

Aus der Praxis

Jedes Kind hat eine Familie – Formen ressourcenorientierter Familienarbeit in einem Sozialpädiatrischen Zentrum¹

Andrea Goll-Kopka

Zusammenfassung

In dem Beitrag werden unterschiedliche konzeptionelle Möglichkeiten der Einbeziehung von Familien in die Arbeit von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vorgestellt. Diese Zentren sind vom Gesetzgeber vorgesehene, multiprofessionell und ambulant arbeitende Institutionen zur Frühdiagnostik und Therapie von entwicklungsauffälligen, risikogefährdeten (z. B. „unreif frühgeborene“ Kinder) sowie von behinderten Kindern. Zuerst werden die psychosoziale Situation der Familien von entwicklungsauffälligen Kindern mit besonderen Bedürfnissen sowie der theoretische Ausgangspunkt skizziert. Anschließend wird die praktische familienbezogene Arbeit, insbesondere erlebniszentrierte therapeutische Interventionen, die angemessen Kinder beteiligen in der Arbeit mit einer einzelnen Familie, kontinuierliche Eltern- und Müttergruppen sowie das Familienseminar dargestellt. Abschließend geht es um den exemplarischen Verlauf einer Familientherapie.

Schlagwörter: Entwicklungsauffälligkeiten – erlebniszentrierte Interventionen – Eltern- und Müttergruppe – Familienseminar

Summary

Every child has a family: Resourceful forms of working with families in a socialpediatric center

In this paper different ways to integrate families and ways to work with them in socialpediatric centers will be presented. These institutions assess children with

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrages zum Symposium des zehnjährigen Bestehens des Sozialpädiatrischen Zentrums Frankfurt.

developmental problems, handicaps, or other special needs and offer therapeutic aid to them. The psychosocial situation of families with children with special needs will be outlined and a theoretical framework is developed. Furthermore, practical interventions here especially playful ways to integrate children in a familytherapy, a parent- and mothergroup and a weekend seminar for whole families will be described. Finally will be presented a therapy with one family.

Keywords: children with development problems – playful creative interventions – parent- and mothergroup – seminar for families

1 Zur psychosozialen Situation von Familien mit behinderten und entwicklungsbeeinträchtigten Kindern

In der Arbeit mit Familien mit behinderten und entwicklungsbeeinträchtigten Kindern gilt es zu beachten, dass die Bewältigung der Tatsache, dass ein Familienmitglied eine bleibende Schädigung hat, sehr unterschiedlich sein kann und von vielen Faktoren, wie etwa von der Art und dem Grad der Beeinträchtigung, vom Zeitpunkt des Auftretens, von der subjektiven Erlebnisweise jedes einzelnen Familienmitgliedes, von den Verarbeitungsmöglichkeiten und vor allem auch von den sozialen Ressourcen, die einer Familie zur Verfügung stehen, abhängt. Die kursorische Beschreibung der Situation von Familien mit behinderten und entwicklungsbeeinträchtigten Kindern kann allerdings nur einen knappen Überblick geben; ausführlichere Informationen dazu finden sich bei Beck (2003), Hinze (1991), Lehmkuhl (1996), Miller (1997) und Walthes et al. (1994).

Der Einfluss der Behinderung, Erkrankung oder Entwicklungsbeeinträchtigung auf das Familienleben ist auf mehreren Ebenen wirksam: Auf der emotional-expressiven Ebene sind individuelle und innerfamiliäre Anpassungsleistungen erforderlich. Auf der Ebene des informellen sozialen Netzwerks sind Reduzierungen oder Veränderungen der Beziehungskreise möglich. Dort müssen teilweise informelle Beziehungen zur Bereitstellung alltagspraktischer Hilfen mobilisiert werden. Zusätzlich müssen formelle Beziehungen zum professionellen Helfesektor als Teil des Netzwerkes aufgebaut werden. Schließlich ist es erforderlich, diese Einflüsse und Wirkungen zu integrieren. Zum Beispiel werden Therapien zuhause fortgeführt und ein Vielfaches sowohl an Betreuungs- und Versorgungsaufwand als auch an „Herstellungsleistung“ ist gefordert (Beck 2003).

Familien mit behinderten Kindern befinden sich in der prekären Situation, einerseits stärker Hilfe zu benötigen und andererseits zugleich größere Probleme bei der Etablierung von sozialen Beziehungen zu haben (Thimm 1997, zit. n. Beck 2003). Die engere familiäre Ausrichtung und die Reduktion des Netzwerkes vollzieht sich sowohl durch Abgrenzungen von außen als auch durch die Familien selbst, da der Mehraufwand und die hohen zeitlichen und kraftzehrenden Belastungen oft auch zu einer Überbelastung führen. So ist die Berufstätigkeit der Mütter behinderter Kinder erheblich geringer als im bundesdeutschen Durchschnitt, und die Haushaltseinkommen von Familien mit behinderten Kindern sind geringer als im Vergleichsdurchschnitt (Beck 2003).

Die Eltern eines behinderten, chronisch kranken oder entwicklungsuffälligen Kindes passen sich allmählich an die veränderte Situation an. Miller (1997) beschreibt diesen persönlichen „Entwicklungs- und Reifeprozess“ in vier zeitlich nicht klar zu trennenden, ineinander greifenden Stadien: *Überlebens-, Such-, Normalisierungs- und Trennungsphase*. Innerhalb dieser verschiedenen Phasen kann es zu heftigen und widersprüchlichen Gefühlsausbrüchen kommen, die auch das innerfamiliäre Gleichgewicht, die Partnerschaft und die Beziehung zu den gesunden Geschwisterkindern gefährden können (Hinze 1991; Jonas 1991; Miller 1997). Gerade die Überlebensphase führt zu einer innerseelischen Erschütterung bei den Eltern, die Gefühle der Trauer und des Verlustes, Ängste und Unsicherheit, Schuldgefühle und Zweifel sowie Scham, ein entwicklungsbeeinträchtigtes Kind zu haben, hervorrufen kann (Miller 1997; Hinze 1991). Der Loslösungsprozess vom Wunsch, ein gesundes Kind zu haben, führt oft zu tief depressiven Gefühlen. Erschwerend kommt der Rückzug von bzw. die Zurückhaltung gegenüber anderen Menschen hinzu. Dies ist ein Ausdruck der Angst vor negativen Reaktionen der sozialen Umwelt sowie der Unsicherheit im Umgang damit (Lehmkuhl 1996; Dreyer 1991; Hinze 1991; Jonas 1991).

Bei diesem jahrelang andauernden Prozess seelischer, geistiger sowie praktischer Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Behinderung ihres Kindes schwanken die Eltern immer wieder zwischen Angst, Bedrohung und Gefühlen der Hoffnung auf ein Wunder. In jeder neuen Lebensphase des Kindes, wie etwa beim Kindergarteneintritt, beim Schulbeginn oder beim Berufseintritt, werden die Eltern in immer neuer Form mit der Entwicklungsbeeinträchtigung bzw. Erkrankung ihres Kindes konfrontiert.

Gerade die Frage nach den möglichen Ursachen des „Unglücks“ führt zu belastenden Selbstbeschuldigungen. Selbst wenn sich für die jeweilige Behinderung konkrete – das heißt medizinisch fassbare – Ursachen finden lassen, bleibt das Ereignis oft unbegreiflich. Unbegreifliches bietet sich als Ansatzpunkt für magisches Denken und irrationale, oft quälende Phantasien an (Lehmkuhl 1996). Belastend ist auch, wenn das Umfeld außerhalb der Kernfamilie eine Mehrgenerationenperspektive als Beschuldigung ins Feld führt: „Das kann nur von der Seite deines Mannes kommen, bei uns gab es das noch nie!“

In Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern mit besonderen Bedürfnissen können sich dysfunktionale Muster entwickeln und verfestigen, so dass z. B. die sich sonst gegen Ende des ersten Lebensjahres auflösende symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind erhalten bleibt, da das Kind einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand benötigt (Hinze 1991; Lehmkuhl 1996; von Schlippe 2003). Es kann sich der Kreisprozess „peripherer Vater – verstrickte Mutter“ verfestigen und schließlich zu der häufigen Variante dieses Kreisprozesses „Zweiteilung der Familie“ führen: Der Vater wendet sich dem gesunden Geschwister zu, und die Mutter bleibt mit dem behinderten Kind verstrickt. Die einzelnen Familienmitglieder können dann kein flexibles Rollenverhalten mehr zulassen und vermeiden die Auseinandersetzung mit Konflikten. Das „Sorgenkind“ kann als gemeinsamer Fokus so stark in das Zentrum der Familie rücken, dass die Wahrnehmung von anderen Konflikten verdeckt wird (Schubert 1987).

