig“ (Bateson, Haley, Jackson, und Weakland). In den 70iger Jahren beschäftigte sich die **strukturelle Familientherapie** von Minuchin mit der Struktur von Familien und ihren Subsystemen ( Großelternebene, Elternebene, Geschwisterebene). Sie untersuchte, wie Grenzen zwischen diesen Systemen gewahrt, bzw. überschritten wurden und dadurch dysfunktionale **Beziehungs- und Interaktionsmuster** in Familien entstanden. Dies geschah oft in Suchtfamilien die ältesten Kinder in Elternrollen schlüpften. Es fiel auf, wie bestimmte Konflikte sich über mehrere Generationen wiederholten. So untersuchte man **Mehrgenerationenfamilien** ( Boszormenyi- Nagy (1975) Massing, A. (1992) und andere). In Familien mit psychotischen Familienmitgliedern fand man heraus, dass Prognose und Verlauf u.a. damit zusammenhängen, wie Familien mit ihrer Reaktion auf die Erkrankung umgingen. Besonders Familien, die bei Erkrankungsphasen mit einem hohen Maß an Ärger, Schuldzuweisung und Kritik und mit einem hohen Maß an emotionalen Gefühlsreaktionen reagierten, schienen eher einen ungünstigen Verlauf zu begünstigen ( **high expressed emotions Konzept** ( **Vaughn, Falloon et al.** ). Daraufhin bekam die Psychoedukation von Familien mit kranken Mitgliedern einen höheren Stellenwert. Sie spielt heute in der Langzeittherapie der Schizophrenie eine große Rolle.

Über die Familientherapie hinaus entwickelte sich die Systemtheorie ( v. Foerster, Vester, Maturana) die auch ihre Rückwirkungen auf die Familientherapie hatte. Erlauben Sie mir hier eine sehr verkürzte und Zusammenfassung: Man untersucht hier die Beziehungen, Strukturen, sprachlichen Konzepte und Wechselwirkungen und Verständigungsprozesse in größeren Systemen (z.B. Institutionen und Gesellschaften), ebenso, wie das sehr komplexe System jedes einzelnen Menschen. Dadurch trat auch die Sprache und sprachliche Konzepte zeitweise sehr in den Vordergrund. Man erkannte, dass natürlich auch die Therapeutin nicht unabhängig von eigenen Erfahrungen, fachlichen Beobachtungen und Konzepten ist (**Kybernetik 2. Ordnung** ( Ceccin, Boscolo). Dies führte zu dem sehr kreativen Ansatz des **Reflecting Teams** von TAnderson und hatte auch Rückwirkungen auf die Familientherapie: Weitere innovative Ansätze ( z.B. narrative Therapie ( White, M.; Anderson, M.; Goolishian, H.) sind hinzugekommen. Die **lösungsorientierte Kurzzeittherapie** ( Steve de Shazar) fand weite Verbreitung, um schnelle Veränderungen in Familien zu ermöglichen. Der systemische Therapeut wird als

Teil des Systems gesehen, der Impulse geben kann, damit sich das System aus sich selbst heraus ändert. Nun aber zurück zur Praxis:

### **Neue systemische Zugänge:**

Durch die Einbeziehung von Familienmitgliedern in die Therapie wurden neue Konzepte für Diagnostik und Therapie entwickelt:

**Die Förderung des Blickkontaktes und direkter Gespräche zwischen den Familienmitgliedern in der Sitzung** steigert die Kompetenz der Familie, aufeinander einzugehen. **Grundregeln des Gesprächs** ( wie z.B.: jeder darf ausreden) und die Fähigkeit Konflikte zu besprechen können direkt eingeübt werden).

Aber auch viele andere Praktiken, wie das Nachspielen ( **Dramatisierung**) von schwierigen Situationen zuhause, das Entwickeln neuer Verhaltensweisen und deren Einübung in der Sitzung, gehörten zum neuen Repertoire.

Skulpturen dienten dem Zugang zu tieferen Affekten und Konflikten.

