



## Workshop

„Im Konflikt zwischen Ressource und Schuld: die Arbeit mit Angehörigen.“

Christine Zenz & Verena Jaschke  
unter Mitarbeit von Dr. Silke Naab und Julia Mansour

- 1) Definition von Angehörigenarbeit und Familientherapie
- 2) Angehörigenarbeit im stationären Kontext der Schön Klinik Roseneck
- 3) Aufgabe des Therapeuten und typische Themen in Familiengesprächen
- 4) Häufig auftretende Dynamiken, Rollen und Konflikte anhand einer Fallpatientin

# **Definition von Angehörigenarbeit und Familientherapie**

Angehörigenarbeit ist eine Bezeichnung für die Teilhabe und Mitarbeit von Angehörigen bei der Betreuung von somatisch als auch psychisch erkrankter Personen. Diese kann sowohl in Selbsthilfegruppen als auch mit Unterstützung von entsprechenden Berufsgruppen geschehen.

**Lexikon der Psychologie**

Psychotherapeutische Ansätze mit dem Ziel, die Interaktionen in einer Familie zu verändern und dadurch Probleme einzelner Familienmitglieder, von Familiensubsystemen oder der Gesamtfamilie zu lindern.

**Scheib & Wirsching (2004)**

## **Warum ist Angehörigenarbeit so relevant, v.a. auch in der Kinder- und Jugendpsychotherapie:**

- Fremdanamnese
- Systemische Dynamiken beobachten, analysieren und verändern können
  - Bzgl. der Bewältigung der Lebensaufgaben
  - Bzgl. verschiedener Beziehungskonstellationen
  - Bzgl. der vorhandenen unterschiedliche Werte, Einstellungen, Interaktions- und Kommunikationsformen Lerngeschichten, Lebensentwürfe, Erziehungsvorstellungen, etc.
- System als ein möglicher Teil der Funktionalität bzw. aufrechterhaltender Faktor
- Ressourcen des Systems aktivieren und für Heilungsprozess nutzen
- Wunsch der Angehörigen mit einbezogen zu werden
- Bei stationären Aufenthalt: Notwendigkeit die Rückkehr der Patienten in ihr häusliches Umfeld
- Arbeit geht teilweise über therapeutische Aufgabe hinaus
- S3 Leitlinien (Forschungsbasierend) geben Einbezug der Familie vor.

- Eine Essstörung birgt immer auch interpersonelle Probleme (Auswirkungen auf Familienangehörige, Partner und Freunde). Häufig ist von dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen dem betroffenen Kind und den anderen Mitgliedern der Familie auszugehen. Bei Betroffenen sind daher bereits im Rahmen der Diagnostik diese wechselseitigen Einflüsse im jeweiligen familiären Kontext abzuklären.
- Bei Kindern und Jugendlichen gehört die Integration der Eltern in den therapeutischen Prozess zu den wesentlichen Pfeilern der Behandlung. Die Informierung von Angehörigen hat eine wichtige, insbesondere entängstigende Funktion für die Behandlung.
- Der Einbezug von Angehörigen in die Therapie sollte ungeachtet der therapeutischen Ausrichtung unter Berücksichtigung des Alters des Kindes, ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen und des Gefährdungsgrades der Essstörung frühzeitig erwogen werden.



- Familien von anorektischen Patienten:
  - Enger Zusammenhalt mit verwischten Generationsgrenzen
  - Vermeidung von Konflikten und Veränderungen (rigider)
  - Affektiv eher gedämpft bzw. zurückgenommen
  - Asketisches Ideal wird über Generationen weitergegeben (v.a. bezogen aufs Essen)
  - Patienten stabilisieren ein prekäres Gleichgewicht in der Elternbeziehung
- Familien von bulimischen Patienten:
  - Impulsiver, Konflikthafter
  - Weniger gebunden
  - Zu vermehrten Konsum von Substanzen neigend
- Beide betreffend:
  - Leistungs- und außenorientiert (was denken andere)

## **Limitierende Faktoren für den Einbezug:**

- Altersabhängig nach Wunsch der Patienten
- Abhängig vom Erkrankungsbild
  - Bei nach außen gewandten Störungen ist die Angehörigenkomponente häufig unabdingbar
  - Bei nach innen gewandten Störungen ist zu unterscheiden, inwiefern Angehörige unterstützen können
    - patientenorientierte Interventionen im Vordergrund
    - werden durch Angehörigen-orientierte Interventionen ergänzt
- Räumliche Distanz
- Zeitmangel, Desinteresse oder/ und fehlende Veränderungsbereitschaft der Angehörigen
- Bei fehlender Belastbarkeit eines Angehörigen (z.B. aufgrund psychischer Erkrankung)
- Bei dysfunktionaler Beziehungsgestaltung
- Abweichende Familiensituation sowie damit einhergehende Konflikte.