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind unbewusste Todeswünsche, die aufkommen können. Die Behinderung soll verschwinden – eigentlich das behinderte Kind selbst. Solche Phantasien bleiben durch ihre starke Tabuisierung meist unausgesprochen, sie wirken aber weiter, und sie haben einen Einfluss auf das Fürsorgeverhalten. Deshalb kommt es häufig vor, dass das betroffene Kind ängstlich übersteigerte Fürsorge erfährt. Unterschwellig vorhandene Aggressionen und Wut bewirken wiederum Schuldgefühle, die sich verstärkend auf das Fürsorgeverhalten auswirken. Zum Beispiel gestatten sich solche Eltern und insbesondere Mütter häufig nicht, dass eine andere Person, und sei es auch nur für kurze Zeit, das Kind betreut.

Das Ausmaß an Belastungen ist auch für die Geschwisterkinder umfangreich. Immer wieder müssen sie ihre Wünsche zurückstellen und auf gemeinsame Familienunternehmungen verzichten. Aufgrund des hohen Zeitaufwandes für die medizinische und therapeutische Behandlung des behinderten Kindes kommen die gesunden Geschwister häufig zu kurz. Die Einschränkung der eigenen Entfaltungsmöglichkeiten, die Erfahrung von Zurücksetzung und Vernachlässigung in der Familie, von Diskriminierung im sozialen Umfeld sowie Befürchtungen hinsichtlich späterer Versorgungspflichten oder möglicher Behinderungen wurden von älteren Geschwisterkindern in unseren Geschwistergruppen berichtet. Dies zeigen auch andere Untersuchungen und Erfahrungsberichte von Geschwistern (Hackenberg 1987; Achilles 2002).

2 Grundlagen und Ausgangspunkt der familienbezogenen systemischen Sichtweise

Vor dem Hintergrund der geschilderten psychosozialen Situation der Familien war es uns in der Förderung und Therapieentwicklungsauffälliger, behinderter und chronisch kranker Kinder in den letzten Jahren ein wesentliches Anliegen, Ansätze zu finden, die nicht nur die Förderung des Kindes umfassen, sondern darüber hinaus die Familien dieser Kinder besonders zu beachten und diese gezielt mit einzubeziehen (Krause 1986; Hahn u. Müller 1995). Die Arbeit in dieser familienorientierten Frühförderung bleibt dann nicht auf das einzelne Kind zentriert, sondern richtet den Blick auf die ganze Familie in ihren jeweiligen Bezügen (Engelbert 1999; Lüpke et al. 1994). Dies bedeutet, die Eltern der Kinder nicht nur als bloße Auskunftspersonen über das vorgestellte Kind zu sehen, sondern alle Familienmitglieder als Mitbetroffene zu betrachten, die in einer Wechselwirkung mit der Symptomatik des auffälligen Kindes stehen.

Die sorgfältige Beachtung des Umfeldes unter Einbeziehung der Familie führt dann auch zu einer Verbesserung der Therapieresultate. Insbesondere in der Entwicklungstherapie von Kindern hat sich gezeigt, dass Behandlungserfolge schneller und gezielter zu erreichen sind, wenn Eltern aktiv die Lebensumwelt der Kinder entwicklungsfördernd gestalten (Bode 2002; Kilian 1989; v. Klitzing 1998; Schlack 1992, 1993; Weiß 2002). Untersuchungen zeigen, dass zwischen kindlichen Entwicklungsstörungen und familiären Organisationsmustern Wechselbeziehungen bestehen: So haben Kinder mit neurologischen oder anderen organischen Problemen ungünstigere Entwicklungsverläufe, wenn sie in Familien mit dysfunktionalen Mustern aufwachsen (Goll-Kopka 1997; Karsch et al. 1989; Laucht et al. 2000; Oerter et al. 1999). Die Verstrickung des Kindes mit seiner Familie begrenzt frühtherapeutische Anstrengungen.

Die familienbezogene Arbeit schafft einen Rahmen, in dem alle Familienmitglieder miteinander über ihre jeweilige Situation mit dem „besonderen Kind“ sprechen können und ihre Geschichten und Perspektiven darstellen können. Dieses Bemühen, die unterschiedlichen Problembeschreibungen und die bisherigen Umgangsweisen der Familienmitglieder in Erfahrung zu bringen, bildet die Grundlage, um neue und andere Umgangsweisen miteinander zu entwickeln und auszuprobieren. Darüber hinaus ist es sinnvoll, sich die Sichtweisen und Erwartungen der überweisenden Institutionen, bzw. der anderen professionell Helfenden, die mit der Familie bereits arbeiten, wie z. B. Schule, Kindergarten, Ärzte und Therapeuten, gemeinsam mit der Familie anzuschauen und realistisch zu klären. Diese Perspektive zielt über die Familiengrenze hinaus und thematisiert das Netz von Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern und den einzelnen Behandlern. Denn diese sozial geschaffene Umwelt „rund um die Behinderung oder Entwicklungsauffälligkeit“ kann teilweise mehr Einfluss auf das

Erleben der Familienmitglieder bekommen als die Behinderung selbst (Cierpka et al. 2001; Simon 1995; v. Schlippe 2003).

3 Unterschiedliche Formen der Arbeit mit Familien

Aufgrund dieser konzeptuellen Überlegungen haben wir verschiedene Angebote entwickelt, um die Eltern und Familien der im Sozialpädiatrischen Zentrum betreuten Kinder stärker mit einzubeziehen. Zunächst finden in allen fachtherapeutischen Abteilungen (Neuropädiatrie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Psychomotorik und Logopädie) begleitende Angebote mit den Bezugspersonen in Form von Beratung über die Therapieinhalte sowie weitere Fördermöglichkeiten, Hospitationen der Eltern in der Therapie oder gemeinsam gestaltete Sitzungen mit Therapeuten, Eltern und Kind statt.

Darüber hinaus besteht für einzelne Familien die Möglichkeit, wenn der Bedarf aufgrund von Empfehlungen durch die Ärzte, durch die fachtherapeutischen Abteilungen oder aus eigenem Wunsch artikuliert wird, im geschützten Rahmen von Familiengesprächen über die jeweilige Familiensituation und deren Themen gemeinsam zu sprechen. Beim Angebot einer Therapie oder Begleitung für eine Familie durch den Fachbereich Psychologie und Sozialarbeit gilt es zu beachten, dass sich die Erwartungshaltung der Eltern bei der Anmeldung im SPZ zunächst fast ausschließlich auf die Symptome und Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen bezieht. Die Eltern möchten zunächst auf der Ebene des Kindes bleiben. Sie fühlen sich dadurch als Eltern weniger bedroht und verunsichert. Deshalb ist es bei dem Perspektivenwechsel weg vom Kind und hin zur Mutter-/Vater-Dyade sowie zur familiären Ebene besonders wichtig, die Versagensängste und Schuldgefühle der Eltern, die stets bei Auffälligkeiten existieren, nicht noch zu schüren, sondern der Familie von Beginn an zu vermitteln, dass das Ziel von Familientherapie u. a. darin besteht, die Ressourcen der Familie zu fördern, dass es längerfristig zu einer Entlastung für die ganze Familie kommen kann.

Von einzelnen Eltern im SPZ wurde immer wieder der Wunsch geäußert, andere Eltern in ähnlicher Situation kennen zu lernen und sich mit ihnen austauschen zu können. Auch in den Erhebungen zu den Erwartungen und Wünschen von Eltern mit behinderten und entwicklungsauffälligen Kindern sprechen sich fast 70% der Eltern dafür aus, sich mit anderen Eltern austauschen zu wollen (Brambring 1997; Speck u. Peterander 1994). Bei der Evaluation dieser angeleiteten Gruppenangebote wird deutlich, dass diese die Selbsthilfe-, Alltags- und Fachkompetenzen der Eltern unterstützen und stärken. Von der Arbeit in Elterngruppen profitieren nicht nur die Gruppenmitglieder selbst, sondern auch die professionell Helfenden und die Gesellschaft. Die Eltern werden nicht nur kritischer und aufmerksamer, sondern zeigen auch größere Bereitschaft, in der The-

rapie des Kindes aktiv zu werden. Sie sind auch eher motiviert, sich in Selbsthilfeeorganisationen und politischen Aktionen für Behinderte zu engagieren. Deshalb haben wir im Rahmen des Fachbereiches Psychologie und Sozialarbeit eine halboffene, kontinuierlich stattfindende Elterngruppe sowie eine halboffene kontinuierliche Müttergruppe konzipiert und über Jahre hinweg angeboten. Um Geschwister und insbesondere Väter, die beruflich sehr eingespannt sind, noch besser zu erreichen, bieten wir seit neun Jahren Familienseminare am Wochenende in naturnahen Tagungshäusern an.