Die **Art zu fragen** wurde erweitert, um mit den W-Fragen ein genaues Bild vom Kontext des Verhaltens zu bekommen. Das sogenannte **zirkuläre Fragen** zielte darauf, nicht nur den Patienten selbst zu fragen, z. B. wie er sich in der Situation fühlt, sondern zum Beispiel auch seine Schwester zu fragen, was sie denkt, wie ihr Bruder sich in dieser Situation fühlt oder gefühlt hat. So bekam man viele Informationen darüber, wie die Familienmitglieder sich gegenseitig erleben. Nicht nur der Therapeut erhält diese Informationen, sondern auch die Familienmitglieder selbst, was ihnen auch die Möglichkeit gibt, direkt Wahrnehmungen zu überprüfen und zu korrigieren. Die **Wunderfrage** danach, wie es wäre, wenn ein Wunder passierte und das problematische Verhalten weg wäre, fordert einen Blick in die Zukunft und zeigt, ob überhaupt Vorstellungen existieren, wie das Leben ohne das Problem wäre.

Die Frage nach **Ausnahmen, in denen das Verhalten nicht beobachtbar ist, Skalierungsfragen**, z.b. wann das Verhalten besonders stark ausgeprägt ist und wann weniger, können der Familie andere, neue Perspektiven und Möglichkeiten im Umgang mit der Symptomatik eröffnen kann. Fragen nach den schlimmsten Befürchtungen, aber auch nach den Hoffnungen der einzelnen Familienmitglieder erweitern das Verständnis des Verhaltens und der Bedeutung des Verhaltens im Familiensystem.

Auf die spezifischen Beiträge und Verdienste von Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick, Virginia Satir, Salvador Minuchin, Roger Whitacker, Horst- Eberhardt Richter, Helm Stierlin, Selvini-Pallazoli, Steve de Shazer und vielen anderen mehr kann hier nicht im einzelnen eingegangen werden.

### **Etablierung der Familientherapie:**

Während GRAWE et al. („Psychotherapie im Wandel- Von der Konfession zur Profession“, 1994) noch 1994 einen schlechten Forschungsstand über die Wirksamkeit von Familientherapie bemängelten, wurde die Forschung zur Indikationsstellung und Behandlungserfolgen in der Familientherapie bei vielen Fragestellungen ( z.B. Essstörungen, Drogensüchtigen Jugendlichen ( z.B. Liddle: Multidimensional Family Therapy 2002a), Familien mit hyperaktiven Kindern, Familien mit delinquenten Jugendlichen) intensiviert und verbessert. In vielen europäischen Ländern ( z.B. Österreich, Schweiz, Italien, Großbritannien, skandinavische Länder) und in den USA gilt die Familientherapie als anerkanntes Psychotherapieverfahren, mindestens bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In der Bundesrepublik ist dies leider noch nicht der Fall mit Ausnahme von mehreren Bundesländern ( wie Baden- Württemberg), wo sie als sogenanntes Zweitverfahren Ausbildungsbestandteil sein kann.

### **Wie werden systemischen Aspekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen und –psychotherapischen Praxis benutzt ?**

