

Stationäre Behandlung als Übergang Projekt eines systemischen Konzeptes auf einer psychosomatischen Station eines Kinderspitals

Gerhard Walter

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag beschreibt ein systemisches Konzept für die stationäre Arbeit an einer psychosomatischen Station eines Kinderspitals. Im Rahmen dieses Konzeptes werden narrative und lösungs- bzw. zielorientierte Grundsätze im stationären Kontext erprobt. Innerhalb des Konzeptes wurde ein systemisches Modell der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen entwickelt. Der Artikel reflektiert Erfahrungen mit dem Modell.

Schlüsselwörter: Systemisches Konzept, Kinderpsychosomatik, stationäre Behandlung, bedeutungsvolle Metapher, Zielorientierung, Lösungsorientierung, bezogene Individuation

Summary

The paper presents a systemic model of the clinical work in a psychosomatic department of a children-hospital. Ideas of a narrative approach and of a solution-oriented approach are modified for this in-patient work. Within this model, a systemic way of cooperation of the different professionals was developed. The paper reflects experiences with this model.

Key words: Systemic model, children-psychosomatic, In-patient treatment, meaningful metaphor, goal-orientation, solution-orientation, related-individuation

EINLEITUNG

Ich werde hier ein Projekt vorstellen, bei dem systemische Grundsätze in der Arbeit mit Kindern in einem stationären Kontext erprobt werden. Bei der beschriebenen Institution handelt es sich um die psychosomatische Station der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses in Salzburg. Diese Station umfaßt 9 zugeordnete Betten und wird von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie geleitet. Die pädagogische Arbeit und Betreuung im Stationsalltag wird von einem Team von Betreuern und Schwestern bzw. Pflägern geleistet. Der Station stehen klinische Psychologen und Psychotherapeuten, funktionelle Therapeutinnen und eine Heilstättenschule zur Verfügung. Die hier behandelten Kinder sind zwischen sechs und vierzehn Jahre alt. Als Teil eines Zentralkrankenhauses wird die psychosomatische Kinderstation als Anlaufstelle für alle denkbaren psycho-sozialen und psychiatrischen Problemsituationen gesehen und genutzt. Überwiesen werden die Kinder von Schulen, Jugendämtern, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Manchmal wenden sich Eltern oder Erziehungseinrichtungen direkt an die Institution.

Vor die Aufgabe gestellt, gemeinsam mit den Mitarbeitern ein Konzept für den Aufenthalt der Kinder auf dieser Station zu entwickeln, haben mich folgende Fragen beschäftigt:

- Wie denken wir über das, was wir in der Arbeit mit Kindern im stationären Kontext tun ?
- Welchen Einfluß hat dieses Denken auf die Art unserer Arbeit und auf das Erleben von

Sinnhaftigkeit bei allen Beteiligten ?

- Was passiert, wenn wir unsere Arbeit als das Schaffen eines Rahmens definieren, der es unseren Klienten (den Kindern und ihren Eltern bzw. Bezugssystemen) ermöglicht, Geschichten über sich selbst zu entwickeln, die mehr mit Stärken und Fähigkeiten zu tun haben als mit Defiziten und Problemen ?
- Wenn wir einen derartigen Rahmen erzeugen wollen - welche Perspektive braucht unsere stationäre Behandlung, welche Orientierungen brauchen die MitarbeiterInnen, wie können sich die unterschiedlichen Bemühungen der verschiedenen Subsysteme - auf der einen Seite die professionellen, auf der anderen Seite das „Klientensystem“ - optimal vernetzen?

Vier Grundsätze systemischen Denkens schienen mir in Bezug auf diese Überlegungen erprobenswert:

1. Die Verwendung einer Metapher, die den stationären Aufenthalt für unsere Kinder und ihr gesamtes Bezugssystem als Geschehen definiert, an dem alle beteiligt sind und das diesen Aufenthalt im Rahmen der jeweiligen Lebensgeschichte bedeutungsvoll macht.
2. Ziel- und Lösungsorientierung anstelle von „Pathologieorientierung“.
3. Ressourcenorientierung anstelle von Defizitorientierung.
4. Schaffung von Strukturen, die eine Mitarbeit aller Beteiligten ermöglichen.