4 Familientherapie mit einer einzelnen Familie

Beim Angebot einer Therapie oder Begleitung für eine Familie gilt es zu beachten, dass sich die Erwartungshaltung der Eltern bei einer Anmeldung im SPZ zunächst fast ausschließlich mit Symptomen und Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen verknüpfen. Die Eltern möchten zunächst auf der Ebene des Kindes bleiben. Dadurch fühlen sie sich als Eltern weniger bedroht und verunsichert. Dem Kind soll geholfen werden. Die Haltung mancher Eltern kann wie folgt umschrieben werden: „Wir geben hier lediglich *unser Kind* zur Untersuchung/Diagnostik und Therapie ab. Bitte lassen sie *uns* außen vor!“ Die eigene Betroffenheit der Eltern, ihre Verzweiflung und ihre Ängste sowie die Kränkungen stehen zunächst für die Eltern nicht als Thematik im Vordergrund. Die Therapie hilft der Familie zunächst dabei, sich quasi in einem Spiegel zu betrachten und ihre bisherigen Umgangsweisen untereinander zu erkennen.

Die Grundlage für die weitere Arbeit bildet das ressourcenfokussierende Vorgehen im Gespräch. Dies bedeutet in der diagnostischen Phase, das positive Potenzial zu erkennen und herauszufinden, was die Kinder können. Es beginnt mit der Frage, in welchen Kontexten das Kind schon heute Fähigkeiten und Stärken zeigt. Es bedeutet weiterhin, günstige Verhaltensweisen hervorzuheben und gemeinsam mit der Familie die positiven Möglichkeiten des Kindes gezielt zum Vorschein zu bringen. Hinzu kommt, gezielt nach Ausnahmen von dem problematischen Verhalten zu suchen und diese Ausnahmesituationen mit den Familienmitgliedern gemeinsam zu analysieren. Wer kann dazu beitragen, dass diese Ausnahmesituationen öfter auftreten? Das Ziel besteht darin, den Familienmitgliedern eine optimistische Perspektive zu ermöglichen, in dem das positive Potenzial, das die Kinder und ihre Familien mitbringen, und das sie in den angestrebten Veränderungsprozess einbringen können, hervorgehoben wird (Coles 2003; Klemenz 2003).

Die Diagnostik gestaltet sich im Prozess zusammen mit der Familie. Dabei spielt insbesondere die Beobachtung der Interaktionen im Raum eine wichtige Rolle. Es können auch Tests, Zeichnungen oder das Genogramm eingesetzt werden. Beim Genogramm handelt es sich um eine graphische Darstellung

eines erweiterten Familienstammbaums an einer Tafel oder auf großen Blättern. Dadurch lassen sich Familiengeheimnisse und problematische Tabus, die sich auf Mythen zu den Ursachen der Behinderung in der weiteren Familie beziehen, leichter thematisieren (Reich 1996). Es besteht weiterhin die Möglichkeit, bereits beim Aufzeichnen des Familienstammbaums auf Ressourcen zu achten.

Neben der ressourcenorientierten Gesprächsführung und ihren spezifischen Fragen haben sich Videoanalysen, handlungsorientierte kreative Interventionen sowie Literatur als besonders sinnvoll für die Arbeit mit den Familien herausgestellt (v. Schlippe u. Schweitzer 1996). Bilder sind manchmal für Familien anschaulicher und konkreter, um ihre Interaktionen zu erkennen. Diese Bilder können eine gute und eindrückliche Grundlage für die Reflexion und Suche nach Veränderungen bilden. Dazu lasse ich die Familien *Videos* vom sozialen Austausch wie etwa bei Spielen oder beim Essen mitbringen, oder wir drehen eine Sequenz bei einer gemeinsamen Spielsituation im Raum. Mit der ganzen Familie schauen wir uns danach den Ausschnitt an, um gemeinsam darüber zu sprechen. Bücher mit Informationen und Darstellungen von Eltern, denen es auch so ähnlich ergeht, empfinden viele Eltern als bereichernd und hilfreich, so dass ich entsprechende Titel ausleihe. Diese können in der nächsten Sitzung dann als Gesprächsgrundlage dienen.

5 Handlungsorientierte kreative Aktivitäten und Interventionen, um Kinder angemessener in die Therapie mit einzubeziehen

Untersuchungen und Erhebungen bei Kindern, die an Familientherapien teilgenommen haben, belegen, dass diese teilhaben wollen, aber auf eine kindgemäße Art und Weise beteiligt werden möchten und nicht wünschen, dauernd im Fokus der Aufmerksamkeit zu stehen (Rotthaus 2003).

Neben dem Gespräch mit der Familie und den oben beschriebenen Videoanalysen haben wir deshalb aktiven, handlungsorientierten und spielerischen Methoden wie *Bewegung und kreativen gemeinsamen Aktivitäten aller Familienmitglieder* einen besonderen Stellenwert eingeräumt (Goll-Kopka 2000; Harvey 1990; Meeth 1995; Kinzinger 1995; Walthes 1991). Diese nicht verbal orientierten Spielphasen sind sehr gut geeignet, Kinder in die Familientherapie aktiv mit einzubeziehen. Die Familiensitzungen finden in einem großen Therapieraum mit Materialien (wie z. B. große Spielbausteine, Puppen, Seile, unterschiedliche Kissen, Turmmatten, Tücher, Zeichenblöcken, Stiften und einer Wandtafel) statt.

Die Prozesse der Familie werden durch die gemeinsame Handlung innerhalb einer Bewegungs- oder Spielsequenz unmittelbar für alle Beteiligten erfahrbar. Diese sinnlich-konkrete Veranschaulichung des gemeinsam im Thera-

pielraum Erlebten erleichtert manchen Familien den Einstieg und kann die Basis für die weitere Kommunikation über die Interaktionen bilden, die im Raum durch gemeinsames Spiel, Zeichnen oder Bewegen sichtbar wurden. Das bedeutet, auch die Interaktionen aller im Raum im Blick zu haben und auf mehrere Personen gleichzeitig zu reagieren. Die Familiendynamik inszeniert sich so im Raum. Durch das gemeinsame Bewegen, kreative Handeln und Spielen von Eltern und Kindern können Eltern Möglichkeiten der Selbsterfahrung und des Selbsterlebens eröffnet werden, die das Verständnis für ihre Kinder erweitern, verändern und vertiefen (Schmidtchen 1996). Gemeinsame Bewegungs- und Spielsituationen bilden so die Basis der weiteren Kommunikation und Interaktion.

Durch die Benutzung von kindgerechten Bildern können Kinder in den verschiedenen Entwicklungsstufen auch gut erreicht werden. So eignen sich *kindgerechte Metaphern, Geschichten oder Phantasiegestalten wie etwa der Co-Therapeut König Tiger*, der die Stärken und das magische Denken der Kinder zwischen drei und neun Jahren und ihre Familien auf eine besondere Art und Weise anspricht (Wood 1986).