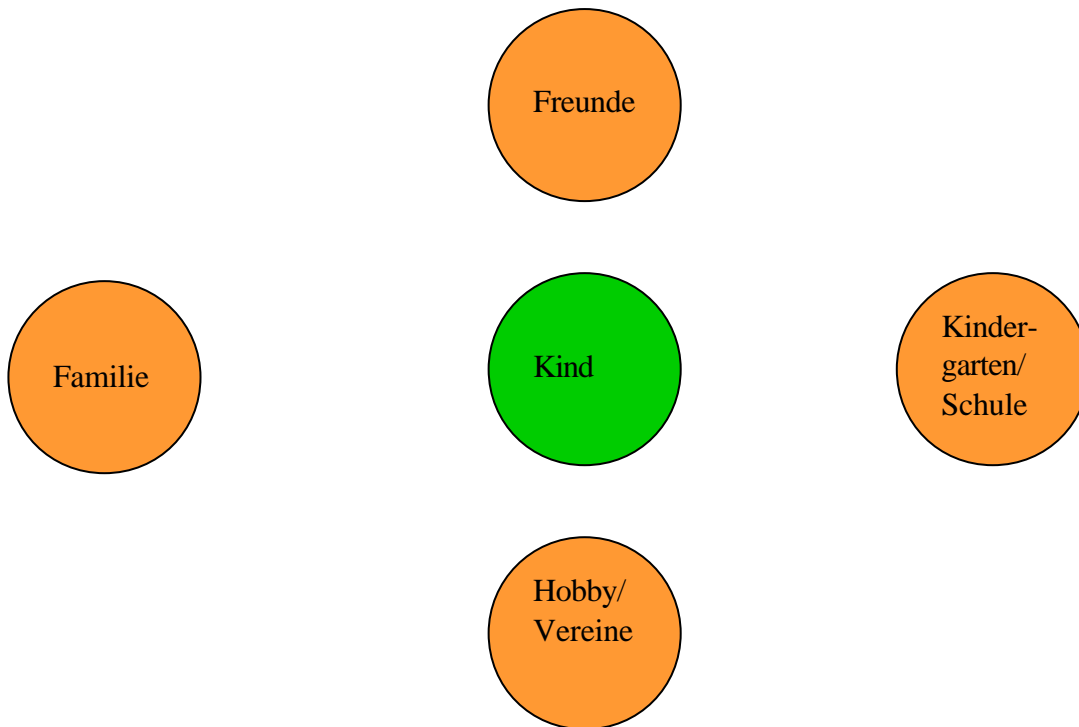
#### **Vernetzung:**

Systemisch bedeutet dies, dass ich alle Faktoren, auch Lebensumfelder, die zu einer Störung bei einem Kind oder Jugendlichen beitragen, in meine Diagnostik und Therapie einbeziehe. Deshalb ist uns die Vernetzung mit Ihnen, meine Damen und Herren, den Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen, Therapeuten und Heilmittelerbringern so wichtig und deshalb danke ich Ihnen schon jetzt für Ihr Interesse an der Arbeitsweise in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis.