# **Angehörigenarbeit im stationären Kontext der Schön Klinik Roseneck**

- Mindestens 3 Familiengespräche: am Anfang, in der Mitte und am Ende der stationären Behandlung
- Regelmäßiger Telefonkontakt (Bezugstherapeuten, Ärzten, ggf. Sozialtherapie)
- Kontakt von Angehörigen und Kindern sind erwünscht (wird teilweise vorbesprochen)
  - Besuche von Angehörigen
  - Belastungserprobungen zu Hause
  - Telefonate
- Information Angehöriger bei Krisen, Selbstverletzung und Regelverstößen
- Online Information Abend zum Thema Essstörung

- Information über Einbindung in die Therapie bei Aufnahme
  - Wird von Co-Therapeuten, Bezugstherapeuten und Ärzten erläutert
  - Austausch zwischen Eltern und Behandlungsteam über allgemeinen Verlauf notwendig
  - An dieser Stelle auch mögliche Diskussion, wenn Patienten keinen Kontakt mit Angehörigen möchten
- Visitenkarte mit Kontaktdaten ausgeben
- Hausordnung und Einverständniserklärungen erläutern und unterschreiben lassen
- FB zum Klinikaufenthalt zur Beurteilung des Einbezug in die und der Zufriedenheit mit der Therapie austeilen

- Telefonische Kontakte am besten in Anwesenheit der Patienten
  - Wenn Patienten abwesend, dann anschließend Aufklärung über ungefähren Inhalt
- Familiengespräche zu therapeutischen Inhalten
- Gemeinsames Auswärtsessen und Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld
- Vorinformation bei Einbezug der Sozialtherapie (z.B. Planung der nachstationären Versorgung) und bei Einführung oder Veränderung der Medikation (Einverständniserklärung notwendig)
- Aufklärung über weiteren Behandlungsverlauf und Dauer

## *Am Ende der Behandlung:*

- Gemeinsames Abschlussgespräch zur Besprechung der Therapieergebnisse, Umgang mit Symptomatik zu Hause und weiteren geplanten Maßnahmen
- Empfehlung für weiterführende Therapie (zumeist an die einweisenden Therapeuten zurück, Intervallbehandlung)
- Entlassungsbericht (mit Infos zur Einbindung der Angehörigen und Informationen zu Familiengesprächen)
- Rezept für Medikation mitgeben
- Austausch mit ambulanten Behandler

