

# **Grundzüge einer narrativen Konzeption und therapeutischen Praxis in psychiatrischen Einrichtungen: Stationärer Aufenthalt als Übergang**

GERHARD WALTER

---

Die im Folgenden dargelegten Ideen und therapeutischen Vorgangsweisen wurden im Laufe einer längeren Entwicklungsphase an einer psychosomatischen Klinik für Kinder und Jugendliche entwickelt (Walter, 1998; Thun-Hohenstein u. Walter, 2001) und in der therapeutisch-psychiatrischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen langjährig erprobt.<sup>1</sup> Sie folgen einem systemischen und narrativen Verständnis von Heilungs- und Veränderungsprozessen im Kontext von psychiatrischen Aufenthalten. In modifizierten Formen sind eben diese konzeptuellen Ideen und therapeutischen Praktiken auch auf die psychiatrische Praxis mit Erwachsenen anwendbar.

## **Der zentrale Stellenwert der verbindenden Hauptnarrative für therapeutisches Arbeiten im psychiatrischen Kontext**

Das von White und Epston begründete narrative Menschenbild betont die Bedeutung von Erzählungen für die Konstituierung des Selbst und für die Konstruktion von Sinnerleben:

---

1 Das Modell »Stationärer Aufenthalt als Übergang« wurde ursprünglich an der kinderpsychosomatischen Station der Universitätsklinik Salzburg entwickelt. Die Station wird von einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie geleitet. Die pädagogische Arbeit und die Betreuung der Kinder und Jugendlichen im Stationsalltag wird von Pädagoginnen und Pflegekräften geleistet. Der Station stehen funktionelle Therapeutinnen, Psychologinnen und Psychotherapeutinnen zur Verfügung. Die hier behandelten Kinder und Jugendlichen sind zwischen sechs und 14 Jahren alt und werden im Zusammenhang mit unterschiedlichen psychosomatischen und psychiatrischen Problemstellungen aufgenommen. In der Folge wurde das Modell, teilweise in modifizierter Form, von anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen übernommen. In adaptierter Form sind die Grundzüge des Modelles auch in der Erwachsenenpsychiatrie praxisanleitend.

»Um einen Wandel im Leben wahrzunehmen – um das Leben als Prozess zu erkennen – und um sich darin selbst als veränderndes Element wahrzunehmen, benötigt der Mensch Mechanismen, die ihm helfen, die Ereignisse seines Lebens in einen Kontext kohärenter zeitlicher Abläufe einzuordnen – in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft« (White u. Epston, 1990, S. 51).

Bestimmte Erzählinhalte greifen aber nicht nur Erlebtes auf, sondern beeinflussen ihrerseits unser Leben und Verhalten. Die Geschichte des Selbst neu zu erzählen wird deshalb zum Dreh- und Angelpunkt narrativer Therapie (Jakob, 2021, S. 6).

Diese Überlegungen haben weitreichende Konsequenzen für Konzeption und Praxis therapeutischen Handelns in der Psychiatrie. Das traditionelle Paradigma psychiatrischer Praxis, wonach die Leitdifferenz Krankheit/Heilung und die dominierende Position der Behandelnden – insbesondere der Mediziner – das hierarchische Gefälle zwischen Behandelnden und Patientinnen und die damit verbundenen Machtstrukturen psychiatrischer Einrichtungen im Vordergrund steht, wurde immer wieder infrage gestellt beziehungsweise heftig kritisiert. Von den vielen Autoren, die sich mit der traditionellen Psychiatrie kritisch befassen, seien hier exemplarisch nur Basaglia (1974), Laing (1994) und Foucault (1993) erwähnt.<sup>2</sup>

Michael White greift die Foucault'sche Analyse der unterwerfenden Normierungsstrategien der traditionellen Psychiatriepraxis auf und schlägt vor, »[...] den gedanklichen Kontext unserer Praktiken festzustellen und die Entstehungsgeschichte unserer Gedanken zu untersuchen« (White u. Epston, 1990, S. 47).

---

2 Franco Basaglia (1924–1980) war ein engagierter Kritiker der menschenunwürdigen Zustände in italienischen Kliniken (Elektroschocks, Lobotomie, medikamentöse Ruhigstellung). Sein Engagement führte letztendlich zu einer radikalen Veränderung der Behandlung von Psychiatriepatienten in Italien. Grundlage seiner Kritik war vor allem die wissenschaftlich nicht reflektierte Rolle der psychiatrischen Autorität, die erst eine institutionelle Herstellung des Abnormalen ermöglicht, produziert und also mitkonstruiert.