### **Welche systemischen Faktoren gibt es in Diagnostik und Therapie?**

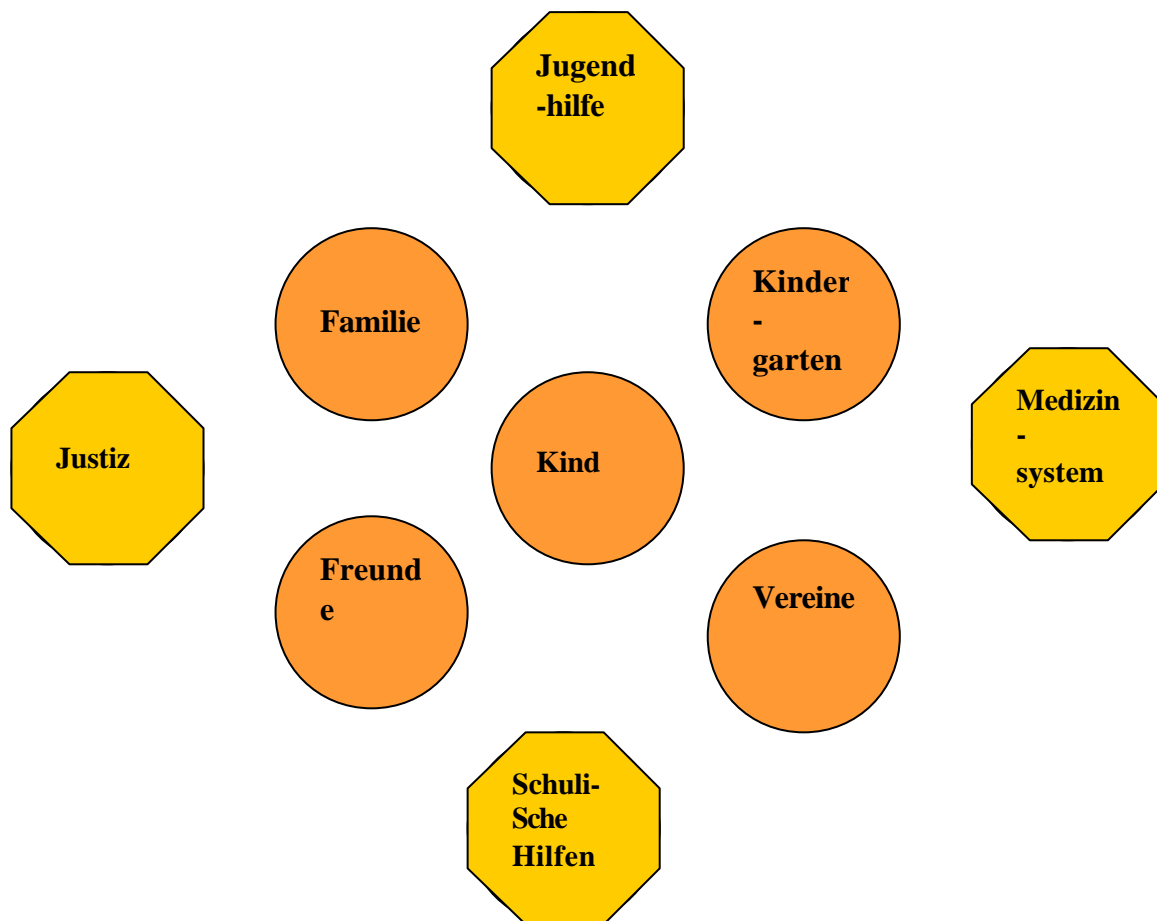
Neben der klassischen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik mit Hilfe der Anamneseerhebung bei den Eltern über genetische, biologische, psychische, emotionale, somatische Entwicklungen und Belastungen und über die sozialen Fähigkeiten des Kindes oder Jugendlichen, Fragebogenverfahren, Einholen von Schulberichten, Durchführung psychodiagnostischer Tests und der Klassifizierung der Symptomatik nach der ICD 10, ist es für eine Therapie der Störung außerordentlich hilfreich, wenn weitere systemische Aspekte bei der Diagnostik und Behandlung berücksichtigt werden.

Ein Kind hält sich in **verschiedenen Lebensfeldern** auf und bewegt sich in **verschiedenen Systemen** mit jeweils eigenen Regeln und Ordnungen und Bedingungen, die auch Beziehungen untereinander haben. Grob vereinfachend könnte man folgende Systeme nennen, die wiederum aus vielen kleineren Systemen bestehen:



Daher ist es auch wichtig, zu erfahren, wie das Kind/ Jugendliche ( r ) in diesen verschiedenen Bereichen zurecht kommt, aber auch, welche Beziehungen zwischen diesen Lebensumfeldern bestehen. Ein Kind dessen Familie z.b. im Ort als dissozial gilt, wird es wahrscheinlich schwerer haben, Freunde zu finden. Ein 11-jähriger Legastheniker nahm zu einer Klassenfreizeit selbstgemachte Marmelade von zu Hause mit. Niemand, außer ihm rührte diese Marmelade an, weil die Mitschüler meinten, sie sei unhygienisch, weil die Eltern des Jungen aus ärmlichen aber durchaus geordneten Verhältnissen einen schlechten Ruf im Ort genossen. Der Junge wurde angesichts der provokanten Äußerungen der Mitschüler aggressiv.

**Wenn ein Kind eine Störung aufweist können folgende Hilfesysteme eingeschaltet werden und dazukommen:**



Hierbei ist zu beachten, dass jedes Hilfesystem ihre eigene Betrachtungsweise, **Diagnostikkriterien und Hilfeformen** hat, die u.a. durch den fachlichen Hintergrund und die persönlichen Erfahrungen geprägt sind. Daher können komplexere Bilder von Situationen entstehen, auch Missverständnisse auftreten. Die Klärung von Missverständnissen ist dabei als große Chance zu sehen.