„Mein Freund und Co-Therapeut, der König Tiger, hilft Kindern zu wachsen und besser mit ihren Problemen fertig zu werden.“ Der Tiger ist für Kinder ein Held, der Stärke, Mut und Ausdauer verkörpert. Der König Tiger hat einen großen Optimismus gegenüber Menschen und ihren Problemen und vermittelt Freude und Spaß in Bezug auf das Leben der kleinen Patienten und ihrer Familien. Ich führe meinen Freund König Tiger bei den Familien, bei denen es sinnvoll erscheint, am Ende der ersten Sitzung mit einem Spannungs- und Geheimnisbogen ein. In einer kindgerechten Art und Weise stelle ich meinen „Co-Therapeuten“ vor:

„Heute haben wir viel geredet – ich möchte dir und Ihnen noch von jemand ganz Speziellem erzählen. Ich habe einen Freund, der kann sehr spezielle Sachen. Ich glaube, er würde gerne Dein Freund werden. Ich erzähle nicht jedem davon. Er lebt draußen vor der Stadt. Er hat den Dschungel verlassen ... musste stark werden. Er kann selbst keine Post bekommen, da er zurückgezogen lebt. Post kann bei seiner Freundin Andrea abgegeben werden ...“ Nach dieser dramatisierenden Einführung, die das Kind und Familie anspricht, schreibt der Tiger Briefe an das Kind und die Familie und bittet um Antwortschreiben. Gemeinsam mit seinen Geschwistern oder Eltern kann das Kind *Briefe, Bilder oder Antwortschreiben* gestalten. Das Eintreffen, Lesen und Beantworten der Briefe ermöglicht allen eine positive Begegnung untereinander. König Tigers Briefe sind u. a. mit einem großen schönen farbigen Tigerkopf versehen und bilden visuelle Ankerpunkte für die Familie, die inhaltlich an die Stärken und nächsten Entwicklungsschritte des Kindes appellieren. Die Erwachsenen oder die älteren Geschwister können die Briefe vorlesen und alle zusammen antworten. Zur Illustration ein kurzer, exemplarischer Briefausschnitt an einen fünfjährigen Jun-

gen: „Lieber Bastian (Name geändert) – Mein Name ist König Tiger. Meine Freundin Andrea hat mir von dir über das Tigertelefon erzählt. Ich bin vor freudiger Überraschung von meinem Thron gefallen als ich gehört habe, dass du jetzt immer trockene Hosen hast! Jetzt kannst du immer schöne Hosen anziehen wie die großen Kinder. Toll! Andrea hat mir auch erzählt, dass du sehr gerne und gut Puzzles zusammen legen kannst. Herzlichen Glückwunsch zu dem großen Puzzle, dass Du bei Andrea zusammen gelegt hast! ...“

6 Die kontinuierliche, halboffene Elterngruppe

Die halboffene Elterngruppe fand über ca. viereinhalb Jahre einmal im Monat für 90 Minuten an einem Abendtermin zwischen 20.30 und 22 Uhr statt. Es beteiligten sich ca. acht Elternpaare oder Elternteile. Die Gruppenteilnehmer blieben über eine Zeit hinweg konstant und in bestimmten Abständen konnten nach Absprache neue Teilnehmer hinzukommen.

Die Inhalte der Gruppentreffen waren emotionale Themen, wie die Aufarbeitung des Gefühls, kein gesundes Kind zu haben, sozial-emotionale Inhalte, wie z. B. der Umgang des außerfamiliären Umfeldes mit dem besonderen Kind sowie informative Themen über Pflegegeld oder Integrationsmaßnahmen.

In einer Gruppe von Gleichbetroffenen konnten sich die Eltern leichter über ihre Ängste und Unsicherheiten, Zweifel sowie ihre Schamgefühle, ein entwicklungsbeeinträchtigtes Kind zu haben, austauschen. Sie können gemeinsam neue Bedeutungszusammenhänge konstruieren und sich gegenseitig in Lösungsideen bestärken.

Den Erfahrungsaustausch unter Betroffenen erlebten die Gruppenteilnehmer als hilfreich und entlastend in der Aufarbeitung von Schuldgefühlen, Kränkungen und Abwertungen aus dem sozialen Umfeld. Sie sahen, dass Andere ähnlichen Abwertungen und Beschuldigungen ausgesetzt sind oder in ähnlichen Prozessen stecken wie sie selbst. Das bestärkte das Gefühl der Teilnehmer nicht allein mit ihren Schwierigkeiten zu sein und erleichterte die Suche nach Lösungen und Bewältigungswegen.

Gerade die Frage nach möglichen Ursachen des „Unglücks“ führt oft zu belastenden Selbstbeschuldigungen. Selbst wenn sich für die jeweilige Behinderung konkrete – das heißt medizinisch fassbare – Ursachen finden lassen, bleibt das Ereignis oft unbegreiflich. Es war für die Teilnehmer entlastend, zusätzlich zu den Aussagen von professionell Unterstützenden die Sichtweisen der anderen Teilnehmer dazu zu hören und neue konstruktive Bedeutungszusammenhänge zu entwickeln.

In jeder neuen Lebensphase des Kindes – zum Beispiel beim Kindergarteneintritt, beim Schulbeginn oder bei Berufswegentscheidungen – werden die

Eltern in immer neuer Form mit der Entwicklungsbeeinträchtigung bzw. Erkrankung ihres Kindes konfrontiert. Die Erfahrungen der Eltern, die diesen jeweiligen Schritt schon erfolgreich hinter sich gebracht hatten, bildeten wertvolle Informationen für die anderen Eltern.

Zu den eher informativen Themen entstanden aus der Gruppe heraus auch politische Bestrebungen: So wurden Informationsveranstaltungen mit Verantwortlichen für Integrationsmaßnahmen und Lehrern von verschiedenen Schultypen organisiert und durchgeführt. Die Gruppe entwickelte außerdem einen Beurteilungsbogen zur Qualität der Betreuung einer Einrichtung, die sie auch anderen Eltern zu Verfügung stellte. Weiterhin konnten zum Beispiel zusätzliche integrative Schulplätze durch das Engagement der Gruppe geschaffen werden, und Familien unterstützten sich gegenseitig bei Behördengängen oder bei der Beantragung von Pflegegeld.

Über die formellen Treffen der Gruppen hinaus wurden je nach Jahreszeit Nachmittage wie Sommerfeste im Garten oder eine Adventsfeier mit allen Familien und den Kindern organisiert. Manche Eltern, insbesondere Mütter, trafen sich auch außerhalb der Gruppe und intensivierten den privaten persönlichen Kontakt.

7 Die halboffene, kontinuierliche Gruppe für Mütter

In der Zusammenarbeit mit den Familien der betreuten Kinder stellte sich für uns heraus, dass gerade Frauen einer extrem starken physisch-psychischen Belastung in ihrer Mehrfachrolle als Berufstätige, Ehefrau und Mutter (ja Co-Therapeutin) eines entwicklungsgefährdeten oder behinderten Kindes ausgesetzt sind (Goll 1994b; Jonas 1991; Tietze-Fritz 1993). Im Gegensatz zu den Vätern, deren Belastungen und Schwierigkeiten wir keineswegs schmälern wollen, hatten wir den Eindruck, dass die Mütter einen massiven bis völligen Verzicht auf eine „eigenständige“ Gestaltung ihres Lebens vornahmen. Eigene Bedürfnisse, Wünsche und Empfindungen wurden nicht mehr geäußert oder waren verloren gegangen. Zur Illustration sei das Zitat einer Mutter eines behinderten Kleinkindes angeführt: „Wenn es meiner Tochter gut geht, geht es mir auch gut. Wenn es ihr schlecht geht, geht es mir auch schlecht. Wie es mir selbst geht, weiß ich nicht mehr.“

Vielfach berichteten die Frauen über ähnliche Schwierigkeiten: Belastungen im Vollzug des Alltags bei einem besonderen Kind; Verlust von eigenen Möglichkeiten in der Lebensgestaltung; Abgestempeltwerden in der Öffentlichkeit – von Außenstehenden werden lineare Kausalzusammenhänge zwischen der Beeinträchtigung des Kindes und der Erziehung speziell durch die Mutter gezogen, Überforderungen durch das behinderte Kind, die auch in eine Beeinträchtigung des Selbstvertrauens münden können (Jonas 1991). Diese hier nur in

Ausschnitten wiedergegebenen, verschiedenen Belastungen überlagerten das ohnehin schon schwierige Verhältnis zu ihren Kindern.

Die Gruppe sollte eine Möglichkeit der Begegnung für Frauen in ähnlichen Lebenssituationen sein, um durch einen gegenseitigen Erfahrungs- und Problemaustausch auch eine Solidarisierung untereinander und somit auch eine Initiierung von Selbsthilfekräften zu ermöglichen. Diesen Prozess versuchten wir von unserer Seite aus zum einen durch eine systemisch-frauenorientierte Perspektive der thematischen Inhalte und zum anderen durch tanztherapeutische Angebote zu Bewegung und Entspannung zu unterstützen (Goll 1994b). Die Verknüpfung dieser beiden Herangehensweisen erwies sich als bereichernd für die Bearbeitung der spezifischen Problematik dieser Mütter: Die zum Teil körperschulenden Haltungs- und Bewegungsangebote erlebten die Frauen als Unterstützung und Verbesserung der im Umgang mit dem besonderen Kind erforderlichen Alltagsverrichtungen (z. B. in der Pflege, beim Heben und Tragen etc.). Durch das Kennenlernen von entlastenden Entspannungsangeboten war es den Frauen möglich, diese unmittelbar auch in ihrem anstrengenden Alltag anzuwenden und einzusetzen. Hier wurden beispielsweise Angebote wie Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Bartenieff Fundamentals, Phantasiereisen zu einem kraftspendenden Energieplatz, Atemmeditationen und strukturiertes und freies Bewegen auf Musik vorgestellt und angeleitet.

