

Brönneke, Michael

Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 6, S. 220-226



Quellenangabe/ Reference:

Brönneke, Michael: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 6, S. 220-226 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8212 - DOI: 10.25656/01:821

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8212>

<https://doi.org/10.25656/01:821>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz
Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

37. Jahrgang / 1988

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

increases the risks of both autistic and hyperactive disorders.

Literatur

Bach, O. (1980): Über die Bedeutung familiärer Beziehungsstörungen für die Entstehung psychopathologischer Syndrome. In: Bach, O. & Scholz, M. (Hrsg.): Familientherapie und Familienforschung. Leipzig: Hirscl, S. 16–23. – Hebborn-Brass, U. & Rickert, W. (1987): Vergleichende Klientelbeschreibung eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimes für verhaltensauffällige Kinder. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 15, 43–56. – Jungjohann, E. E. & Beck, S. (1984): Katamnestiche Ergebnisse von Patienten eines kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34, 148–154. – Jungmann, J., Göbel, D. & Remschmidt, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels.

Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 56–75. – Klicpera, C. & Heyse, I. (1981): Der Einfluß einer leichten zerebralen Dysfunktion auf die Ausprägung und die langfristige Entwicklung von Verhaltensstörungen bei Kindern. Acta paedopsychiatrica, 47, 9–18. – Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Klicpera, C. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – Steinhausen, H. C. (1984) (Hrsg.): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie. Stuttgart: Kohlhammer. – Voll, R., Allehoff, W. H., Esser, G., Poustka, F. & Schmidt, M. H. (1982): Widrige familiäre und soziale Bedingungen und psychiatrische Auffälligkeit bei Achtjährigen. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 10, 100–109.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Antje Holländer, Dr. Ursula Hebborn-Brass, Forschungsabteilung, Kinderdorf „Die gute Hand“, Jahnstr. 31, 5067 Kürten-Biesfeld.

Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten

Von Michael Brönneke

Zusammenfassung

Familientherapie in der Heimerziehung sollte sich nicht allein mit der Familie des Heimkindes befassen. Der Aufsatz thematisiert das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen Heim, Familie, Heimkind, Jugendamt und anderen, an der Heimunterbringung beteiligten Personen. Im ersten Teil wird der Einfluß dieser Beziehungen auf die Probleme untersucht, wegen derer es zu einer Heimunterbringung kam. Der zweite Teil zeigt dieser Sichtweise entsprechende Konsequenzen und Schritte für die Praxis des Familientherapeuten in der Heimerziehung auf.

1 Einleitung

In der Heimerziehung hat es sich heute weitgehend durchgesetzt, auch die Familie des Heimkindes zu beachten. Mehr oder weniger intensive Elternarbeit gehört in den meisten Heimen zum festen Bestandteil der Arbeit. In einigen Heimen sind bereits Familientherapeuten tätig, die begleitend zur Heimerziehung mit dem Heimkind und seiner Familie therapeutisch arbeiten. Erfahrungen zeigen, daß die Einbeziehung der Familie die Symptomatik des Kindes verstehbarer machen kann, sich schneller und stabiler Erfolge einstellen können und die Chancen auf Rückführung des Kindes nach Hause wachsen.

Nach meinen Erfahrungen ist jedoch eine Sichtweise des Familientherapeuten im Heim, die sich nur mit der Familie des Heimkindes befaßt, zu eng. Das Heim selbst und andere, an der Heimunterbringung beteiligte Systeme (wie das Jugendamt) müssen in die Betrachtung mit einbezogen werden.

2 Identifizierter Patient – Familie – Heim: Ein bedeutungsvolles System für alle Beteiligten

Meine grundlegende Hypothese ist, daß Familie, Heimkind (IP: identifizierter Patient bzw. Symptomträger) und Heim bei der Heimunterbringung in eine Beziehung treten, die großen Einfluß auf den weiteren Verlauf der Probleme haben kann, wegen derer es zu einer Heimunterbringung kam. Diese Grundhypothese basiert auf einigen in den folgenden Kapiteln dargestellten Aspekten, die jeweils nur einen Teilausschnitt aus dem Gesamtgeschehen darstellen und dabei auch jeweils nur einer möglichen Betrachtungsweise zugeführt werden.

Ich stütze mich bei der Darstellung auf veröffentlichte, zum Teil auch unveröffentlichte Erfahrungsberichte von Familientherapeuten, die in stationären Arbeitsbereichen (Heim oder Jugendpsychiatrie) tätig sind, auf Forschungsberichte, auf allgemeine familientherapeutische Konzepte und auf eigene Erfahrungen, die ich in jeweils dreijähriger Mitarbeit zunächst als Erzieher im Gruppen-

dienst, später als Familientherapeut im gruppenübergreifenden Dienst in mehreren Heimen gesammelt habe¹.