Durch die interdisziplinäre Kooperation medizinisch, pädagogisch und psychologisch ausgebildeter Berufe in einer sozialpsychiatrischen Praxis wird es in idealer Weise möglich, die Ressourcen jeder Fachgruppe und jedes Hilfesystems besser zu verstehen, optimaler zu nutzen und somit einen sinnvollen Behandlungspfad für PatientInnen in den Hilfesystemen zu finden. Dieser Praxistyp ist also in sich schon ein systemisches Konstrukt.

Die systemische Diagnostik bezieht die Wechselwirkungen zwischen Kind/Jugendlichen und anderen Menschen in den jeweiligen Lebensumfeldern und Kontexten ein. Ein hyperaktives Kind, z.B. kann sich in einer eins zu eins-Situation problemlos verhalten, in einer Klasse mit 30 SchülerInnen aber nicht mehr führbar sein. Auch die Sitzordnung spielt hier eine große Rolle: sitzt ein hyperaktives Kind an einem Einzeltisch in der vordersten Reihe oder an einem Gruppentisch? Die genauen Fragen, **wann, in welchen Kontexten, um wie viel Uhr, wie und bei wem** das problematische Verhalten auftritt, so konkret, alltagsrelevant und genau, wie möglich, gehören zu einer systemischen Diagnostik dazu und sind auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Diagnostik und Behandlung äußerst wichtig. Das Kind verhält sich in verschiedenen Situationen verschieden. So kann man seine Ressourcen besser erkennen.

### **Wie erweitert die systemische und Familientherapie das therapeutische Spektrum in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis?**

Neben den Eltern und dem psychisch gestörten oder verhaltensauffälligen Kind, können **weitere Familienmitglieder** für die Konfliktbewältigung und den Behandlungsprozess genutzt werden.

### **Welche Vorteile bringt die Einbeziehung von Geschwistern in den therapeutischen Prozess ?**

Nehmen wir das Beispiel des 6-jährigen hyperaktiven Christopher: In einer Familiensitzung mit ihm, seinen Eltern, seinem 8-jährigen Bruder Leon und dem 11-jährigen Daniel äußert Leon, dass er in den Ferien bei seiner Tante war und am liebsten dort wohnen geblieben wäre. Bei näherer Nachfrage stellt sich heraus, dass der ruhige Leon sich sehr durch seinen hyperaktiven Bruder, mit dem er ein Zimmer teilte, abgelenkt und gestört fühlte. Als der 8-jährige Leon durch Psychoedukation mehr verstand, warum sein Bruder sich manchmal so verhielt, als in der Familie Stop- Regeln und time- out- Regeln eingeführt und angewandt wurden, aber auch als positive Aktivitäten auf Wunsch jedes Familienmitgliedes geplant und umgesetzt wurden, besserte sich die Geschwisterbeziehung und Leon konnte sich ein halbes Jahr später nicht mehr daran erinnern, dass er bei seiner Tante leben wollte.

**Sehr häufig sind Geschwister von psychisch kranken Kindern genervt und manchmal sogar voller Hass auf ihre kranken Geschwister, weil diese mit ihrem „unmöglichem“ Verhalten immer auffallen, stören und das Geschehen dominieren.** Oft müssen die „gesunden Geschwister“ zurückstecken und vernünftig sein. Untersuchungen von Familien mit drogensüchtigen Jugendlichen oder chronisch suizidalen Jugendlichen zeigen, dass die Eltern und Geschwister aufgrund des chronischen Stresses mit diesen Jugendlichen, einen

Hass bis hin zu Todeswünschen ( dass diese sich umbringen mögen) entwickeln. Der 18-jährige Lukas sagte z.B. über seine an Bulimie erkrankte Schwester, die bereits mehrere Selbsttötungsversuche hinter sich hatte, in der 1.