## Weitere Ansätze zum Einbezug der Familie:

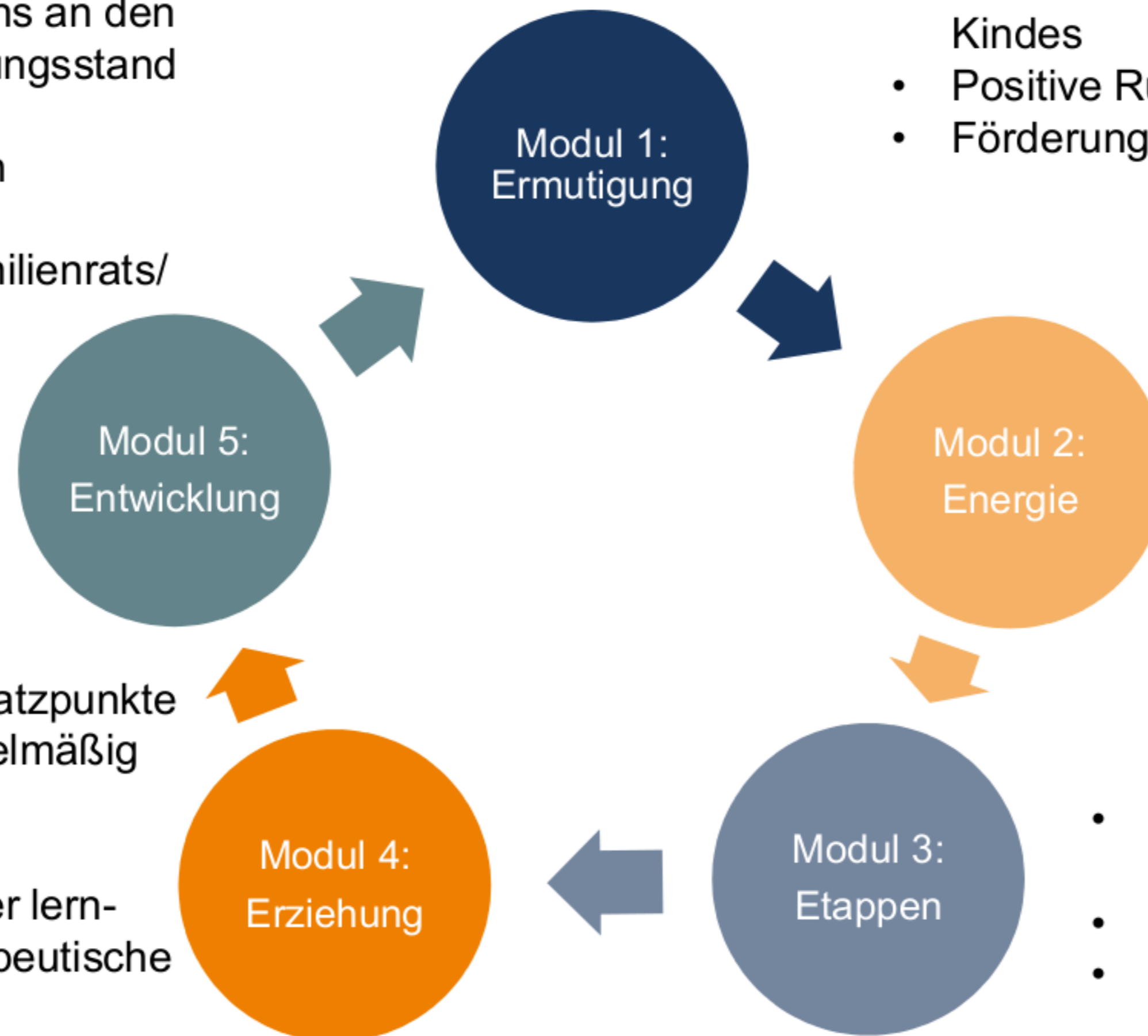
- Elterntrainings (kognitiv-behavioral / Parent Management Training)
  - Bsp.: Plan E (Schwenk & Reichert, 2012)
- Familienbezogene Interventionen in empirisch validierten störungsspezifischen Behandlungsprogrammen
  - Bsp.: Family-Based Treatment FBT (Daniel Le Grange)
- Systemische Familientherapie
  - Bsp.: „Mit Angehörigen Sprechen“ (Dr. Martin Schmidt, Schön Klinik Roseneck)



## Die 5 Module von Plan E:

- Erarbeiten alterstypischer Entwicklungsaufgaben
- Anpassung des Erziehungsverhaltens an den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes
- Unterstützung durch Familienregeln
- Einführung des Familienrats/ Verhaltensplänen

- Förderung der Perspektivübernahme und Empathie Fähigkeit
- Wahrnehmungslenkung auf positive Anteile des Kindes
- Positive Rückmeldung geben (loben)
- Förderung der positiven Eltern-Kind-Interaktion



- Schulung in kognitiver Umstrukturierung
- Verringerung von Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen
- Förderung der Selbstfürsorge
- Entlastung durch die Vermittlung eines plausiblen Störungsmodells

- Information über Ansatzpunkte zur Veränderung regelmäßig auftretenden Problemverhaltens
- Psychoedukation über lern- bzw. verhaltenstherapeutische Grundprinzipien
- Steigerung der Selbstwirksamkeit der Eltern

- Abbau unrealistischer Erwartungen an das Kind
- Formulierung realistischer Sichtweisen
- Stärkung des Selbstbewusstseins des Kindes
- Information über Gesprächsstrategien und -regeln für ein Zielvereinbarungsgespräch

1. Phase (1-10):  
Gewichtskontrolle  
Eltern bei der  
Bewältigung von  
Essenssituationen  
unterstützen

2. Phase (11-16):  
Jugendliche bekommen  
Verantwortung bzgl. des  
Essens schrittweise  
zurück

3. Phase (17-20):  
Rückfallprophylaxe  
und Raum für  
Themen zu  
Entwicklungs-  
aufgaben

1. Gespräch:

Vorstellung der eigenen Person und des Behandlungskonzeptes (mit psychoedukativen Inhalten), Kennenlernen der Familie, Zirkuläre Fragen zur Hypothesenbildung, Hausaufgabe Briefarbeit