In welcher Art und Weise wir in den letzten beiden Jahren versucht haben, diese Grundsätze in eine klinische Praxis umzusetzen und welche Erfahrungen wir dabei gemacht haben soll im Folgenden beschrieben werden.

SYSTEMISCHE GRUNDSÄTZE DER STATIONÄREN ARBEIT

1. Perspektivenwechsel - Aufenthalt als Übergang definieren

In Anlehnung an M. Durrant (1996) schlagen wir die Metapher des „Überganges“ für die Zeit des stationären Aufenthaltes vor.

Übergänge und die damit verbundenen Übergangsrituale spielen in der Anthropologie und in der Ethnologie eine äußerst wichtige Rolle (van Gennep 1981). Rituale sind gemeinsam entwickelte symbolische Handlungen, die nicht nur die zeremoniellen Aspekte der eigentlichen Präsentation des Rituals beinhalten, sondern auch deren Vorbereitungsprozeß (Roberts 1993). Offensichtlich haben alle menschlichen Kulturen eine große Anzahl von Ritualen entwickelt, um bedeutungsvolle Übergänge in der Lebensgeschichte von Menschen und in der Entwicklungsgeschichte von Familien bzw. Gruppen symbolisch zum Ausdruck zu bringen, zu markieren, zu begleiten und zu erleichtern. Immer geht es dabei um Übergänge von einem

Status geringerer Kompetenz zu einem Status erweiterter Kompetenz. Und zwar sowohl was die Anerkennung und Bestätigung durch die Aussenwelt betrifft, als auch in Bezug auf eine veränderte, mit vermehrtem Kompetenzbewußtsein ausgestattete innere Wirklichkeit (Identität).

Was die Pubertätsriten im Sinne von Übergängen aus der Kindheit in eine geschlechtsreife Phase betrifft, lassen sich in manchen Kulturen 3 Phasen des Übergangsrituals unterscheiden:

In der ersten Stufe, der Trennungsphase, werden besondere Vorbereitungen getroffen und neue Erkenntnisse weitergegeben, während der Rahmen zur Markierung eines bestimmten Ereignisses geschaffen wird. Diese Vorbereitungszeit für das Ritual ist so wichtig wie das eigentliche Ritual. Die zweite Stufe ist die Schwellen- oder Übergangsphase, in der die Menschen tatsächlich am Ritual teilhaben, sich selbst neu erfahren und neue Rollen, neue Identitäten übernehmen. Die dritte Stufe ist die Wiedereingliederung oder Reintegration, in der die Menschen mit ihrem neuen Status wieder in die Gesellschaft aufgenommen werden (Roberts 1993).

Diese von vielen Kulturen vorgegebenen Entwicklungs- und Veränderungsstrukturen stellen äußerst geeignete Bilder zur Verfügung, die der Zeit des stationären Aufenthaltes für die Kinder und ihre Eltern Bedeutung verleihen, die es ihnen ermöglichen, diese Zeit in die „Geschichte ihres Lebens“ zu integrieren. Übergang bezeichnet in diesem Zusammenhang dann einen Einschnitt in einer kürzeren oder längeren familiären Entwicklung der Entstehung einer Problemgeschichte (White 1986) bzw. eines „Problemsystems“ im Sinne Goolishians und

Andersons (Anderson u. a. 1986).

Einen Einschnitt, der

1. den Übergang von defizitorientierten Beschreibungen der Lebenssituation durch die Beteiligten zu kompetenzorientierten Beschreibungen ermöglichen soll und
2. Erfahrung von Kompetenz und Stärken, im Rahmen eines Themas und in Hinblick auf ein gemeinsames Ziel, vermitteln soll.

Am Ende dieser Übergangsphase steht die Integration der neuen Erfahrungen, Beschreibungen und Sichtweisen in den familiären Alltag, die praktische Bewährung der Veränderung und somit die eigentliche Arbeit.

Dabei geht es keineswegs nur um die Vermittlung von Inhalten . So weisen Boscolo und Bertrando (1994) darauf hin, daß Rituale kein Vehikel darstellen, um ausschließlich Inhalte zu transportieren. Vielmehr sehen sie Rituale als Möglichkeit, auf Prozesse einzuwirken, wobei die Form des Rituals wichtiger ist als der Inhalt.