Familiensitzung: „meine Schwester ist ein teuflisches Monster und kein Mensch.“ Als der 18- jährige Lukas mehr verstand, warum seine Schwester sich so verhielt und, was in ihr vorging, konnten die beiden besser miteinander reden. Er, der isolierte Computerfreak, der bisher fast nur zuhause herumhing, genoss es mit zunehmender Verbesserung der Geschwisterbeziehung sehr, wenn seine jüngere Schwester ihn als Chauffeur benötigte und ihn in die Disco nahm.

Wen wundert es, dass Eltern neben der Symptomatik des Kindes oder Jugendlichen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis **teilweise extreme Geschwisterkonflikte beklagen**. So berichtete die Familie des 9-jährigen an multiplen Tics und einer Störung des Sozialverhaltens leidenden David, dass sie die Kinder gar nicht mehr alleine lassen könne, da David in einem Streit mit seiner 12-jährigen Schwester Juliane soviel Kraft entwickelt habe, dass er die Tür ausgehängt und nach seiner Schwester geworfen habe. Die 12- jährige Juliane konnte ihren Bruder verbal sehr provozieren, was sie auch weidlich nutzte, da sie sich in der Familie hinter diesem Problemkind zurückgestellt fühlte. Die Eltern merkten, dass sie ihr mehr Augenmerk schenken und altersangemessen auf sie eingehen mussten. Sie sanktionierten ihre verbalen Provokationen von David und Davids Wutausbrüche. Allmählich liess das aggressive Verhalten beider Kinder nach .

Dies sind alltägliche Beispiele aus der kinderpsychiatrischen Praxis. In all diesen Beispielen wurde nicht nur mit dem Patienten, sondern mit der Familie gearbeitet und in den meisten Fällen kam es zu einer Verbesserung der Geschwisterbeziehung, die einer psychischen Störung oder Erkrankung der Geschwisterkinder vorbeugen kann.

### **Warum erwähne ich diese Beispiele?**

Wenn man die Geschwister für die Behandlung gewinnen kann, sind sie häufig eine große Hilfe für den Behandlungsprozess. Wenn sie sich ausgestoßen fühlen, neidisch auf ihre(n) unmögliche(n), kranke(n) Schwester/ Bruder sind, weil diese die ganze Sorge der Eltern auf sich zieht und für ganz „normales Verhalten“ Belohnungen bekommt, können sie die Behandlung zumindest durch Sticheleien im familiären Umfeld sehr erschweren und Veränderungen verhindern.

Geschwister können für den Therapeuten zudem eine sehr hilfreiche Informationsquelle darüber sein, warum bestimmte Interventionen nicht geholfen haben. Geschwister beobachten oft genauer als die Eltern: Bei einer verhaltenstherapeutischen Intervention, die nicht erfolgreich war, erkennen die Geschwister häufig sofort, wenn die Eltern sich nicht an die Abmachung gehalten haben, und berichten dies in der Sitzung.

Es ließen sich viele Beispiele nennen, warum Familiengespräche unter Einbeziehung von Geschwistern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Behandlung Sinn machen.

### **Geschwisterarbeit in Familien mit kranken Elternteilen:**

Lassen sie mich aber mit einem in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis nicht seltenen Fall fortfahren: der 9-jährige Bernd hat nächtliche Alpträume, starke Trennungsängste und wirkt bedrückt, seit er mitbekommen hat, dass seine Mutter mit Polizei und Krankenwagen zuhause abgeholt und in die Klinik gefahren wurde. Neben der therapeutischen Arbeit mit dem Kind an dieser traumatischen Situation, beziehe ich die 11-jährige Katharina und den 13-jährigen Tom, die immer wieder unter psychotischen Schüben leidende Mutter und den Vater der Kinder in die Behandlung ein. Sie haben noch nie über die Krankheit der Mutter gesprochen. Die Mutter möchte nicht mit ihren Kindern über ihre Krankheit sprechen, weil sie sich nicht stabil genug fühlt. In einer Sitzung mit dem Vater und den Kindern ohne Mutter verhalten sich die Kinder sehr zurückhaltend und loyal, sprechen nicht viel. Erst in einer Sitzung mit den Geschwistern alleine frage ich die Kinder, was ihnen denn an ihrer Mutter auffiele und woran sie merken würden, dass die Mutter wieder krank sei. Die Kinder äußern jede Menge eigene detaillierte Beobachtungen über die Erkrankung ihrer Mutter und sehr genaue Beobachtungen zu Vorboten der psychotischen Schübe. Die Frage, die sie am meisten beschäftigt ist, ob diese Krankheit ansteckend sei. Sie hätten den Vater das nie gefragt, weil sie ihn nicht noch mehr belasten wollten und die Mutter hätten sie sich wegen der Krankheit nicht zu fragen getraut. Ich führe 2 Gespräche mit den Kindern über die Erkrankung und darüber, was sie machen können, wenn sie merken, dass die Krankheit kommt und, an wen sie sich wenden können und biete auch meine Hilfe an, was die Kinder sehr entlastet. Dieses Beispiel zeigt ( wie anfangs bemerkt, wie Kinder in Familien mit kranken Elternteilen auch elterliche Funktionen übernehmen können, was für die Kinder u.U. auch negative Auswirkungen hat.