2.1 Gefahren bei komplementärer Beziehungsstruktur zwischen Heim und Familie: Gegenseitige Stabilisierung pathologischer Aspekte

J. Schweitzer (1984) untersuchte die Regeln einer Jugendpsychiatrie und die Regeln von Familien, deren Kind dort eingewiesen wird. Er kommt zu folgendem Schluß: Beide Systeme gehen häufig bei der Einweisung des Kindes ein komplementäres Verhältnis zueinander ein. Dabei fördert die Aufrechterhaltung der Homöostase des einen Systems die Homöostase des anderen. Anders ausgedrückt: Beide Systeme stabilisieren sich gerade in ihren pathologischen Aspekten.

Folgendes Beispiel läßt sich auf den Heimbereich übertragen: Die Familie hat die Regel: Wir klären unsere Beziehung nicht, weil das zu schmerzhaft wäre. Das Heim hat die Regel: Alle Heimplätze müssen belegt sein. Diese Regel hat in einer Zeit, in der viele Heime wegen Unterbelegung von Schließung bedroht sind, existenzielle Bedeutung. Beide Regeln ergänzen sich: Nicht-Definition von Beziehungen in der Familie macht wahrscheinlicher, daß Heimplätze belegt bleiben, weil es zu keiner Rückführung des Kindes nach Hause kommen kann. Das Kind als Symptomträger hat dabei für beide Systeme funktionelle Bedeutung. Der Systemtherapeut hat hier u. U. gegen zweifachen Widerstand (morphostatische Kräfte) anzukämpfen.

2.2 Gefahren bei symmetrischer Beziehungsstruktur zwischen Heim und Familie: Machtkampf (symmetrische Eskalation) und Loyalitätskonflikt

Bei der Heimeinweisung haben die Eltern in der Regel schwere Schuld- und Versagensgefühle. Kommt das Kind im Heim gut zurecht, können vor allem die Erzieher gut mit ihm umgehen, so sehen die Eltern dadurch ihre elterliche Kompetenz in Frage gestellt (vgl. Rotthaus, 1984). Die Folge daraus kann eine offene oder verdeckte Rivalität der Eltern mit den Erziehern sein („Wer ist der bessere Erzieher“).

Das Kind hat starke Loyalitätsbande zu seiner Familie. Diese Loyalitätsbande entstehen früh aus der existenziellen entwicklungsbedingten Abhängigkeit des Kindes zu seinen Eltern (z. B. in seinem Selbstwertgefühl). Mit der Heimunterbringung bricht das Loyalitätsband nicht ab. Gleichzeitig wird das Kind jetzt für die Homöostase der

Familie u. U. noch wichtiger. Würde es im Heim besser zurechtkommen, so wäre das Verrat an der Familie. Behielte das Kind aber sein Problemverhalten bei oder würde es dies sogar verstärken, so wäre bewiesen, daß die Eltern nicht schuld an seinen Problemen sein können und die Erzieher keine besseren Eltern sind².

Die Eltern steigen häufig auch selbst aktiv in einen Machtkampf mit den Erziehern ein³. Bei dieser Dynamik werden die Eltern von den Erziehern als ständige Störenfriede erlebt: Jeder Kontakt mit Kind oder Heim wird von den Eltern dazu genutzt, Fehler oder Nachlässigkeiten in der Erziehung ausfindig zu machen, die Eltern drohen mit Beschwerden beim Jugendamt, sie verkünden dem Kind, daß sie es bald nach Hause holen würden, ohne das wahr zu machen. Sie verunsichern damit das Kind und verhindern, daß es sich auf den Heimalltag einlassen kann.

Bei fehlender Familientherapie ist als alternativer Verlauf auch der völlige Rückzug der Eltern denkbar (vgl. Bayer, 1983 und Rotthaus, 1984). Auch bei diesen Kindern kann der Loyalitätsdruck sehr hoch sein. Nach eigenen Einschätzungen kommt es in dieser Gruppe von Kindern häufig zu Entweichungen, d. h. die Kinder flüchten aus dem Heim, meist in die Nähe der Familie. Beide Verläufe – Machtkampf mit Störungen durch die Eltern oder Rückzug der Familie – führen zu einer Double-Bind-Situation für das Kind: Es steht vor der paradoxen Handlungsaufforderung: „Bessere dich, ohne uns bloßzustellen“ bzw. „Bessere dich, ohne dich zu verändern“. Das alternative Beziehungsangebot des Heimes kann das Kind so nicht im Sinne seiner eigenen Entwicklung nutzen.