Wir übernehmen auch das Bild von den 3 Phasen des Übergangsrituals und definieren so den gesamten stationären Prozeß auf der Grundlage dieser Metaphorik folgendermaßen:

Vor dem stationären Aufenthalt geht es um die Klärung eines Themas („Worum geht es, was möchte ich üben, lernen, neu oder anders verstehen“) eines Zieles („was möchte ich/ was möchten wir dadurch erreichen, wann kann der Aufenthalt beendet werden“).

Am Beginn des Aufenthaltes steht dann die „Trennungsphase“. Dabei betonen wir nicht die räumliche Trennung, die mit der Aufnahme verbunden ist, sondern den Beginn einer Loslösung

des Kindes und der Familie vom Problem und der negativ konnotierten Vergangenheit, von bisherigen problemzentrierten Sichtweisen bzw. bisherigen Lösungsversuchen und Formen mit den Schwierigkeiten umzugehen.

In der Zeit der „Schwebe- bzw. Übergangsphase“ geht es dann um eine Zeit des Übens, des Versuchs und Irrtums, der Erfolge und Mißerfolge in einem Klima der „Ermöglichung“. Ermöglicht werden soll das Ausprobieren neuer Verhaltens- und Sichtweisen für die ganze Familie.

In der Wiedereingliederungs- bzw. Reintegrationsphase wird der Fokus stärker auf die Bedeutung gerichtet, die diese neuen Erfahrungen im Alltag haben können, und es geht vor allem darum, wie diese Erfahrungen in den Alltag integriert werden können. Ambulante therapeutische Begleitung soll dabei unterstützen, die eigentliche Arbeit der Integration der neuen Erfahrungen zu bewältigen. Der Abschluß des Übens und Experimentierens rechtfertigt ein Fest, und ein solches Fest verdient die ganze Ernsthaftigkeit (und ernsthafte Freude) eines rituellen Ereignisses bei dem öffentlich der „neue Status“ verkündet werden soll („was wir erreicht haben“).

2. Ziel- und Lösungsorientierung anstelle von „Pathologieorientierung“

Lösungsorientierte Vorgangsweisen in der Tradition Milton Ericsons und in der Neukonzeptualisierung durch Steve de Shazer und seinem Team (z. B. de Shazer 1988) haben in der Systemischen Psychotherapie große Verbreitung gefunden (vgl. Walter 1998).

Für die Arbeit im medizinischen Kontext eines Krankenhauses ist es ungewöhnlich, ein Modell klinischer Arbeit zu verwirklichen, das weniger von Expertenwissen der professionellen Helfer und mehr von einem gleichwertigen Diskurs und einem Zusammenwirken von allen, die an der Veränderung beteiligt sind, ausgeht. Es stellt oftmals geradezu eine verstörende Provokation dar, die üblichen Erwartungen von Klienten, die in ihrer „Problemtrance“ verhaftet sind, nicht zu erfüllen und den „problem talk“ (vgl. de Shazer 1989) zu unterbrechen. Familien entwickeln oftmals über längere Zeiträume Problemgeschichten, Erklärungen, Ursachentheorien in Bezug auf unerwünschte Gegebenheiten. Ihren Erwartungen, diese „laienhaften“ Problemdiskurse nun von klinischen Experten in Fachdiskurse über das Problem fortgeführt zu sehen, kommen klinische Institutionen in der Regel entgegen. Dies entspricht eben der Logik medizinischer Einrichtungen, die ein hohes Problem- und Pathologiebewußtsein und die dazu gehörige Terminologie entwickelt haben. Auch entspricht es eher den Erwartungen, die der gesellschaftliche Kontext, in dem Krankenhäuser eingebettet sind, auch an psychiatrische Institutionen stellt.