### **Welchen Vorteil hat die Einbeziehung von Mitgliedern der Herkunftsfamilie in den therapeutischen Prozess ?**

Besonders in ländlichen Regionen sind **Großeltern häufig ( seltener auch andere Verwandte, wie Tanten, Onkels etc.)** in die Betreuung der Kinder im Alltag einbezogen, besonders in unvollständigen Familien.

Im familientherapeutischen Setting kann man die Großeltern hinzuziehen, für die Therapie nutzen und Mehrgenerationenkonflikte, die die Therapiefortschritte der Kinder erschweren, angehen. Die Praxis der Familientherapie erlaubt ein sehr konkretes und auf Lösungen orientiertes Vorgehen. Dabei werden auch Ressourcen der Familie eruiert und genutzt. Die Rolle der TherapeutIn besteht darin, die Familie bei der Entwicklung eigener Lösungs- und

Bewältigungsstrategien zu unterstützen. Sie kann hier auch direkt mit Rat zur Seite stehen. Sie schreibt der Familie nicht vor, wie und was zu geschehen hat, sondern versucht die eigenen Konfliktlösungsfähigkeiten der Familie zu fördern.

### **Hierzu eine kleine Fallvignette:**

Die sehr kleinwüchsige, schwächliche, zeitweise stotternde, ängstliche 6-jährige Katharina wird mir von ihrer alleinerziehenden Mutter wegen Essstörungen, Stotterns und erheblichen Mutter- Tochter- Konflikten vorgestellt. Ihr Vater, ein Heiratsschwindler ist wegen Hehlerei im Gefängnis und hat die Briefe des Kindes nie beantwortet, ihr auch nicht zum Geburtstag geschrieben. Die Mutter wirkt selbst sehr schüchtern und belastet. Bei deren Schilderungen ihrer Machtkämpfe um das Essen, das in das Bettgehen und viele andere Alltagssituationen wird auch eine große Wut auf die Großeltern mütterlicherseits deutlich. Diese würden Katharina verwöhnen, ihr immer ihre Lieblingsspeisen kochen und den Wünschen des Kindes immer Rechnung tragen. Sie könne aber mit ihren Eltern nicht darüber reden und wolle dies auch gar nicht. Sie habe sich als Kind auch immer mit den Eltern über das Essen gestritten. Es wird deutlich, dass die Mutter bis heute unter einer Bulimie leidet und dies verheimlicht und insgeheim ihren Eltern die Schuld daran gibt. Im Verlaufe der ca. 8 Behandlungskontakte, die mit Mutter und Tochter, Tochter alleine und mit der Mutter alleine durchgeführt wurden, nahm die Mutter eine Psychotherapie ihrer Symptomatik auf. Rollenspiele und positive Verstärker, sowie die Förderung positiver Interaktionen zwischen Mutter und Kind führten zu einer erheblichen Verbesserung des Alltags bei der Mutter, aber der Konflikt mit den Großeltern blieb und beeinträchtigte auch die Beziehung zu Katharina.