2.3 Übertragungskonflikte oder Gefahren für das Kind, sich im Heim zu verstricken

Psychoanalytisch orientierte familientherapeutische Autoren (Klüwer et al., 1983, S. 79–81) beschäftigen sich mit der individuellen Persönlichkeitsstruktur des IP als Niederschlag vergangener und gegenwärtiger Beziehungserfahrungen. Diese Persönlichkeitsstruktur begrenzt seinen Erlebnis- und Verhaltensspielraum. So kann der IP nicht anders, als seine innere Familie, seine familiäre Transaktionsgestalt, auf den Kontext der Institution zu übertragen (Familienübertragungskonflikt): Er nimmt bedeutende Personen in der Institution nach dem inneren Muster seiner „Beziehungsbedürfnisschablone“ (Boszormenyi-Nagy, 1975 nach Klüwer et al., 1983) als Niederschlag seiner Beziehungserfahrungen wahr. U. U. gelingt es dem IP, z. B. spezielle Dreieckssituationen zu

¹ Wesentliche Erfahrungen als Familientherapeut im Heim habe ich im Kinderhaus Bad Essen e. V. gesammelt. In fruchtbare Auseinandersetzungen waren insbesondere der Leiter der Einrichtung, Hartmut Ellmer, und die Mitarbeiter im Gruppendienst Nora Eisenbarth, Ulrike Ellmer und Inka Wendt mit an der Entwicklung des Konzepts für die familientherapeutische Arbeit im Kleinstheim beteiligt (Brönneke 1988). Wenn ich im folgenden von „wir“ oder „uns“ spreche, meine ich damit das Team des Kindshauses Bad Essen.

² Vgl. Familien-Loyalitätsdynamik (Boszormenyi-Nagy 1976); Familien-Projektionsprozeß (Bowen 1978); Delegation und Mehr-Generationenperspektive (Stierlin 1977). Diese Konzepte verdeutlichen den Familien-Loyalitätsbegriff bzw. bauen auf ihm auf.

³ Auch die umgekehrte Dynamik kann wirksam werden: Erzieher werden bei der Begegnung mit den Eltern mit eigenen Unzulänglichkeiten und vor allem mit der Tatsache, daß sie für das Kind kein wirklicher Elternersatz sind, konfrontiert.

konstellieren und die Mitarbeiter bewußt oder unbewußt zu bestimmtem Verhalten zu provozieren, so daß sich in der Einrichtung beispielsweise eine der Familiensituation entsprechende Triangulation zwischen zwei Mitarbeitern und dem IP entwickelt (*Klüwer et al.*, 1983).

Diese psychoanalytische Sicht ist eine Betrachtungsweise. Sie interpretiert das Geschehen so, daß der Ursprung der Dynamik beim Klienten liegt. Doch auch die umgekehrte Betrachtungsweise ist möglich: Verdeckte oder offene Mitarbeiterkonflikte verursachen das Geschehen. Eine zirkuläre Sichtweise würde ein Ineinanderfließen und eine dabei stattfindende gegenseitige Verstärkung beider Faktoren annehmen.

Den letztgenannten Faktor – Einfluß von Mitarbeiterkonflikten – möchte ich im folgenden näher beschreiben: *Stanton* und *Schwarz* (1954, dargestellt nach *Klüwer et al.* 1983, S. 71–75) beschäftigen sich in einer grundlegenden Untersuchung mit dem Einfluß triadischer Mechanismen auf Konflikte in größeren sozialen Institutionen (speziell: Mental Hospital). Sie stellten fest, daß Verschlechterungen des symptomatischen Verhaltens eines Klienten in Wechselwirkung steht mit unterschwelligen Spannungen des Personals (speziell beschriebene Dynamik: „Das Problem des besonderen Falls“: Behandlung eines Patienten als Sonderperson durch eine behandelnde Autoritätsperson bei bestehenden Autoritätskonflikten. Der Patient dient dabei mit seiner Symptomatik als Mittler, Blitzableiter, Opfer oder Sündenbock.).

Soll eine solche, als *Stanton/Schwartz*-Phänomen bekannt gewordene Dynamik im Heim vermieden werden, so ist es zunächst einmal wichtig, das System „Heim“ einer genauen Systemanalyse zu unterziehen. Dies kann detailliert nur im Einzelfall geschehen. Doch auch schon bei einer allgemeineren, nicht am Einzelfall orientierten Betrachtung wird deutlich, daß es sich beim System „Heim“ in der Regel um ein sehr komplexes mit zahlreichen Subsystemen handelt.

Da die meisten Heime heute hochspezialisiert sind, bestehen neben dem Erziehungssystem (Erzieher und Kinder), dem Leitungssystem (Heimleitung), dem Hauswirtschaftssystem (hauswirtschaftliches Personal) auch meist einige Spezialdienste als Subsysteme (Kinderpsychotherapeuten, Familientherapeuten, Ärzte, Beschäftigungstherapeuten, Bewegungstherapeuten u. a.). In vielen Heimen bestehen keine klaren Grenzen zwischen den Subsystemen. Unklare Aufgabenbeschreibung, Entscheidungskompetenz, Regeln des Kommunikationsablaufs und Zielsetzung führen häufig zu latenten oder offenen Konflikten (vgl. *Tatzer/Schubert* 1986). Verstärkt wird dies häufig noch durch das Gefühl der Mitglieder einzelner Subsysteme, weniger wertgeschätzt bzw. benachteiligt zu sein (Beispiel: Schichtdienst bei gleichzeitig schlechterer Bezahlung der Erzieher im Vergleich zu Psychologen in Spezialdiensten). Bedenkt man nun, daß sich die Beziehung der Subsysteme über das Kind definiert, dann wird deutlich, wie groß die Gefahr für das Kind ist, „zwischen die Fronten zu geraten“ bzw. sich in einer ähnlichen, häufig sogar verfahreneren Situation als zu Hause wiederzufinden.