Die systemisch-frauenorientierte Sichtweise auf die Familie durch „gender-sensitive“ Leitfragen der Gruppenleiterinnen sowie u. a. durch den reflektierenden Einbezug der Mehrgenerationenperspektive auf die besondere Beeinträchtigung des Kindes, stärkte das Selbstbewusstsein der Frauen und führte zu einem offeneren Zu- und Umgang mit der Behinderung innerhalb der Familie (Ebbecke-Nohlen 1992; Rücker-Emden-Jonasch u. Ebbecke-Nohlen 1992). Die gemeinsamen Überlegungen zu den Möglichkeiten des verstärkten Einbezugs in die Erziehungsaufgaben und Alltagspflichten mit den betroffenen Kindern durch Lebenspartner und andere Bezugspersonen trugen zur psychischen und physischen Entlastung der Frauen bei.

8 Die Familienseminare

Um Geschwisterkinder, die oftmals außen vor bleiben, in den Angeboten für Familien mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und insbesondere Väter, die beruflich sehr eingespannt sind, noch besser zu erreichen, bieten wir seit neun Jahren Familienseminare am Wochenende in naturnahen Tagungshäusern an.

Für jeweils acht bis zehn Familien mit entwicklungsgefährdeten, behinderten und chronisch kranken Kindern und deren gesunde Geschwister bieten wir in bestimmten Abständen ein Seminar von Freitagnachmittag bis Sonntagnachmittag in einem familiengerechten Seminarhaus in naturnaher Umgebung

an. Diese Wochenenden ermöglichen das Kennenlernen der Familie in einem anderen Umfeld, das nicht durch die „künstliche“ Fördersituation des Sozialpädiatrischen Zentrums geprägt ist (Brambring 1997; Wanschura u. Katschnig 1986). Neben dem Austausch unter den Betroffenen – die Weisheit der Gruppe zu nutzen –, ist es das Ziel dieser Aktivitäten, die Familien in ihren emotionalen und erzieherischen Kompetenzen zu stärken.

Die Inhalte der familienbezogenen Runden sind auf die Möglichkeiten und Aktivitäten des entwicklungs auffälligen, behinderten und chronisch kranken Kindes und deren Geschwister ausgerichtet. Die Elternrunden sind von den Themen und Interessen der Eltern geprägt. Parallel dazu wurde eine Gruppe für alle Kinder angeboten. In den Elternrunden wurde in Form von themenzentrierten Gesprächsrunden und unterstützt durch Kurzreferate oder Filme gearbeitet. In der Elterngruppe bemühten wir uns auch um geschlechtsspezifische Sichtweisen. Diskutiert wurde etwa die Frage: Wie sieht die unterschiedliche Bewältigung der Beeinträchtigung ihres Kindes bei Müttern im Vergleich zu Vätern aus? Durch „gender-sensitive“ Leitfragen wurden Differenzen beleuchtet, ein besseres gegenseitiges Verständnis der Eltern untereinander erreicht und Möglichkeiten der gegenseitigen Entlastung erarbeitet.

In den Familienrunden gilt es, mit den beteiligten Familien Bewegungs- und Spielformen zu finden, die einen hohen Anteil an Selbstgestaltung für die Kinder eröffnen und selbstständig ausgeführte Bewegungen beinhalten (Goll-Kopka 2000; Klaes u. Walthes 1996). Das gemeinsame Bewegen und kreative Handeln von Kindern, Eltern und Mitarbeitern ermöglichte einen anderen, von wechselseitiger Akzeptanz getragenen Kontakt zwischen allen Teilnehmern der Familienwochenenden.

Familienrunde: An der Familienrunde nehmen alle Familienmitglieder, die beiden Leiterinnen des Seminars sowie die vier Kinderbetreuer teil. Die Inhalte der familienbezogenen Runden sind thematisch von den Möglichkeiten und Aktivitäten des entwicklungs auffälligen und behinderten Kindes und seiner Geschwister bestimmt. In den Familienrunden machen wir kreative Malangebote, führen einfache Tanz- und Bewegungsspiele durch und singen gemeinsam Lieder. Hier versuchen wir Formen zu finden, die einen hohen Anteil an Selbstgestaltung für die Kinder eröffnen (Goll 1994a). Das gemeinsame Bewegen und kreative Handeln von Kindern, Eltern und Mitarbeitern ermöglicht einen spielerischen Kontakt zwischen allen Teilnehmern der Familienwochenenden. Häufige Kommentare lauten: „Endlich fällt mein Kind einmal nicht auf!“ oder „Es ist hilfreich und interessant, auch einmal andere behinderte Kinder und ihre Möglichkeiten zu erleben.“ Nach Phasen der Beschämung, Angst und Isolation, die bei manchen teilnehmenden Familien schon über Jahre andauern, ist nun zur Abwechslung auch einmal ein unbefangenes Lachen miteinander möglich.

Elternrunde: Die Elternrunde ist von den Themen und Interessen der Eltern geprägt. In der Elterngruppe wird in Form von themenzentrierten Ge-

sprächsrunden und unterstützt durch Kurzreferate, Filme oder der Einladung von auswärtigen Experten als Referenten gearbeitet. So stellten zum Beispiel zwei Vertreterinnen der Selbsthilfeorganisation „Gemeinsam leben – gemeinsam lernen“ verschiedene Integrationsmaßnahmen für behinderte Kinder und Jugendliche vor. Besonders interessant für die teilnehmenden Eltern waren die Maßnahmen zur Integration von behinderten Kindern und Jugendlichen in ihrer Freizeit sowie unterstützte Arbeitsplätze für behinderte Jugendliche, die eine Alternative zur Werkstatt für Behinderte darstellen können. Hier eine Auswahl von zentralen Themen, die sich die Eltern wünschen:

- Unterschiedliche Bewältigungsprozesse von Vätern und Müttern.
- Konkrete pädagogisch-psychologische Hilfen bei Alltagssituationen mit dem behinderten Kind, wie z. B. aggressive Verhaltensweisen oder Sexualität bei behinderten älteren Kindern.
- Umgang mit Geschwisterkindern und nahen Verwandten wie Großeltern.
- Kränkungen und Selbstwertproblematik, ein behindertes Kind zu haben.
- Institutionelle Betreuung des Kindes in Sondereinrichtungen vs. integrativen Einrichtungen.
- Die Zukunft des behinderten Kindes: Wie wird eine Ablösung für die Eltern möglich? Kann ich es mir zugestehen, mein Kind auch institutionell beispielsweise in einem Heim unterzubringen?

Kindergruppe: Parallel zur Elternrunde findet die Kindergruppe statt. Manchmal sind die Kinderbetreuer die einzigen und ersten „fremden“ Personen, denen das entwicklungsauffällige Kind anvertraut wird, oder es nimmt zum ersten Mal an einer Gruppe teil. Diese neuen Erfahrungen in der Kinderbetreuung fließen als Rückmeldung und Thema wieder in die Elternrunde mit ein.

Geschwistergruppe: In der Gruppe wird den Geschwisterkindern die Möglichkeit geboten, ihre Gefühle und Einstellungen zu ihrem „besonderen“ Geschwister spielerisch, malend und in Gesprächen auszutauschen. Wir versuchen hiermit, einen Prozess der Verselbständigung zu unterstützen, der von der Rolle eines familienstabilisierenden Elements hin zu der eines eigenständigen Familienmitgliedes weist. Denn oft weisen Eltern den gesunden Kindern die Rolle des versorgenden Familienmitgliedes für das kranke Geschwister zu: „Katharina muss einmal für Sven sorgen, wenn wir nicht mehr da sind.“ Oder: „Wir überlegen, ob wir noch weitere Kinder bekommen, die sich auch um das behinderte Kind kümmern können.“ Der Schatten der Behinderung fällt auf die Geschwisterkinder. Sie fühlen sich unter einem enormen Leistungs- und Normalitätsdruck gegenüber ihren Eltern und der Umgebung. Sie fühlen sich in der Aufmerksamkeit und Zuwendung benachteiligt. Sie erleben es als entlastend und unterstützend, einmal andere Kinder in ihrem Alter zu erleben und kennen zu lernen, die auch „besondere“ Geschwister haben.