2. Gespräch:

Nachbesprechung der Zwischenzeit, Arbeit mit Briefen, Skulptur Arbeit, Hausaufgabe: Beobachtung von Familieninteraktionen während der anstehenden TBE

3. Gespräch:

Nachbesprechung der Zwischenzeit und der TBE, Rollenspiele schwieriger Situationen, Rückfallprophylaxe

# **Aufgaben der Therapeuten und typische Themen in Familiengesprächen**

Stellen Sie sich vor, ein Angehörigengespräch mit einem therapeutischen Behandler und der dort in Therapie befindenden Person findet heute statt, wie geht es Ihnen als Elternteil/ Geschwisterteil/ Partner/in vor dem Termin?

- Als was sehen Sie den Termin?
- Was wünschen Sie sich von dem Termin?
- Wovor haben Sie Angst?
- Wovon sind sie genervt?

Austausch in Zweier-Gruppen

- Hatten Sie ähnliche Gedanken/ Gefühle?
- Wenn nein, inwiefern haben Sie sich voneinander unterschieden?

Gemeinsame Reflexion

## **Aufgaben der Therapeuten:**

- Leitet das Gespräch und vermittelt
- Zeitmanagement
- Vorbildfunktion (z.B. bzgl. Kommunikationsstil)
- Vermittlung psychoedukativer Elemente
- Allparteilich (häufig diskutiert)
- wertschätzende Haltung allen Beteiligten gegenüber
- Rückenstärkung Patienten (vs. Allparteilichkeit)
- Teil des Erziehungssystems

Die Anforderungen an einen Kinder- und Jugendlichentherapeuten in Bezug auf den Umgang mit den Angehörigen des Kindes sind also hoch: Er soll nicht nur in der Lage sein, die Symptomatik des Kindes vor dem Hintergrund seiner Entwicklungssituation zu verstehen und zu behandeln, sondern auch dazu, «die Persönlichkeit der Eltern und deren Störungen diagnostisch zu erfassen», «die Verschränkung der kindlichen Störung mit den Auffälligkeiten der Eltern bzw. des Familiensystems psychodynamisch zu interpretieren», um daraus die angemessenen Behandlungsziele und Behandlungstechniken abzuleiten (**Horn, 2003**)

Natürlich auch teilweise tatsächlich psychische Erkrankungen oder auffälliges Interaktionsverhalten bei den Eltern erkennbar, aber v.a.:

- Eltern als Rollenmodell (z.B. Leistungsorientierung)
- Im Rahmen der Erkrankung haben sich häufig dysfunktionale familiäre Verhaltens- und Interaktionsmuster gebildet.
- Motive für das Verhalten (gesteuert durch die Erkrankung) werden nicht erkannt und folglich falsch zugeordnet.
- Erkrankung hat Auswirkungen auf nahezu alle Bereiche des Familienalltags.
- Funktionalität der Essstörung mit möglicher Verbindung zum Familiensystems (Stabilisierung, Zusammenhalt/Unterstützung, Autonomie, Rebellion, Alternativer Ausdruck von Gefühlen)

## Typische Themen:

- Exploration der Biographie des Betroffenen, der Familien- und Krankheitsanamnese sowie der aktuellen Symptomatik (Informationen zu den Eltern, zu den Geschwistern, zum Patienten und zum familiären Miteinander erheben).
- Vermittlung psychoedukativer Elemente
- Störungsmodell erarbeiten
  - Verständnis für Erkrankung fördern → Ursachen, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren
  - Selbstwirksamkeit Kind stärken (sich mitteilen). Eltern als Ressource.
  - Einfluss der Familie sowie Umgang mit der Symptomatik (wichtig hier: Schuldthematik beachten!)
- Eltern „up to date“ halten (bspw. Behandlungsverlauf, Prognose)
- Bearbeitung von Konflikten innerhalb der Familie.
- Rückfallprophylaxe, klaren Plan für das häusliche Umfeld erarbeiten (ggf. therapeutische Verträge, Ampelsystem,...)
- Ressourcen stärken (gemeinsame positive Zeit, Entlastung, Verständnis, Verbundenheit, Stärken reflektieren)



- Sicheres Bindungsverhalten wirkt sich günstig aus.
- Wärme in der Eltern- Kind Beziehung fördert die sozial-emotionale Entwicklung.
- Günstige Faktoren und Bedingungen:
  - Aufmerksame Zuwendung
  - Responsivität, Verständnis vermitteln
  - Körperkontakt (wenn seitens des Kindes erwünscht)
  - Verbale Unterstützung und Stimulierung
  - Ruhe und Souveränität, keine disziplinierenden Maßnahmen
- Kind hat keine Schuld an der Erkrankung.