Konsequente Ziel- und Lösungsorientierung, schon bei der Vorbereitung eines stationären Aufenthaltes und bei der Aufnahme, anstelle einer Fokussierung auf Probleme und deren vielfältige Beschreibungsmöglichkeiten und Erklärungen („Diagnosediskurse“), stellen eine implizite Einladung an unsere Klienten dar, in die „Trennungsphase“ einzutreten, sich also von Problemdiskursen zu verabschieden, das „Problemland“ zu verlassen und sich auf den Weg in das „Lösungsland“ zu begeben. Anders ausgedrückt geht es - um mit M Durrant (1996) zu sprechen - darum, einen „Kontext von Versagen“, in dem sich unsere Klienten erleben, zu überwinden, und einen „Kontext für Kompetenz“ zu entwickeln.

Vor dem Hintergrund dieser Sichtweise stellt sich schon in der Vorbereitung des stationären Aufenthaltes die für psychiatrische Institutionen nicht selbstverständliche Frage: Ist der stationäre Aufenthalt tatsächlich in dieser Situation die beste Unterstützung für die ganze Familie und wenn ja, warum? Wenn auf diese Frage von allen Beteiligten eine - manchmal vorläufige - Antwort gefunden werden kann, entsteht bei unseren Kindern und ihren Familien sowie bei den Mitarbeitern unserer Institution „Sinnerleben“, das uns hilft, schwierige Situationen durchzustehen. Dann ist der stationäre Aufenthalt in der psychiatrischen Institution nicht mehr länger der letzte Ausweg oder ein notwendiges Übel.

Ziel- und Lösungsorientierung lädt unsere Klienten zur Kooperation und gemeinsamen Arbeit ein, da sie im Sinne Tom Andersens (Andersen 1991) die Trennung in Patient und Experten aufweicht und einen gleichberechtigten Diskurs zur Lösungsfindung anbietet, der Kinder und ihre Familien immer stärker zu Experten für ihr eigenes Leben machen soll.

3. „Ressourcenorientierung“ anstelle von „Defizitorientierung“

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen erscheint es nur stimmig, im Diskurs mit Patienten und Kollegen, Stärken, Fähigkeiten, „Ressourcen“ der aufgenommenen Kinder und ihrer Familien zu betonen. Ein „Kontext von Kompetenz“ läßt sich entwickeln, wenn stationäre Behandlung von der Idee geleitet ist, Patienten zu helfen, auf Stärken und Ressourcen, die sie mitbringen, aufzubauen, und ihre eigenen Lösungen zu entwickeln. Demnach hat stationäre Behandlung nicht zum Ziel, Patienten zu „reparieren“, sondern damit, ihnen zu helfen, ein Selbstbild zu entwickeln, das ihnen erlaubt, sich als potentiell erfolgreich zu erleben, als kompetent und fähig, gemeinsam definierte Ziele zu erreichen.

Dieser Grundsatz stellt nicht nur für unsere Klienten einen Perspektivenwechsel dar, sondern ist auch für die Mitarbeiter einer psychiatrischen Institution eine Herausforderung. Er ist nicht leicht durchzuhalten, da einerseits die Sozialisation der Mitarbeiter in einer klinischen Institution, andererseits die „Philosophie“ eines Krankenhauses und der gesellschaftliche Kontext in dem dieses eingebettet ist, dagegen stehen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß es oftmals sinnvoller sein kann, in der Kommunikation mit den Patienten und unter uns Mitarbeitern, Pathologie- und Defizitdiskurse nicht von vorneherein zu vermeiden. Im Sinne einer Anschlußfähigkeit an die Bedeutungswelt der Patienten, an die Kommunikationsgewohnheiten der Mitarbeiter einer psychiatrischen Institution und an die Logik eines Krankenhauses, sehen wir oftmals die Notwendigkeit, im jeweils einzelnen „Behandlungsfall“ den Problemdiskurs aufzunehmen und zu überwinden.