Ronald D. Laing (1927–1987) betonte in seinen Texten immer wieder – im Vorgriff auf Foucault – die gesellschaftliche Konstruktion dessen, was wir als normal und pathologisch bezeichnen. In seiner Beschäftigung mit der inneren Dynamik der »schizophrenen Erfahrung« steht vor allem die Interpersonalität zwischen Ärztin und Patient sowie der soziale Zusammenhang mit der Familie im Vordergrund.

Michel Foucault (1926–1984) untersuchte in seiner Studie »Wahnsinn und Gesellschaft« die abendländische Trennung und Grenzziehung zwischen Vernunft und Wahnsinn und die Geschichte des Ausschlusses der »Irren«. Er thematisierte damit die dunklen Seiten der für die westliche Kultur typischen Rationalisierungsansprüche im Hinblick auf unterwerfende Normierungsstrategien.

Whites Schlussfolgerungen aus diesen Überlegungen münden in eine Ermutung, unsere therapeutischen Praktiken nicht an scheinbar objektiven Realitäten einer einheitlichen, globalen Wahrheit auszurichten, sondern viel mehr das »lokale Wissen« unserer Klientinnen beziehungsweise Patienten zu würdigen. Vor dem Hintergrund eines systemischen und narrativen Menschenbildes, das Menschen als erzählende, sinngenerierende und motivationale Wesen begreift, bilden daher die Erzählungen, die von Patientinnen, von deren relevanten Bezugspersonen und den Psychiatriemitarbeitern hervorgebracht werden, den zentralen Aspekt psychiatrischen Geschehens.

Es geht dann um nichts Geringeres als um die Entwicklung von Geschichten, die das Selbst neu oder verändert erzählen. So verstanden stellen psychiatrische Hilfestellungen den Raum bereit, in dem die Erkundung von Narrativen der Erweiterung, des Wachstums, der Entwicklung und der Selbstwirksamkeit ermöglicht werden. Die therapeutische Arbeit im psychiatrischen Kontext bezieht also ihr immens veränderungswirksames Potenzial aus der Entwicklung von gemeinsam geteilten, veränderungsrelevanten und prozessbegleitenden Narrativen aller am Veränderungsgeschehen beteiligten Personen und Subsysteme. Aus einer diskurstheoretischen Perspektive können diese Überlegungen auch einen weitreichenden Einfluss auf die Metaerzählungen über Psychiatrie bewirken und einen oftmals negativ konnotierten oder undifferenzierten Diskurs im Zusammenhang mit psychiatrischen Behandlungen durch hilfreichere Bedeutungsgebungen verändern. Die posthumanistische Philosophin Rosi Braidotti, deren Entwurf einer »nomadischen Subjektivität« für die zeitgenössische narrative Therapie zunehmend an Bedeutung gewinnt, betont vor allem die Dimension der Imagination, der Kreativität und der Relationalität von Subjekten sowie auch ihre Bewegung, ihre Bewegtheit und ihre Verwandlungsfähigkeit:

»Ethische Beziehungen schaffen mögliche Welten, indem sie auf Ressourcen zurückgreifen, die in der Gegenwart unerschlossen geblieben sind, einschließlich des Begehrens und unserer Vorstellungskraft. Sie aktivieren intensive oder nomadische Netze der Verbundenheit mit anderen« (Braidotti, 2017, S. 17).

Wenn man die potenziell hilfreichen Beziehungen, die im Rahmen von psychiatrischen Aufenthalten entstehen, als ethische Beziehungen im Sinne Braidottis versteht, finden wir eben da einen Möglichkeitsraum vor, der Verbundenheit entstehen lässt und für veränderungsrelevante Zwecke nutzbar gemacht werden kann.

In systemtheoretischer Begrifflichkeit kann Verbundenheit auch verstanden werden als Synchronisation der therapeutischen Bemühungen aller am Veränderungsprozess Beteiligten zur Schaffung von Synergieeffekten. Die Synergetik als Theorie und Wissenschaft der Selbstorganisation von Systemen erklärt, wie

Muster entstehen und sich verändern, wie das Neue in die Welt kommt, warum Systeme oft sehr rigide und stabil funktionieren und andere oder dieselben zu anderen Zeiten nach kleinsten äußeren oder sogar inneren Schwankungen ein völlig geändertes Verhalten aufweisen (Schiepek, Eckert u. Kravanja, 2013).