Im Rahmen des Familiengesprächs fördern und in den alltäglichen Umgang integrieren.

## **Erhebungsmöglichkeiten:**

- Exploration im Gespräch (Einzel oder Telefonat), zirkuläres Fragen
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen (miteinander und mit den Therapeuten)
- Fragebögen, „Anamnesefragebogen“
- U-Heft
- Austausch mit Vorbehandlern, Austausch mit weiteren Bezugspersonen
- Zeugnisse
- Genogramm
- Familie in Tieren
- Familienskulptur
- Lebenslinie
- Hausaufgaben

# **Häufig auftretende Dynamiken, Rollen und Konflikte anhand einer Fallpatientin**

**Anna**

15 Jahre

Diagnosen: F50.00, F32.1

## 2. Übung - Dynamiken in der Familie:

### **Aufgabe:**

- Welche Rolle hat die Patientin (bzw. das jeweilige Familienmitglied) in der Familie?
- Welche Konflikte haben Sie rausgehört bzw. könnte man bei der jeweiligen Person vermuten?
- Worauf muss man als Behandler/ Behandlerin achten?

## Beispiele für Rollen bzgl. der Erkrankung:

### *Patient/Patientin:*

- Erkrankung als stabilisierender Faktor im Familiensystem. Erkrankung zum Alltag geworden.
- Patientin als Vermittlerin – „Zusammenhaltende“/ auch unterstützt durch Familie
- Sündenbock für andere familiäre Probleme/ Partnerschaftsprobleme

### *Eltern:*

- Patienten in spe
- Unbeteiligte Gäste
- Verantwortliche
- „Kontrolleure“
- „erweiterte Patienten“
- Leidende
- Anklagende

### *Geschwister:*

- Leidtragende
- Mitleidende
- „Verursacher“
- Bevor- oder Benachteiligte
- Konkurrenten (auch durch Vgl. der Eltern)
- Verbündete

## Typische Konflikte:

- Schuldzuweisungen („Vor dem Klinikaufenthalt hat unser Kind noch mit uns gesprochen.“)
- Erwartungen der Eltern: gegenüber Kind (muss wieder funktionieren), an Therapeut/Therapeutin („Vor Erreichen des Normgewichts nehmen wir unser Kind nicht mit nach Hause.“)
- Schwierige Elternkonstellationen (bspw. Streit der Eltern)
- Patientin verstummt und schweigt
- Angehörige nehmen gesamten Raum ein
- Rollenkonflikte (Patientin übernimmt Verantwortung)
- Verzweiflung der Eltern – Hilferuf („Wir wissen nicht mehr was wir machen sollen.“)
- Geschwisterrivalitäten
- Eltern stellen Aussagen der Patientin in Frage/ gehen nicht auf Wünsche ein
- „Abwehrhaltung“ („Ich möchte nicht mit meinen Eltern sprechen“)
- Resignation der Eltern

## **Worauf man achten muss:**

- Bedürfnisse der Familienmitglieder, Ängste und Wünsche beachten → Keine standardisierten Interventionen, eher an die individuelle Familie anpassen.
- Offene Kommunikation fördern, Austausch fördern, gemeinsame Problemlösung fördern.
- Günstige Voraussetzungen für den therapeutischen (Lern-)Prozess schaffen → Beziehungsaufbau und Motivation
- Ziel der gemeinsamen Arbeit mit der Familie: Eltern sollen ihr Kind in der Bewältigung der Erkrankung unterstützen können.
- Schuld erleben aufgreifen
- Erwartungen aufgreifen (→ Pat. meldet eigene Wahrnehmung zurück)





**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Schön Klinik**  
**Roseneck**

Am Roseneck 6  
83209 Prien am Chiemsee  
T +49 8051 68-0

[czenz@schoen-klinik.de](mailto:czenz@schoen-klinik.de)

[vjaschke@schoen-klinik.de](mailto:vjaschke@schoen-klinik.de)

[jumansour@schoen-klinik.de](mailto:jumansour@schoen-klinik.de)

**Weitere Informationen auf unserer Website:**

[www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)

Oder folgen Sie uns auf Facebook, Instagram,  
Twitter, YouTube, Xing und LinkedIn.