Das Ganze wird noch komplexer, bezieht man die Außenbeziehungen des Heims mit ein. Auch hier gibt es zahlreiche Unklarheiten und Konfliktmöglichkeiten: Heimaufsicht, Gesundheitsamt, aber auch die belegende Behörde (meist Jugendamt) üben Kontrolle auf das Heim aus. Gerade in Zeiten zunehmenden Belegungsrückgangs ist die existenzielle Abhängigkeit des Heimes von der belegenden Behörde groß. Bei bedrohlichen Konflikten des Kindes im Heim mag nun das Heim versuchen, diese gegenüber den Behörden zu verdecken. Denn – so die mögliche Sicht des Heims – „bekommt das Jugendamt viele unserer Schwierigkeiten mit, so hält es uns für unkompetent und belegt uns nicht mehr“. Werden die Probleme des Kindes hingegen zu klein, so mag das auch bedrohlich sein: Bei Rückführung des Kindes nach Hause ist es fraglich, ob der Heimplatz neu belegt werden kann. Denkbar ist auch, daß sich die Eltern, um sich von eigenen Schuldgefühlen zu befreien, das Heim belasten, indem sie sich beim Jugendamt über dieses und jenes beschweren, was das Heim falsch macht.

Diese Andeutungen lassen sich fortsetzen, machen aber auch so schon klar, welche Gefahren für Kind und Familie bestehen, sich als Subsystem im größeren System „Familie – Heim – sonstige Beteiligte“ zu verstricken und noch weniger Chancen zur Beziehungsklärung innerhalb der Familie zu bekommen.

2.4 Die verbleibende Familie

Wird das im Heim untergebrachte Kind als IP und sein Symptom als Ausdruck der familiären Beziehungen betrachtet, so scheint es mir konsequent, die verbleibende Familie auch weiterhin mit im Auge zu behalten. Die Herausnahme des IP aus der Familie bzw. seine größere Distanz bedroht die bestehende Homöostase und läßt sie – soweit sie durch das Verhalten des IP gestützt wurde – zusammenbrechen (so *Haley*, in *Satir* 1964, u. a.). Ein solcher Zusammenbruch kann – positiv betrachtet – als Verstärkung des Systems angesehen werden: Die Familie wird zur Neuorganisation der Beziehungen gezwungen. Ohne Unterstützung von außen aber – so meine Erfahrungen – konstellieren sich ähnliche Muster schnell wieder. Oft gerät ein anderes Kind als IP in den Mittelpunkt, vielleicht steht bald eine zweite Heimeinweisung an.

2.5 Das Heim kann die Familie nicht ersetzen

Minuchin/Fishman (1981) betonen sehr die positiven Aspekte und Stärken von Familien. Diese werden zum Zeitpunkt der Heimeinweisung häufig unterschätzt. Gleichzeitig werden die Grenzen des Beziehungsangebotes „Heim“ leicht übersehen. Ich möchte hier nur einen Punkt herausgreifen: Die Professionalität des Beziehungsangebotes im Heim⁴. Ein wesentlicher Unterschied

⁴ Die Beziehung des Erziehers zum Kind ist immer eine berufliche, auch in Kleinstheimen, in denen familienähnlich zu leben versucht wird. Eine Professionalisierung der Beziehungen in solchen Einrichtungen nimmt nach meiner Einschätzung wieder zu. So wird in vielen Kleinstheimen wieder Schichtdienst für die Erzieher im Gruppendienst eingeführt.

zeigt sich hier zum Beispiel in der Kontinuität der Beziehungen. Die professionelle Beziehung des Erziehers zum Jugendlichen endet in der Regel mit dem Abschluß der Heimunterbringung, meist wenn der Jugendliche sein 18. Lebensjahr vollendet hat. In einigen Fällen kommt es zu einer Nachbetreuung, die aber auch irgendwann endet. Viele Jugendliche ziehen nach Beendigung der Heimunterbringung wieder ins Elternhaus oder in die Nähe der Familie zurück, selbst dann, wenn die Kontakte zwischenzeitlich fast abgebrochen schienen. Krasser ausgedrückt: 20 Jahre nach der Heimunterbringung wird kaum ein Heimkind noch Kontakte zu ehemaligen Erziehern pflegen, in der Regel aber – obwohl nicht zu Hause aufgewachsen – zu Eltern und Geschwistern. Die Familie bietet dem Kind etwas, das das Heim nicht vollständig ersetzen kann. Was das sein mag, kann ich hier nur vage vermuten: Identität, das Bewußtsein, eingebunden zu sein, evtl. Sinnggebung im Sinne von *Stierlins* „Delegation“ (*Stierlin* 1977), Unterstützung und Stärke im Sinne von *Minuchin* und *Fishman* (1981), Liebe.