Diese drei letztgenannten Gruppenangebote finden dreimal über jeweils

ca. drei Stunden mit Pausen am Wochenende statt. Stellvertretend für die schriftlichen und mündlichen Bewertungen der Familien am Ende des Familienseminars, die als Rückmeldung auch die Grundlage für unsere weitere Arbeit bilden, mögen Zitate von Familienmitgliedern stehen.

Ein Vater: „Ich war ja sehr skeptisch, ob ich überhaupt kommen soll, und habe mich erst in allerletzter Minute entschieden. Ich bin froh, da gewesen zu sein. Insbesondere die Sichtweise der Väter und diese im Umgang mit ihren Kindern zu sehen hat mir geholfen. Aufgrund meiner beruflichen Verpflichtungen kenne ich keine anderen Väter behinderter Kinder. Dieser Rahmen ist eine gute Möglichkeit für beruflich eingespannte Väter.“ Das Ehepaar hatte seit der Geburt des behinderten Sohnes vor drei Jahren über die Behinderung kaum miteinander gesprochen. Der geschützte Rahmen der Gruppe erwies sich als angemessen für eine beginnende Kommunikation zwischen ihnen.

Die Mutter: „... Dieses Seminar gibt mir u. a. viel Kraft für meinen anstrengenden Alltag und ich freue mich das ganze Jahr darauf ...“

Ein Geschwisterkind (ältere Schwester): „... Ich möchte mich mit dem anderen Mädchen weiterhin treffen. Der geht es genauso wie mir ... Es war toll, mit der mal über unsere Brüder und Eltern zu reden ...“

9 Beschreibung einer Familientherapie

Abschließend möchte ich den Verlauf der Therapie mit Familie Berger (der Name ist fiktiv) darstellen. Moritz Berger wurde im Alter von knapp zwei Jahren aufgrund des Verdachtes auf affektinduzierte epileptische Anfälle sowie Entwicklungsrückständen in der Grob- und Feinmotorik als „diagnostischer Problemfall“ im SPZ vorgestellt.

Vorgeschichte: Moritz wurde in der 39. Schwangerschaftswoche aus Schädellage geboren. Im vierten Lebensmonat zeigte er bereits Phasen von Luftanhalten bis zu ca. einer Minute. Mit zehn Monaten, so berichteten die Eltern, seien erste „Krämpfe“ aufgetreten – Moritz habe plötzlich heftig geschrien, die Luft angehalten, sei blau angelaufen, Hände und Füße hätten sich versteift, er habe mit Armen und Beinen gezuckt und dann die Augen nach oben seitlich verdreht. Krämpfe dieser Art hätten etwa 3 Minuten gedauert. Diese „Anfälle“ (auch zeitweilig mit fokalen Symptomen wie Faustschluss) wiederholen sich seit dieser Zeit und haben an Häufigkeit und Dauer stetig zugenommen. Zum Zeitpunkt der Vorstellung im SPZ hatte Moritz ca. 3 dieser Anfälle von ca. 3 min bis 20 min. Dauer pro Tag. Der Junge war wegen dieser Zustände zur stationären Diagnostik und Behandlung bereits an acht verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen vorgestellt und behandelt worden. Diese Art von medical-shopping oder Therapietourismus, den wir oft erleben, zeigt deutlich die Suche der Eltern nach Hoffnung auf Behandlung und Hilfe.

Neuropädiatrische Diagnostik und Behandlungsempfehlung: Die neuropädiatrische Diagnostik bestätigte einen Verdacht auf affektinduzierte, epileptische Anfälle. Im überwiegend im Schlaf abgeleiteten EEG zeigten sich einzelne suspekten, jedoch keine sicheren Zeichen erhöhter cerebraler Anfallsbereitschaft. Eine Kernspintomographie ergab ei-

nen unauffälligen Befund. Eine antikonvulsive Therapie wurde eingeleitet; gleichzeitig wurde den Eltern empfohlen, eine Familientherapie zu beginnen.

Zur Therapie mit Familie Berger: Bereits bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme wurde Verzweiflung und Ratlosigkeit von Seiten der Eltern benannt: „Wir brauchen dringend jemanden!“, aber auch ihre Motivation und Bereitschaft für Familiengespräche kam deutlich zum Ausdruck. Es wurde ein erstes Familiengespräch mit der gesamten Familie für 90 Minuten vereinbart. Die Sitzungen fanden in einem großen Raum mit viel anregenden Materialien zur Bewegung für Moritz statt. In der ersten Explorationsphase erweiterten wir die elterliche Perspektive von der kindlichen Symptomatik auf die gesamte kindliche Persönlichkeit von Moritz, auf seine Fähigkeiten, auf die familiären Beziehungsmuster sowie auf die Dynamik des Paargefüges. Diese bestätigende Kommunikation, die alle gleichermaßen vielparteilich ansprach, ermöglichte dem Ehepaar Berger eine Distanzierung vom eigenen Verhalten und ein Sprechen über eigene Gedanken, Erziehungshaltungen, Gefühle und Wünsche. Einen weiteren Gesprächsfokus richteten wir auf Situationen ohne Beschwerden: Was läuft gut mit Moritz und in der Familie?

Es fanden über einen Zeitraum von ca. sieben Monaten fünf Sitzungen mit der gesamten Familie statt und mehrere kürzere Telefonberatungen. Die neuropädiatrische Diagnostik, Therapie und Empfehlung zur Familientherapie wurde von der leitenden Kinderärztin vorgenommen. Die Familientherapie wurde von mir durchgeführt, zwei Sitzungen hat als Co-Therapeutin eine Kollegin, Sozialarbeiterin mit Zusatzausbildung in Familientherapie, mitgeleitet.

Familiäre Dynamik und Hypothesen zu Familie Berger: Beide sind leitende Angestellte mit Studium und Zusatzqualifikationen des gleichen Unternehmens. Sie leben im eigenen großen Haus. Sie waren gewohnt, strukturiert und kontrolliert Anweisungen zu geben und einen klaren Arbeits- und Tagesablauf zu befolgen. Struktur, Vorgaben, Ehrgeiz in beruflicher und privater Situation sind für sie wichtige Werte und Ziele. Die Geburt ihres geplanten Sohnes Moritz und insbesondere seine Symptomatik brachte dieses bisherige mit klaren Zielvorgaben kontrollierte Zugehen auf die Welt völlig ins Wanken. Seine kindlichen Bedürfnisse und Wünsche, die flexibles, kreatives Um- und Einstellen auf ihn erforderten, die Planungen im Tages- und Alltagsablauf durcheinander brachten, überforderten die Eltern. Insbesondere sein „Eigensinn“, seine Kreativität und seine Symptomatik der unvorhersehbaren, plötzlichen, wie „aus heiterem Himmel“ entstandenen „Anfälle“ konfrontierten sie zum ersten Mal in ihrem Leben mit einer Situation der Kontroll- und Hilflosigkeit. Hinzu kamen eine massive Enttäuschung und Schamgefühle bei beiden Eltern über ihren einzigen Sohn und seine Entwicklungsrückstände und „Anfälle“. „*Er ist kein Renommierkind*“ – In dieser Aussage der Eltern kommt eine starke psychische Verletzung zum Ausdruck. „*Überall fällt man auf und muss Erklärungen abgeben. Niemand nimmt*

ihn uns mal ab.“ Ihre sozialen Beziehungen hatten sich deutlich eingeschränkt. Die Großmutter mütterlicherseits traute sich nicht mehr, Moritz zu betreuen, *„falls was bei den Anfällen passiert.“* Interessanterweise fand sich bei der Familienanamnese ein Bruder mütterlicherseits, der auch im *„Alter von zwei bis drei Jahren Luftanhalten praktizierte“*. Väterlicherseits bestanden nur lose Kontakte zur Herkunftsfamilie. Auf der Paarebene zeigte sich eine Konkurrenzsituation, die sich früher im beruflichen Streben auslebte und jetzt zusätzlich in einem Wettbewerb im besseren Umgang mit dem Sohn mündete.