Die Mutter willigte sehr zögerlich und skeptisch in ein Angebot eines Familiengesprächs mit Ihr, Ihren Eltern und Katharina ein, war sich aber nicht sicher, ob Ihre Eltern bereit seien würden ( eine häufige und meiner Erfahrung nach unbegründete Angst, denn Großeltern wollen das Beste für Ihre Kinder und Enkelkinder und sind oft froh, wenn sie gefragt werden).

Es gelang der Mutter, Ihre Eltern zu motivieren. Nach einem Kennenlernen kamen wir sehr schnell zu der Essenssituation, die wir in der Sitzung nachspielten. Dabei zeigte sich, dass Katharina auch bei den Großeltern häufig ein großes Theater machte und die Großmutter sehr genervt war, während der Großvater dann häufig um des lieben Friedens Willens Partei der Enkelin ergriff. Die sehr helle kleine Katharina war ungewöhnlich begabt im Rollenspiel, so dass sie auch in der Lage war, eine andere Rolle zu spielen. Die Oma spielte dann einmal Katharina und Katharina die Oma. Beide konnten sehen, wie ärgerlich und unerfreulich ihr Verhalten für den jeweils anderen war, hatten aber keine Idee, wie und was man anders machen konnte. Wir entwickelten gemeinsam ein positives Verstärkerprogramm, wenn Katharina ohne zu meckern etwas probierte, was sie nicht mochte, und Sonderpunkte,

wenn sie beim Essen ihrer Lieblingsspeisen ein Lob aussprach. Aber wir mussten dann natürlich auch besprechen, was die Familie nun beim Essen machen könnte, statt beim Essen über das Essen zu streiten. Jeder konnte Wünsche äußern und sie wurden nach Hause geschickt, um das auszuprobieren. Des weiteren bemerkten die Erwachsenen in dieser Situation, wie Katharina durch Weglassen von unangenehmen Informationen in ihren Berichten beim jeweils anderen ein völlig falsches Bild erweckte und Mutter und Eltern beschlossen, mehr miteinander zu reden und nicht nur Katharinas Berichten zu vertrauen.

14 Tage später kam die Familie trotz eines angekündigten schweren Sturmes von weither angereist. Alle waren begeistert über die Entwicklung und Katharina war sehr stolz. Sie berichtete, was ihr alles schmeckte und was sie schon alles unternommen hätten. Alle waren sich einig, dass die Essensituationen mehr Spaß machten. Ein Viertel Jahr später kamen Mutter und Tochter noch einmal zur Kontrolle. Beide berichteten von anhaltendem Erfolg und waren sehr zufrieden. Katharina war gewachsen, wirkte selbstbewusster, war fröhlich, hatte etwas zugenommen und stotterte nicht mehr. Die Mutter ging weiterhin ihrer eigenen Psychotherapie nach. Beiden wurde angeboten jederzeit wiederzukommen, wenn es wieder Probleme gäbe.

### **Warum erzähle ich Ihnen dieses Fallbeispiel so ausführlich?**

In diesem Fall konnte ein mehrgenerationaler Konflikt um das Essen, der bereits zu einer kindlichen Essstörung führte, konstruktiv unterbrochen werden. Dies eröffnete der Familie neue Erlebnisebenen und Gesprächsebenen und Erkenntnisse.

### **Zusammenfassung:**

Meine Damen und Herren, Ziel meines Vortrages war es Ihnen die klinische Relevanz der Familientherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis an Beispielen näher zu bringen. Familientherapie kann zwar therapeutische Maßnahmen am jeweilig kranken Kind oft nicht ersetzen, kann aber, wie ich Ihnen zu zeigen versucht habe, zu einer erhöhten Wirksamkeit, zur Prävention von Störungen und zur Verbesserung der innerfamiliären Beziehungen als wichtigem prognosebeeinflussender Faktor beitragen. Damit gelingen therapeutische Maßnahmen für das jeweilige kranke Kind, falls sie überhaupt noch nötig sind, eher.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!