Konsequenzen für die Praxis des Familientherapeuten in der Heimerziehung

3.1 Einzelfallorientierung

Einzelfallorientierung, wie insbesondere *Minuchin*/*Fishman* (1981) und *Haley* (1976) sie fordern, gilt besonders für die Arbeit des Familientherapeuten im Heim: Jedes Heim hat seine eigene Struktur, in jedem Heim wird der Familientherapeut andere Handlungsbedingungen haben. So kann in einem Heim schon intensiv mit Familien gearbeitet und Interesse an der Mitarbeit eines Familientherapeuten entstanden sein. Ist der Heimleiter dafür, so wird der Einstieg ganz anders aussehen, als wenn er gegen die Einstellung eines Familientherapeuten ist und ihr nur aus politischen Gründen zustimmt („Weil das Heim sonst weniger belegt wird“), er dabei aber fest entschlossen ist, sich von „diesem Therapeuten“ nicht verwirren zu lassen.

Es gibt kaum Erfahrungsberichte, Modelle oder Konzepte für familientherapeutische Arbeit im Heimkontext, und wenn, so ist ein Transfer oft nicht möglich. Als ich vor vier Jahren meine Arbeit im Kinderhaus Bad Essen begann, konnte ich kein Konzept finden, das sich annähernd auf die Praxis in einer kleinen Einrichtung mit einem nur nebenamtlich tätigen Familientherapeuten (15 Std./Woche) übertragen ließ. Nach meinen Erfahrungen erfordert die Arbeit vor allem in der Anfangsphase – ich möchte bewußt auch bei der Kontaktaufnahme mit dem Heim von „Joining“ sprechen – sehr viel Kreativität, Spontanität (im Sinne *Minuchins*) und Beweglichkeit, kurz den Einsatz der eigenen Person auf der ganzen Bandbreite. Um beispielsweise die erforderlichen Arbeitsbedingungen zu schaffen (Räume, Stundenzahl, Fahrtkostenerstattung für Familienangehörige, Gelder für Nachbetreuung), kommt der Familientherapeut u. U. nicht um harte Verhandlungen herum, kann es weiterhin

fen, den Heimleiter bei einer geschickten Antragstellung zu unterstützen, sind Informationsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit oft ein notwendiger erster Bestandteil des Veränderungsprozesses.

Nur in seltenen Fällen wird der Familientherapeut einen Handlungsrahmen vorfinden, in dem sich problemlos die Konzepte und Vorstellungen von Familientherapie einpassen lassen. Daß viele Kollegen die Arbeit im Heim als frustierend erleben („Hier kann ich doch nichts verändern“)⁵, liegt m. E. oft an der mangelnden Bereitschaft, sich in oben beschriebener Weise auf eine größere Bandbreite des Handelns einzulassen.

Weiterhin ist es wichtig, in kleinen, strategischen Schritten vorzugehen. *Haley* spricht von Therapiephasen: Der direkte Wechsel von einem „nicht normalen Zustand in einen normalen“ ist häufig nicht in eins durchführbar (*Haley* 1976, S. 129). Dies gilt nach meinen Erfahrungen besonders für die Arbeit des Familientherapeuten in komplexen Einrichtungen. Es ist gerade am Anfang wichtig, die bestehenden Strukturen (z. B. die Hierarchie) zu erkennen und sich daran zu orientieren, um sich im ersten Schritt überhaupt eine Position verschaffen zu können, die einflußreich genug ist, auf das System verändernd einzuwirken (vgl. *Minuchin* 1976).

3.2 Effektiven Kommunikationsfluß fördern

Das Ziel in der ersten Phase der familientherapeutischen Arbeit im Heim besteht in der Schaffung von Strukturen, die einen regelmäßigen, effektiven Kommunikationsfluß gewährleisten. Das heißt zunächst Möglichkeiten zu regelmäßiger Begegnung schaffen. Im Kinderhaus Bad Essen gehören dazu:

- Familienheimfahrten des Kindes (14tägig an Wochenenden und in den Ferien),
- Familiengespräche im Heim mit einem Erzieher (als Vertreter des Teams) und dem Familientherapeuten (14tägig),
- Familiengespräche im Heim gemeinsam mit Jugendamtsvertreter, Erzieher und Familientherapeut (zwei- bis viermal jährlich),
- Teamgespräch: Gruppendienst (einmal/Woche),
- Teamgespräch: Gruppendienst, Heimleitung und Fachdienste (einmal wöchentlich),
- Planungsgespräch mit Heimleitung während der Konzeptveränderungsphase (einmal/Woche), zusätzlich mit dem Vorstand des Trägervereins (zweimal jährlich),
- Organisationsteam mit Heimleitung, allen pädagogischen und therapeutischen Mitarbeitern und Vorstand (zweimal jährlich).