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs hatten sich zwei Verhaltenszirkel aufgebaut, die sich wie negative Teufelskreise auswirkten. Die Handlungen von Moritz und die Verhaltensweisen seiner jeweiligen Elternteile bedingten und stimulierten sich gegenseitig, ja beschleunigten sich. Dieser Zirkelprozess bewirkte, dass Moritz in seinem Protest und der Suche nach autonomen Verhaltensweisen stecken blieb. Moritz' anfallsartige Phänomene und Verhaltensweisen lösten beim Vater große Unsicherheiten und Ängste aus, die zu einem äußeren und inneren Rückzug von Moritz führten und auch seine Bewegungsfreiheit einschränkten. Wenn der Vater sich mit ihm draußen bewegte, setzte er Moritz am liebsten in den Kinderwagen. Da hatte er das höchste Ausmaß an Kontrolle über ihn. Freie Bewegungen von Moritz erschienen ihm zu bedrohlich. Auch im Haus war es ihm nicht möglich, ein freies und ausgelassenes Toben zuzulassen. Moritz traute sich im Beisein des Vaters immer weniger zu und schränkte sich selbst immer mehr ein, sobald er den Vater in seinem Blickfeld hatte. Der motorische Entwicklungsrückstand von Moritz verschlimmerte sich dadurch. Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs konnte und wollte Herr Berger nicht mehr mit Moritz allein in der Betreuung sein. Bei der Mutter hatte sich, u. a. um diesen inneren und äußeren Rückzug ihres Mannes für Moritz auszugleichen, eine starke emotionale Verstrickung mit ihrem Sohn entwickelt. Sie überforderte sich in ihren psychischen und physischen Kräften in der Betreuung von Moritz und konnte dies zunächst kaum kommunizieren.

Beobachtungen und Interventionen: Diese gegenseitig sich bedingenden Verhaltensweisen zeigten sich auch deutlich im Therapieraum: Moritz hatte sich selbstständig mit den Materialien im Raum – großen Schaumstoffwürfeln und einem Kasten – einen Bewegungsparcours gebaut und zeigte uns Erwachsenen sichtlich stolz und souverän seine Kletterkünste. Herr Berger wollte im ersten Impuls sofort einschreiten und Moritz zurückhalten; der Junge reagierte unmittelbar, wurde unsicherer und fiel prompt bei Hürden hin, die er vorher souverän meisterte. Bereits der Blick und die Haltung des Vaters hatten also genügt, ihn zu verunsichern. Von diesen Szenen konnten wir auf Interaktionsmuster schließen, die nicht nur den motorischen Entwicklungsrückstand mitbedingten, sondern auch die Krämpfe mit auslösten. Es war den Eltern möglich, Zusammenhänge zu erkennen, wie sie durch rigide Vorgaben Moritz zunehmendes Bedürfnis nach einem größeren eigenen Radius selbstbestimmter, autonomer Verhaltensweisen

einschränkten. Moritz lehnte sich auf, verweigerte sich. Es zeigte sich das ein- und festgefahrene Verhaltensmuster, den Widerspruch von Moritz nicht wahrzunehmen oder nicht darauf zu reagieren. Nach gemeinsamen Herausarbeiten dieses Verhaltenszirkels und Überlegungen nach Veränderungen konnte Herr Berger schneller diese angstvollen Momente erkennen, sich entspannen und wieder unter Kontrolle bringen. Frau Berger konnte sich zunehmend von Moritz lösen.

Abschlussreflexion mit Hausaufgaben nach der ersten Sitzung: (1) In der Zusammenfassung zum Schluss der ersten Sitzung fokussierten wir die dargestellte innerfamiliären Dynamik: die Symptomatik von Moritz passe in die psychische Verletzlichkeit der Eltern und deren Ängste vor Kontrollverlust und zu ihren Schwächen in Bezug auf Flexibilität. (2) Wir befassten uns mit den Stärken von Moritz; es ging darum, ihn nicht nur als das „Anfallkind“ wahrzunehmen, sondern zum Beispiel auch seine musikalischen Vorlieben zu erkennen und zu fördern. (3) Wir überlegten attraktive gemeinsame Aktivitäten mit Bewegung, die Herr Berger selbst gern durchführte und die er sich mit seinem Sohn zutraute: etwa wöchentliches gemeinsames Schwimmen von Vater und Sohn oder der Erwerb einer gut gepolsterten Turnmatte für regelmäßige „Tobeeinheiten“ zu Hause. (4) Die Mutter ermunterten wir, eigene Aktivitäten unabhängig von Sohn und Vater finden. (5) Die Familie sollte Videoaufnahmen von Alltagsinteraktionen machen, um diese zu weiteren Therapiesitzungen mitzubringen

Weitere Themen und Therapieinhalte in den nächsten vier Sitzungen: (a) Durch die Blickveränderung auf die Stärken von Moritz und die geänderten Aktivitäten zwischen Eltern und Kind, traten die Affektkrämpfe in den Hintergrund. (b) Bei den von uns empfohlenen Videoaufnahmen von Eltern und Sohn bei Alltagsinteraktionen wurden wiederholt die beschriebenen Interaktionsmuster deutlich. (c) Wir konnten während der Therapiesitzungen konkrete Situationsanalysen von den Anfallssituationen durchführen: In der zweiten Sitzung zeigte Moritz direkt einen Anfall, nachdem der Vater ihm die Jacke anziehen wollte. (d) Wir analysierten in den Therapiesitzungen wiederkehrende Situationen nach dem Muster: Wer macht was, wie und welche Einstellungen werden wie sichtbar? (e) Gemeinsame Suche nach Entlastungsmöglichkeiten der Eltern, indem wir nach sozialen und personalen Ressourcen fragten. Die Wiederaufnahme von Paaraktivitäten konnte dadurch erleichtert werden, dass die Eltern die Nichte von Herrn Berger, die als Kinderkrankenschwester neu in ihren Ort gezogen war, als Babysitter gewinnen konnten. (f) Genaue, systematische Beobachtungen von Moritz unter antikonvulsiver medikamentöser Therapie und wie er ohne Medikamente zurechtkam. Die Medikamente konnten schließlich nach der zweiten Sitzung abgesetzt werden. (g) Berufliche Veränderungen lösten eine erneute Instabilität und Unsicherheit im familiären Gefüge aus. Herr Berger machte sich als Unternehmensberater selbstständig, und Frau Berger kehrte nach Beendigung ihres Erziehungsurlaubs als Teilzeitkraft in ihre alte Abteilung zurück.

Durch ihre Teilzeittätigkeit war sie ihr vormals untergebenen Mitarbeitern gleichgestellt und verlor einen wichtigen Funktionsbereich.

Bilanz zum Abschluss der Familientherapie von Familie Berger: (1) Moritz zeigt seit Monaten auch ohne Medikamente keinen affektinduzierten epileptischen Anfall mehr. (2) Moritz besucht einen normalen Kindergarten – was sehr lange in Frage stand und von dem entsprechenden Kindergarten erst abgelehnt wurde. (3) Durch zunehmendes aktives Handeln und das Sammeln von eigenen sensumotorischen Erfahrungen hat Moritz Sicherheit im Umgang mit seinem eigenen Körper gewonnen und damit auch Selbstsicherheit im eigenen Verhalten. Er zeigt eine deutliche Stabilisierung seiner Motorik. Er hat somit seine motorischen Entwicklungsrückstände aufgeholt und bewegt sich wesentlich sicherer. Diese größere sensumotorische Sicherheit hat ihm auch zu mehr Selbstbewusstsein verholfen. Er fühlt sich sozial sicherer im Umgang mit Gleichaltrigen. So war es auch möglich, dass die Familie gemeinsam mit einem befreundeten Ehepaar mit einem gleichaltrigen Mädchen in Urlaub fuhr, was sie sich vorher nicht zugetraut hatte. (4) Herr Berger wirkt viel gelassener und sicherer im Umgang mit Moritz. Er kann auf ihn flexibler, unbeschwerter zugehen. Vater und Sohn finden gemeinsame freudvolle Aktivitäten, die beiden Spaß machen, auch in der Bewegung. Der Vater übernimmt Teile des Tagesablaufs mit Moritz selbstständig, was ihm seine freiberufliche Zeiteinteilung ermöglicht. (5) Frau Berger hat sich in ihrer Teilzeittätigkeit gut arrangiert und kann die Grenzen der eigenen Belastbarkeit akzeptieren. Sie erlebt es nicht mehr so stark kränkend, vorübergehend nicht mehr in leitender Funktion zu sein. Sie hat sich dafür andere Aufgabenbereiche und Bestätigungen außerhalb des Arbeitsfelds gesucht. (6) Die Paarebene konnte gestärkt werden. Das Ehepaar traut sich zunehmend eigenen, von Moritz unabhängigen Aktivitäten nachzugehen.