4. Schaffung eines Rahmens, der eine gemeinsame Arbeit ermöglicht

Um die Ressourcen aller Beteiligten an diesem „gemeinsamen Projekt des Überganges“ optimal zu nutzen, schlage ich in Anlehnung an Helm Stierlin (Stierlin u. Simon 1984) das Konzept der „Bezogenen Individuation“ als theoretische Grundlegung für die Schaffung einer geeigneten Form der Zusammenarbeit vor: Komplexe Systeme (ein therapeutisches System im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes kann als System mit extrem hoher Komplexität

beschrieben werden) können dann ihre Möglichkeiten zur Erreichung eines gemeinsamen Zweckes am besten nutzen und entwickeln, wenn:

1. alle beteiligten Personen (Kind, Eltern, die verschiedenen Therapeuten bzw. Betreuer etc.) sowie alle beteiligten Subsysteme in denen das Kind eingebettet ist (Familie, sonstiges Bezugssystem des Kindes wie Wohngemeinschaft etc.) und alle Subsysteme der klinischen Institution (medizinische, psychologische, psychotherapeutische, ergotherapeutische etc.), unabhängig voneinander aus sich heraus, ihre Möglichkeiten einen Beitrag zu leisten entdecken und entwickeln (Prozeß der Individuation) und
2. diese Beiträge im Rahmen eines gemeinsamen Themas und Zieles sowie der dafür geeigneten Gesprächsstrukturen möglichst gut miteinander vernetzt werden (Prozeß der Bezogenheit).

Es scheint dies auch eine Möglichkeit zu sein, im Sinne Kurt Ludewigs (1988) einen Übergang von „Klinischen Systemen“, deren thematisches Bindeglied Probleme darstellen, zu „Therapeutischen Systemen“ mit einem „Thema des Aufenthaltes“ als Bindeglied, zu bewerkstelligen.

Dementsprechend experimentieren wir mit einem Ablauf des stationären Aufenthaltes, der von den folgenden Verlaufsphasen und Gesprächsstrukturen begleitet wird:

1. Abklärungsgespräche - Vorbereitungsphase

Üblicherweise wenden sich Bezugspersonen eines Kindes mit unterschiedlichen Problemsituationen und meistens mit unklaren Erwartungen an die Institution. In der Vorbereitungsphase werden die Eltern bzw. relevanten Bezugspersonen des Kindes und das Kind von der PsychologIn/PsychotherapeutIn zu einem oder mehreren Gesprächen eingeladen, um folgende Fragen zu klären:

Um welche Probleme geht es, was könnte ein Thema und ein erstes vorläufiges Ziel einer stationären Behandlung sein?

Ist der stationäre Aufenthalt tatsächlich die beste Unterstützung für das Kind und die Familie bzw. für die relevanten Bezugspersonen oder gibt es geeignetere Möglichkeiten (z. B. eine ambulante Familientherapie bei einer niedergelassenen PsychotherapeutIn) ?

Inwiefern stellt der stationäre Aufenthalt die beste Unterstützung dar, was soll hier erfahren, geübt, gelernt bzw. erreicht werden?

Schließlich wird bei diesen Gesprächen auch unser Konzept vorgestellt und es geht letztendlich

um die Frage, ob Kind und Bezugspersonen zu dieser von uns vorgeschlagenen Mitarbeit bereit sind. Kommt es bei diesen Gesprächen zu einer Entscheidung für den Aufenthalt, wird ein Termin für ein Aufnahmegespräch vereinbart.

2. Aufnahmegespräch - Anfangsphase

Das Aufnahmegespräch ist bereits die erste Gesprächsstruktur, die dazu dienen soll, den gesamten Prozeß der bezogenen Individuation symbolisch zu inszenieren und zu verdichten. Es nehmen daher alle teil, die einen Beitrag zur Arbeit am vereinbarten Thema leisten können bzw. wollen: Kind, ev. Geschwister, Eltern bzw. relevante Bezugspersonen des Kindes,

stationsführender Arzt, fallführende PsychologIn/PsychotherapeutIn (diese hat meistens auch die Vorbereitungsgespräche geführt), ein Vertreter des Betreuerteams, eventuell Ergotherapeutin, Sozialarbeiterin, Vertreterin der Krankenhausschule.

Moderiert wird die Sitzung meistens vom stationsführenden Arzt. Zuerst werden die Ergebnisse der Vorbereitungsgespräche zusammengefaßt: um welche Probleme geht es, wie sieht ein erstes vorläufiges Ziel des Aufenthaltes aus, an welchem Thema soll gearbeitet werden. Weiters wird darüber gesprochen, wie Teilschritte, auf dem Weg zum Ziel, in den ersten beiden Wochen des Aufenthaltes, ausschauen könnten. Jede(r) in der Runde spricht über seine Möglichkeiten, Beiträge zu leisten.