Der Familientherapeut muß jeweils problemorientiert untersuchen, ob der Austausch zwischen allen, die am Problem beteiligt sind (Problemsystem), stattfinden kann, ob die regelmäßigen Treffen dazu ausreichen, ob sie intensiviert werden müssen oder ob Stützungen in ganz anderen Konstellationen erforderlich sind. Manchmal müssen beispielsweise Großeltern, Nachbarn, „verloren-

⁵ Erfahrungsaustausch auf dem Familientherapie-Symposium 1986 in Osnabrück, AG: Heimerziehung.

gegangen“ leibliche Väter bei Stieffamilien, weitere professionelle Helfer u. a. mit einbezogen werden. Ein erster, wichtiger Schritt ist erreicht, wenn es dem Systemtherapeuten gelungen ist, zu verhindern, daß Probleme (automatisch und unreflektiert) zu Rückzug, weniger Auseinandersetzung und Beziehungsabbruchversuchen führen. Wenn er beispielsweise verhindern kann, daß Probleme der Erzieher mit den Eltern zur Reduzierung der Familienheimfahrten des Kindes führen (vgl. Tatzert/Schubert 1986; Christ/Krebs 1982).

3.3 Zusammenarbeit fördern durch Beziehungsklärung

Im ersten Schritt ging es darum, (äußere) Bedingungen zu schaffen, die einen effektiven Kommunikationsfluß ermöglichen. Diese sollen nun im zweiten Schritt dazu genutzt werden, eine effektive Zusammenarbeit zu fördern. Das Ziel ist Individuationsprobleme zu lösen. Ich gehe davon aus, daß Individuationsprobleme – es geht dabei um „Ausbildung individueller Eigenschaften und psychischer Grenzen“ (Stierlin 1977, S. 23) – nur in Beziehungen bestehen und auch nur in Bezogenheit aufeinander gelöst werden können. Ich fasse den Begriff Individuation hier sehr weit, beziehe ihn nicht nur auf die einzelnen Familienmitglieder, sondern auch auf die „Professionals“ in ihren Berufsrollen, darüber hinaus auch auf Systeme bzw. Subsysteme (z. B. Familie, Heim, Jugendamt) in der Bezogenheit aufeinander.

So verstandene Individuation ist die Voraussetzung für eine effektive Zusammenarbeit der beteiligten Individuen und (Sub-)Systeme bei der Heimerziehung. Nur eine solche gelungene Selbstdefinition und Abgrenzung der Beteiligten kann z. B. Loyalitätskonflikte für das Kind verhindern, die sonst eine Pädagogik im Gruppenalltag wie in der Familie behindern oder verunmöglichen würden. Am Anfang ist eine Beziehungsklärung (Individuationsförderung) auf einer sehr pragmatischen Ebene nützlich und erforderlich, d. h., es soll die Praxis der Zusammenarbeit geklärt bzw. ausgehandelt werden. Dazu gehört *gemeinsame Zielentwicklung*:

Wir arbeiten in der ersten Phase (Aufnahme) häufig stark orientiert an Haleys direktivem Konzept. Damit erreichen wir am ehesten die einzelnen Beteiligten dieses recht großen Gesamtsystems (i. d. R. Familie, Heim, Jugendamt) und erzielen schon am Anfang wesentliche Veränderungsschritte hin auf eine entwicklungsfördernde Zusammenarbeit. Dieses Vorgehen impliziert (vgl. Haley 1976, S. 46f.):

- a) Die Familie bestimmt selbst, was ihr Problem ist.
- b) Die anderen beteiligten Subsysteme, vertreten durch den Sozialarbeiter des Jugendamtes und den Erzieher aus dem Heim sprechen nicht über das Problem der Familie, sondern über ihr eigenes: z. B. Ängste in bezug auf die Zusammenarbeit mit der Familie.
- c) Der Therapeut erarbeitet mit den Beteiligten eine Problemformulierung, die das Problem möglichst genau beschreibt und es als lösbar darstellt.

- d) Aus dieser Problemdefinition können und sollen dann möglichst konkrete Ziele für die Zeit der Zusammenarbeit abgeleitet werden (zunächst Fernziele, aus denen dann die jeweils anstehenden Nahziele entwickelt werden können).

Im zweiten Schritt wird nun untersucht, ob im Blick auf das Ziel eine *Zusammenarbeit* angestrebt werden soll. Wer hat in bezug auf die Zusammenarbeit welche Forderungen an wen? Wer übernimmt schließlich welche Aufgaben und welche Verantwortung? Wie lang soll die Zusammenarbeit (Heimunterbringung) dauern?

Von seiten des Heims wird die Zusammenarbeit unter dem Arbeitsbegriff „komplementäres Erziehungsangebot“ entwickelt. An die Eltern gerichtet heißt das: „Wir nehmen Euch die Erziehungsverantwortung nicht ab, bieten Euch aber Unterstützung für einen gewissen Zeitraum an. Ihr bestimmt, was wir übernehmen sollen (z. B. Entlastung dadurch, daß das Kind über die Woche im Kinderhaus lebt).“ Selbstverständliche Voraussetzung für unseren Ansatz ist die Freiwilligkeit aller Beteiligten bei der Aufnahme und Kontraktschließung.