10 Fazit

Zusammenfassend möchte ich betonen, dass die Qualität der Beziehungen, in der ein entwicklungsauffälliges Kind eingebunden ist und in denen es interagiert, seinen Entwicklungsverlauf und die Effizienz der frühtherapeutischen Bemühungen bestimmen. Deshalb muss sich (Früh-)Therapie von Kindern auch um die nahen Bezugspersonen und das Netzwerksystem um das Kind herum bemühen. Um Kinder angemessen in einer Familientherapie zu beteiligen, sollten kreative, erlebniszentrierte oder handlungsorientierte Interventionen einbezogen werden.

Das soziale und psychische Wohlergehen der Bezugspersonen und die Qualität der Zusammenarbeit des Netzwerksystems sind wesentliche und wichtige unterstützende Faktoren für das Kind. Familienbezogene systemisch orientierte Arbeit in ihren hier unterschiedlich dargestellten Ansätzen thematisiert die

Qualität der Beziehungen und des Netzwerksystems und kann sie dadurch ressourcenorientiert positiv beeinflussen.

Literatur

- Achilles, I. (2002): ...und um mich kümmert sich keiner! Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder. München: Reinhardt.
- Beck, I. (2003): Die Lebenslagen behinderter Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien in Deutschland als Thema des 11. Kinder- und Jugendberichts. *Gemeinsam Leben* 1: 4–11.
- Bode, H. (2002): Die Bedeutung der Eltern für eine erfolgreiche Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär* 21: 88–95.
- Brambring, M. (1997): Bewertung und Gestaltung von Elternwochenenden in der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär* 16: 49–65.
- Cierpka, M., Krebeck, S., Retzlaff, R. (2001): *Arzt, Patient und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Coles, D. (2003): Behinderung fordert heraus: Lösungsfokussiert mit Familien arbeiten. *Systema* 17: 6–19.
- Dreyer, P. (1991): *Ungeliebtes Wunschkind*. Frankfurt: Fischer.
- Ebbecke-Nohlen, A. (1992): Die Geschlechterperspektive in der systemischen Familientherapie. In: Rücker-Emden-Jonasch, I.; Ebbecke-Nohlen, A. (Hg.): *Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen*. Heidelberg: Carl-Auer, S. 152–187.
- Engelbert, A. (1999): *Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder*. Weinheim: Juventa.
- Goll, A. (1994a): *Tanz- und Bewegungstherapie in Gruppen für Kinder mit psychischen Störungen*. Kongreßbegleitband des 1. Internationalen Tanztherapiekongress in Berlin. Nervenlinik Spandau, S. 75–78.
- Goll, A. (1994b): *Das Angebot einer Müttergruppe – ein Erfahrungsbericht aus der Praxis*. In: *Jahresbericht des Sozialpädiatrischen Zentrums Frankfurt*, S. 21–24.
- Goll-Kopka, A. (1997): *Familiäre Gewalt gegen Kinder – (k)ein Thema für die Frühförderung?! Frühförderung interdisziplinär* 16: 75–81.
- Goll-Kopka, A. (2000): *Tanz- und bewegte Systeme: Ein Werkstattbericht zur Integration der Tanz- und Bewegungstherapie und der Familientherapie*. *Zeitschrift für Tanztherapie* 3: 8–13.
- Hackenberg (1987) *Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder*. Heidelberg: Edition Schindele.
- Hahn, K.; Müller, F. (Hg.) (1995): *Systemische Erziehungs- und Familienberatung. Wege zur Förderung autonomer Lebensgestaltung*. Mainz: Grünewald.
- Harvey, S. (1990): *Dynamic Play Therapy: An integrative expressive arts approach to the family therapy of young children*. *The Arts in Psychotherapy* 17: 239–246.
- Hinze, D. (1991): *Väter und Mütter behinderter Kinder*. Heidelberg: Edition Schindele.
- Jonas, M. (1991): *Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder*. Mainz: Grünewald.
- Karch, D.; Michaelis, R.; Rennen-Althoff, B.; Schlack, H.G. (Hg.) (1989): *Normale und gestörte Entwicklung*. Heidelberg: Springer.
- Kilian, H. (1989): *Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -therapie aus systemischer Sicht*. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38: 277–282.

- Kinzinger, W. (1995): Vorsicht Familientherapie?! Möglichkeiten und Grenzen familien-therapeutischer Interventionen in psychomotorischen Arbeitsfeldern. In: Kiphard, E.J.; Olbrich, I. (Hg.): Psychomotorik und Familie: Psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik. Dortmund: modernes lernen, S. 149–166.
- Klaes, R.; Walthes, R. (1996) Bewegungsorientierte Frühförderung – das Tübingen Konzept. In: Janssen, E.; Lüpke, H. v. (Hg.): Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit. Entwicklungsförderung im Dialog. Frankfurt: Paritätisches Bildungswerk, S. 113–130.
- Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Klitzing, K. v. (Hg.) (1998): Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krause, M.P. (1986): Entwicklungsförderung behinderter Kinder: Ein familienzentriertes Konzept. Sozialpädiatrie 1: 39–42.
- Laucht, M.; Schmidt, M.; Esser, G. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Frühförderung interdisziplinär 19: 97–108.
- Lehmkuhl, G. (Hg.) (1996): Chronisch kranke Kinder. München: Quintessenz.
- Lüpke, H. v.; Voss, R. (Hg.) (1994): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Meeth, G. (1995): Von E. J. Kiphard bis Virginia Satir: Die in der Praxis erfahrenen Berührungspunkte zwischen zwei Therapieformen. In: Kiphard, E.J.; Olbrich, I. (Hg.): Psychomotorik und Familie. Psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik. Dortmund: modernes lernen, S. 29–44.
- Miller, N.B. (1997): Mein Kind ist fast ganz normal. Leben mit einem behinderten oder verhaltensauffälligen Kind: Wie Familien gemeinsam den Alltag meistern lernen. Stuttgart: Thieme.
- Oerter, R.; Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.) (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Reich, G.; Massing, A.; Cierpka, M. (1996): Die Mehrgenerationenperspektive und das Genogramm. In: Cierpka, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer, S. 223–258.
- Rotthaus, W. (2003): Welchen Platz haben Kinder in der Systemischen Familientherapie? Eine kritische Bestandsaufnahme. Kontext 34: 225–236.
- Rücker-Emden-Jonasch, I.; Ebbecke-Nohlen, A. (1992): Balanceakte. Familientherapie und Geschlechterrollen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Schlack, H.G. (1992): Elternarbeit und psychotherapeutische Aufgaben in Sozialpädiatrischen Zentren. Sozialpädiatrie 14: 47–51.
- Schlack, H.G. (1993): Sozialpädiatrische Zentren: Aufgaben und Perspektiven. TW Pädiatrie 6: 224–230.
- Simon, F. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Schlippe, A. v.; Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v. (2003): Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. Systema 17: 20–39.
- Schmidtchen, S. (1996): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim: Beltz.
- Schubert, M. Th. (1987): System Familie und Geistige Behinderung. Wien: Springer.

- Speck, O.; Peterander, F. (1994): Elternbildung, Autonomie & Kooperation in der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär* 13: 108–120.
- Tietze-Fritz, P. (1993): Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation. Dortmund: Borgmann.
- Walthes, R. (1991): Bewegung als Gestaltungsprinzip. Grundzüge einer bewegungsorientierten Frühpädagogik mit Familien. In: Trost, R.; Walthes, R. (Hg.): *Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder*. Frankfurt: Campus, S. 35–53.
- Walthes, R.; Cachay, K.; Gabler, H.; Klaes, R. (1994): *Gehen, Gehen, Schritt für Schritt ... Zur Situation von Familien mit blinden, mehrfachbehinderten oder sehbehinderten Kindern*. Frankfurt: Campus.
- Wanschura, E.; Katschnig, H. (1986): *Familientherapie in den Ferien. Ein Modell*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, H. (2002): Was wirkt in der Frühförderung? – Eine Analyse aus einem pädagogischen Blickwinkel. *Frühförderung interdisziplinär* 21: 74–87.
- Wood, A. (1986): King Tiger and the Roaring Tummies. *Dulwich Centre Review*, S. 41–48.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Andrea Goll-Kopka; Am Zapfenberg 26, 69121 Heidelberg; E-Mail: Andrea.Goll-Kopka@t-online.de