Damit hat die Anfangsphase begonnen, die davon geprägt ist, sich gegenseitig kennenzulernen, Stärken, Ressourcen, Probleme und Einschränkungen von Kind und Familie besser zu verstehen, und zu überprüfen, ob der eingeschlagene Weg und das vorläufig formulierte Ziel, stimmig sind, oder verändert bzw. modifiziert werden sollten. Diese Eindrücke werden in kurzen Fallbesprechungen der beteiligten Mitarbeiter ausgetauscht. Damit entwickelt sich auch ein neues Verständnis von Diagnostik: diese kann dann gesehen werden als erweiterter Erkenntnisrahmen, der während des gesamten Aufenthaltes handlungsrelevante Beschreibungen hervorbringen soll. Beschreibungen, die Aussagen über Ressourcen und Stärken, sowie über Einschränkungen (Defizite und als pathologisch definierte Phänomene) mit angestrebten Zielen verknüpfen.

3. Reflexionsgespräche - Übergangsphase

Nach den ersten zwei Wochen und nach jeweils weiteren zwei Wochen treffen sich die Teilnehmer des Aufnahmegespräches zur Reflexion der Fragen:

Was wurde bisher erreicht? Welche Ressourcen und Einschränkungen sind dabei sichtbar(er) geworden? Stimmt das Ziel nach wie vor oder muß es verändert bzw. modifiziert werden?

Welche Beiträge werden von den Beteiligten für die nächsten zwei Wochen ins Auge gefaßt?

Wie lange soll der Aufenthalt noch dauern?

Diese Reflexionsgespräche begleiten die gesamte „Schwellen- bzw. Übergangsphase“, da hier eben neue Erfahrungen gemacht werden sollen und Raum für alle am Prozeß Beteiligten geschaffen wird, diese Erfahrungen zu reflektieren.

4. Wiedereingliederungsphase - Abschlußgespräch - Abschlußfest

Dem Thema, wie die neuen Erfahrungen in den familiären Alltag transformiert werden können, wird von Anfang an Beachtung geschenkt. So dienen die „Beurlaubungen“ der Kinder dem Experimentieren mit den neuen Erfahrungen bzw. den neuen Fähigkeiten in der Familie.

In der letzten Phase liegt der Schwerpunkt naturgemäß verstärkt auf dem Thema der Integration der verschiedenen Veränderungen in die familiäre bzw. schulische Umwelt der Kinder.

In einem Abschlußgespräch - wieder mit allen Beteiligten - wird ein Resümee über den Aufenthalt gezogen, das Erreichte beschrieben, und Themen und Vereinbarungen für die Zeit danach besprochen. Schließlich wird ein Abschlußfest geplant, das symbolisch auf den Erfolg Bezug nehmen soll.

KURZE ZUSAMMENFASSUNG DER BISHERIGEN ERFAHRUNGEN

Das „Gelingen“ des stationären Aufenthaltes im Rahmen dieses Modells hängt vor allem von 2 Faktoren ab: Wie gut können alle Beteiligten die Einladung zur Mitarbeit annehmen und wie gut gelingt es allen Beteiligten, eine ziel- und ressourcenorientierte Haltung zu bewahren.

Das Modell stellt in jedem Fall eine Einladung an die Kinder und ihr gesamtes Bezugssystem zur intensiven Mitarbeit dar.

Diese Einladung konnte z. B. von Herbert, einem 10-jährigen Jungen, mit der Problematik nächtlichen Einnässens, sowie von seiner Pflegemutter, optimal angenommen werden. Als Ziel wurde das Erreichen eines „trockenen Bettes“ vereinbart. Thema für Herbert war, „den Kampf gegen die Nässe zu führen“. Gemeinsam mit den Betreuern wurden verschiedene Strategien im Kampf ums trockene Bett entwickelt. In der Familientherapie wurde dem Thema „wer ist wofür verantwortlich“ besonderer Stellenwert gegeben, und so bestand der Beitrag der Pflegemutter darin, möglichst wenig Verantwortung für die Situation an den Wochenenden zuhause zu übernehmen. In der Einzeltherapie ging es vor allem darum, wann Entspannung angesagt ist und wie Verantwortungsübernahme in verschiedenen Bereichen aussehen kann. Herbert erlebte einen regelrechten Wachstums- und Entwicklungsschub. Der Kampf gegen die Nässe war schon beim Ende des Aufenthaltes fast gewonnen, die Weichen in Richtung eines endgültigen Sieges waren gestellt.