In der Regel steht die Familie bei der Aufnahme in einer schweren Krise und alle Mitglieder sind sehr unter Druck. Das bietet die Chance, einen Kontrakt zu schließen, der hohe Anforderungen an das Engagement der Eltern stellt. „Faule“ Vertragsangebote können zurückgewiesen werden (vgl. Bayer 1983). Nach unseren Erfahrungen ist es prognostisch günstig, wenn es gelingt, einen Vertrag auszuhandeln, der hohe Anforderungen an das Engagement der Eltern stellt. Die regelmäßigen Familiengespräche (14tägig) und Familienheimfahrten des Kindes sind Mindestbedingung für die Aufnahme. Der endgültige Kontrakt soll schließlich den genauen Einsatz aller Beteiligten festlegen (Familie, Heim, Jugendamt und auch Familientherapeut). Das bisher Beschriebene bezieht sich insbesondere auf die Zusammenarbeit von Familie und Heim und dient der Verhinderung von Machtkämpfen und Loyalitätskonflikten für das Kind. Das beschriebene Vorgehen läßt sich übertragen auf die Beziehungsklärung innerhalb des Heims. Auch hier geht es darum, den effektiven Kommunikationsfluß zu fördern, um gemeinsame Ziele zu entwickeln und die Zusammenarbeit festzulegen. Zu diesem Zweck haben wir u. a. ein sogenanntes „Organisationsteam“ eingeführt, an dem alle pädagogischen und therapeutischen Mitarbeiter, der Heimleiter und möglichst ein Vorstandsmitglied des Trägervereins teilnimmt (zweimal jährlich einen Tag lang). Hier geht es darum, jeweils zielorientiert Zuständigkeiten zu klären, Hierarchien im System Heim und den Handlungsrahmen jedes einzelnen (z. B. Entscheidungskompetenz, Verantwortlichkeit) offenzulegen und ggf. zu verändern. In diesem Team wurde beispielsweise beschlossen, daß der jeweilige Erzieher, der am Familiengespräch teilnimmt, hier das pädagogische Team vertritt. Er darf daher Kontraktänderungen nur nach vorheriger Absprache mit den anderen Erziehern zustimmen.

Die beschriebene Grundtendenz in der Zusammenarbeit gilt auch für die fortlaufende Konzeptentwicklung

und -veränderung. Ziel ist hierbei, neben der Reflexion und Beeinflussung der Gesamtrichtung, die Erhaltung und ständige Verbesserung klarer Beziehungen innerhalb des Heims (Zuständigkeiten u. a.) und nach außen hin (z. B. klares Angebot an die belegende Behörde).

4 Schlußbemerkungen

4.1 Phasen der Systemtherapie in der Heimerziehung

Ich möchte den beschriebenen Ansatz als „1. Phase der Systemtherapie in der Heimerziehung“ bezeichnen. Sie schafft eine Grundlage für eine fruchtbare Zusammenarbeit in den verschiedenen Bereichen, hilft z. B. Loyalitätskonflikte als Störung auf den pädagogischen Alltag zu vermeiden und bereitet den Boden für die begleitende Familientherapie während der Heimunterbringung. Diese 1. Phase ist – so kann man es auch betrachten – ein Joining, das speziell auf die Bedingungen im Kontext „Heimerziehung“ abgestimmt ist. Die Größe des Systems, die spezifischen Kommunikationsbedingungen u. a. machen dieses ganz besondere und auch sehr aufwendige Joining erforderlich.

In der „2. Phase der Systemtherapie in der Heimerziehung“ tritt die Arbeit mit dem Gesamtsystem stärker in den Hintergrund. Jetzt wird intensiver mit den Subsystemen gearbeitet. Wie diese Arbeit im System „Mitarbeiterchaft des Heimes“ aussieht, habe ich bereits angedeutet. Im System „Familie“ findet nun die Familientherapie im engeren Sinne Anwendung, wie sie auch in ambulanten Einrichtungen angewandt und in der Literatur beschrieben wird. Insbesondere für die „2. Phase“ der Therapie kann die Kenntnis spezifischer Familienstrukturen (Familientypologien), die bei Familien mit Kindern im Heim gehäuft auftreten, nützlich sein⁶.

4.2 Indikationskriterien

Unserer Einschätzung nach ist die beschriebene Systemtherapie bei jeder Heimunterbringung sinnvoll – allein, um Störungen des pädagogischen Alltags zu vermeiden (vgl. Klüwer et al. 1983). Sie ist bei uns grundsätzlich fester Bestandteil der Heimerziehung geworden. Da wir mehr Aufnahmeanfragen haben, als wir Kinder unterbringen können, sind wir zur Selektion gezwungen. Dabei sind wir bemüht, die Kinder aufzunehmen, bei denen es uns am wahrscheinlichsten erscheint, daß sie und ihre Familien von unserem Angebot profitieren können. In bezug auf die Familientherapie im engeren Sinne ist für mich ein wichtiges Kriterium, inwieweit sich die Familie auf Forderungen (z. B. Direktiven) einläßt. Dies überprüfe ich bereits in den Aufnahmegesprächen durch gezielte Interventionen (Brönneke 1988). Das Eingehen der

Familie gibt Hinweise auf Widerstand und Ressourcen in der Familie bzw. auf die Veränderbarkeit der Familie mit unseren Mitteln.