Nicht immer kann die Einladung sofort von allen angenommen werden.

So wurde z. B. mit der Familie des 9-jährigen Sascha, der als hyperaktiv und in seinem Sozialverhalten als äußerst aggressiv beschrieben wurde, als Thema „Experten werden im Umgang mit unkontrolliertem Verhalten“ vereinbart. Ziel sollte sein, daß Sascha wieder eine Schule besuchen kann. Er war von seiner Schule aufgrund massiver Konflikte mit Lehrern und Schülern suspendiert worden. Die intensive Einbindung der Eltern bewirkte nach einiger Zeit eine für alle merkbare Veränderung der gesamten Situation. Waren die Eltern bisher Außenseiter, die von verschiedenen sozialen Institutionen für die Probleme verantwortlich gemacht wurden, erlebten sie nun eine achtungsvolle Haltung der Mitarbeiter gegenüber ihrer wachsenden Kompetenz und ihrem Engagement. Dies war offensichtlich eine neue Erfahrung für sie und ermöglichte weitere Veränderungsschritte. So trat die Mutter aus ihrer familiären Randexistenz heraus und übernahm immer mehr elterliche Funktionen. Sascha benötigte einige Zeit und die klaren elterlichen Vorgaben, um sich auf das Thema „Chef im eigenen Haus werden“, einzulassen. Dann allerdings lernte er immer besser nicht nur die „veränderte Mutter“ zu respektieren sondern auch andere erwachsene Personen auf der Station - Betreuer, Lehrerinnen der Krankenhausschule etc. Es kam zu einer produktiven Zusammenarbeit zwischen den Eltern und den Betreuern und Lehrerinnen auf der Station. Die Einbindung der Sozialarbeiterin des zuständigen Jugendamtes ermöglichte die Etablierung einer Zusammenarbeit zwischen Eltern und Jugendamt, die bis dahin nicht vorstellbar war. Im Laufe des gesamten Prozesses, gelang es, elterliche, sozialarbeiterische, pädagogische und psychotherapeutische Bemühungen auf eine Art und Weise zu verbinden, die bei Sascha, seinen Eltern und den professionellen Helfern ein Bewußtsein von Kompetenz vor dem Hintergrund dieser äußerst schwierigen Ausgangssituation ermöglichte.

Oft kann die Einladung zur Zusammenarbeit überhaupt nur von den Eltern angenommen werden. So waren bei Martin, einem 11-jährigen Jungen mit einer massiven Eßstörung und einer damit verbundenen, bedrohlichen Gewichtsabnahme, eigentlich nur die Eltern unsere Klienten. Sie hatten den Wunsch, neue Möglichkeiten im Umgang mit Martin zu erproben. Die Station hatte in diesem Fall eher die Funktion einer „Entlastungsstelle“.

In manchen Fällen erweist sich das soziale Umfeld der Kinder als zu brüchig, um sich auf ein gemeinsames Arbeitsprojekt einzulassen.

Bei Sonja, einem 11-jährigen magersüchtigen Mädchen, kam es sehr bald zu einem Abbruch des stationären Aufenthaltes, da sich Mutter und Tochter in der Ablehnung medizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen einig waren, und keines unserer Angebote zur Zusammenarbeit annehmen konnten.

Eine wichtige Erfahrung war für uns, daß stationärer Aufenthalt auch dann als Übergang gestaltet werden kann, wenn die gewünschte Wiedereingliederung in die Familie nicht mehr möglich ist, entsprechende soziale Maßnahmen zum Kinderschutz getroffen werden müssen, oder Fremdunterbringung die bessere Alternative darstellt. Dann geht es tatsächlich auch um eine Trennung von der ursprünglichen sozialen Umgebung und um die Aufgabe, während des Aufenthaltes mit den neuen Bezugspersonen Bedingungen zu entwickeln, die eine Integration in ein neues Milieu ermöglichen.