Mir sind bisher keine katamnesticen Untersuchungen zur Erfolgskontrolle der begleitenden Systemtherapie im Heim bekannt. In der Literatur finden sich aber zahlreiche Hinweise auf Erfolge (Klüwer et al. 1983, Rotthaus 1984). Eigene Erfahrungen deuten auf positive Veränderungen im Gruppenalltag, deutlich weniger Entweichungen sowie größere Chancen zu früherer Rückführung der Kinder ins Elternhaus hin.

Summary

Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities

Family therapy in connection with the upbringing of children in children's homes is not supposed just to deal with the family of the child in care. This essay looks into the complex relationships between the children's home, the family, the child in care, the Youth Welfare Office as well as other persons also connected with the matter. Part I examines the influence of these relationships. Part II is pointing out the actions carried out and their consequences in the professional work of the family therapist.

Literatur

- Andolfi, M. (1977): Familientherapie, das systemische Modell und seine Anwendung. Freiburg: Lambertus, 1982. – Bayer, R. (1983): Fünf Jahre Familientherapie im Heim, ein Erfahrungsbericht. Sozialpädagogik 5, 222–226. – Boszormeny-Nagy, I. (1976): Loyalität und Übertragung. Familiendynamik 2, 153–171. – Boven, M. (1978): Family Therapie in Clinical Practice. New York. – Brönneke, M. (1988): Zur Praxis der Familientherapie in der Heimerziehung. In: Katholische Fachhochschule Norddeutschland (Hg.): Person, Gruppe, Gesellschaft, Band 15, Neue Felder der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Hildesheim: Bernward. – Buddeberg, B. (1980): Indikation zur Familientherapie in der Kinderpsychiatrie. Familiendynamik 5, 125–139. – Christ, H./Fiegel, H. (1982): Heimerziehung im Spannungsfeld zwischen Isolation und Integration am Beispiel von „Haus Sommerberg“. Theorie u. Prax. d. soz. Arb. 11, 419–426. – Christ, H./Krebs, E. (1982): Zur familiendynamisch-systemischen Perspektive im psycho-sozialen Versorgungsbereich. Theorie u. Prax. d. soz. Arb. 3, 98–104. – Christ, H. (1985): Dissozialisierungsprozesse aus familientherapeutischer Sicht. Gruppenpsychoth. u. Gruppendynamik 21. – Haley, J. (1976): Direktive Familientherapie, Strategien für die Lösung von Problemen. München: Pfeiffer, 1977. – Haley, J. (1980): Ablösungsprobleme Jugendlicher, Familientherapie – Beispiele – Lösungen. München: Pfeiffer, 1981. – Klüwer, C./Christ, H./Elbert, M./Krebs, E. (1983): Dissozialität – Familie – Institution, ein Forschungsbericht. Abschlußbericht über ein Forschungsprojekt. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft. – Krebs, E. (1984): Familienorientierung in der Heimerziehung, die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 33, 28–34. –

⁶ Mit Familientypologien bei dissozialer Symptomatik und sich daraus entwickelnden Loyalitäts- und Übertragungskonflikten bei Heimunterbringung beschäftigen sich Klüwer et al. (1983).

- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern* (1985): Die Bedeutung der Herkunftsfamilie für die Heimerziehung - Tagungsbericht. Stuttgart. - *Minuchin, S.* (1976): Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg: Lambertus, 1977. - *Minuchin, S./Fishman, H. C.* (1981): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus, 1983. - *Rotthaus, W.* (1984): Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol./Kinderpsychiat.* 33, 88-94. - *Satir, V.* (1964): Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. München: Pfeiffer, 1973. - *Schweitzer, J.* (1984): Systemische Jugendpsychiatrie. *Familien-dynamik* 9, 96-107. - *Simon, F. B./Stierlin, H.* (1984): Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett. - *Sohni, H.* (1984): Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen, Indikation, Ziele. *Prax. Kinderpsychol./Kinderpsychiat.* 33, 9-18. - *Stierlin, H./Rücker-Emden, I./Wetzel, N./Wirsching, M.* (1977): Das erste Familiengespräch. Theorie - Praxis - Beispiele. Stuttgart: Klett-Cotta. - *Tatzer, E./Schubert, M. T.* (1986): Heimerziehung und Familie - Beiträge zur Systemanalyse und Systemtherapie. Wien: Unveröffentlichtes Manuskript aus der Universitäts-Kinderklinik.
- Anshr. d. Verf.: Dipl. Soz.-Päd. Michael Brönneke, Kinderhaus Bad Essen, Auf der Breede 6, 4515 Bad Essen 1.