Für alle Mitarbeiter ist es in jenen Fällen nicht leicht, eine lösungs- und ressourcenorientierte Haltung zu bewahren, bei denen sich Probleme über längere Zeit nicht verbessern, oder sogar verschlechtern. Insbesondere wenn sich die Zusammenarbeit mit der Familie oder den relevanten Bezugspersonen als frustrierend erweist, bleibt es nicht aus, daß es zu Abwertungen, Pathologisierungen und „problemdurchtränkten“ Beschreibungen kommt. Fallbesprechungen, mit dem gemeinsamen Bemühen um alternative Sichtweisen, haben wir dann oftmals hilfreich erlebt.

Die 2-jährige Erfahrung mit dem Projekt hat uns gezeigt, daß dieses Konzept der Aufgabe gerecht wird, einerseits die vielfältigen Ressourcen und Therapieangebote einer derartigen Station zu entdecken, zu entwickeln und zu nutzen, andererseits auch die verschiedenen therapeutischen Ansätze zu integrieren und nicht einen bestimmten therapeutischen Stil oder Ansatz zu monopolisieren. Es stellt einen Rahmen dar, der für alle Beteiligten genügend Raum bietet, ihre - vor dem Hintergrund der eigenen Sozialisation für sie sinnvolle - je spezifische Herangehensweise an bestimmte Themen zu entwickeln und zu verwirklichen. Dieser Rahmen wird also dem Anspruch gerecht, die eigenen originären Ressourcen von „Patienten“ und „Helfern“ wertzuschätzen und sie in einen gemeinsamen Prozeß einzubinden.

Als nicht ganz einfach wurde die Aufwendigkeit erlebt, die ein solches Vorgehen im Vergleich zu anderen stationären settings aufweist. Bei entsprechendem Erfolgserleben wurde diese Aufwendigkeit gerne akzeptiert, bei frustrierenden Verläufen oftmals als starke Belastung erlebt. Eine weitere Einschränkung des Modells besteht in der Schwierigkeit, mit Patienten in krisenhaften Situationen umzugehen, vor allem dann, wenn die Institution vor der Verpflichtung zur Akutaufnahme steht. Diese Situationen wurden allerdings in den letzten beiden Jahren erstaunlicherweise immer seltener. Offenbar haben auch die Zuweiser einen

Lernprozeß durchgemacht, der bewirkt, daß sie die kinderpsychiatrische Institution anders zu sehen beginnen. In diesem Zusammenhang erscheint uns auch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf die Überweiser bedeutungsvoll. So entwickeln wir die möglicherweise etwas illusionäre Hoffnung, daß nicht nur der Kontext die Bedeutungen des jeweiligen Systems bestimmen muß sondern der umgekehrte Prozeß manchmal möglich wird.

Literatur

- Andersen T (1991) Beziehung, Sprache, Vor-Verstehen in reflektierenden Systemen. In: Systeme 3(2): 102 - 111.
- Anderson H, Goolishian H, Winderman I (1986) Problem determined Systems: Towards Transformations in Family Therapy. In: Journal of Strategic and Systemic Therapies 5,1-4
- Boscolo L, Bertrando P (1994) Die Zeiten der Zeit. Hamburg
- de Shazer S (1986) Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- de Shazer S (1989) Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Auer, Heidelberg
- Durrant M (1996) Auf die Stärken kannst du bauen. Verlag modernes Lernen, Dortmund
- Roberts J (1988) Setting the frame. In: Imber Black E u. a. (Hrsg.): Rituals in Families and Family Therapy. Norton, New York
- Ludewig K (1988) Problem - „Bindeglied“ klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter L u. a. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin
- Stierlin H, Simon F (1984) Die Sprache der Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Van Gennep A (1981) Übergangsriten (les rites de passage). Campus, Frankfurt/M.
- Walter G (1998) Lösungsortorientierte und narrative Ansätze in der systemischen Therapie. In: Brandl A u. a. (Hrsg): Systemische Familientherapie. Facultas, Wien
- White M (1986) Family Escape from Trouble. In: Family Therapy Case Studies, 1/1, Dulwich Centre, Adelaide