Auf dieser theoretischen Grundlage wird Psychotherapie (und in weiterem Sinne psychiatrisch-psychotherapeutisches Handeln) als ein Schaffen von Bedingungen für Selbstorganisationsprozesse der biologischen, psychischen und sozialen Systeme der Klientinnen verstanden, an dem sich Therapeutinnen und Klienten kooperativ beteiligen. Für die therapeutische Arbeit im psychiatrischen Kontext ergibt sich daraus der zentrale Stellenwert gemeinsam geteilter, erlebnisanleitender und handlungsanleitender Narrative, die diese Kooperation ermöglichen können.

## **Leitmotivische Erzählungen von Veränderungsprozessen als gerichtete Bewegung**

Schiepek et al. (2013) beschreiben notwendige und ausreichende »generische Prinzipien«, die die Selbstorganisation von Musterveränderungen in psychischen und sozialen Systemen fördern können. Ein zentrales generisches Prinzip stellt demnach Energie und Motivation dar (Schiepek et al., 2013). So gesehen gelangt die Entwicklung jener Erzählungen, die Bewegungen in Richtung attraktiver Vorstellungen des Selbst und seiner relevanten Bezugssysteme zum Inhalt haben, in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit aller am psychiatrischen Geschehen Beteiligten.

Braidottis Grundgedanke einer »nomadischen Ethik« besteht im Kern darin, dass die Bedingungen neuer politisch-ethischer Handlungsfähigkeit nicht aus dem unmittelbaren Kontext ableitbar sind oder aus den aktuellen Gegebenheiten. Sie müssen affirmativ und kreativ geschaffen werden, durch zukunftsorientierte Anstrengungen der Mobilisierung ungenutzter Möglichkeiten und Visionen, die in alltäglichen Formen des Zusammenwirkens mit anderen verwirklicht werden (Braidotti, 2013, S. 194).

Übertragen auf das psychiatrische Geschehen kann dies verstanden werden als das gemeinsame Schaffen von Bedingungen, die Narrative von gerichteter Bewegung hin zu attraktiven Vorstellungen ermöglichen. Der stationäre Aufenthalt kann dann als Möglichkeit des Erlebens und Erprobens neuer Selbstzustände und Handlungsoptionen begriffen werden. Damit kommen den erlebnisgenerierenden Erzählungen von Bewegung und Übergang besondere Bedeutung zu.

Ontogenetisch früher als die verbale Sprache entsteht aus Bewegungen heraus eine Kommunikation des Subjekts mit der Welt. Am Anfang des Lebens, bevor der Mensch Zugang zur Sprache hat, bewegt sich der Freiheitsspielraum von Menschen auf der Ebene von Bewegungen. Dieser Freiheitsspielraum ist beträchtlich hinsichtlich des kreativen Potenzials der Bewegungen, das sich der Mensch von Anfang seines Lebens an erschließt (Gebauer, 2015, S. 23).

Aus narrativer Sicht erweist sich dieser vorsprachlich erlebte Bewegungsraum als Vorstufe von sich im Zuge des Spracherwerbes entwickelnden Erzählungen, in denen potenzielle, virtuelle und zukünftige Bewegungen mit der gegenwärtigen Umgebung verknüpft werden. Sie ermöglichen den Bewegungen, sich gleichsam immer voraus zu sein; sie geben diesen einen Spielraum der Antizipation und damit einen praktischen Vorgriff auf die Dinge, die kommen werden (Gebauer, 2015, S. 25).

Verbinden sich reale Körperbewegungen mit Narrativen, die den möglichen Bewegungsraum zum Inhalt haben, taucht momenthaft ein Bündel von Emotionen, Gedanken, Erinnerungen und Bewertungen auf (Gebauer, 2015, S. 33). Dies kann in der therapeutischen Arbeit und insbesondere in ihrer psychiatrischen Ausprägung veränderungsanregend genutzt werden.

Unter diesen Gesichtspunkten kann die oftmals außergewöhnliche, ja verstörende Erfahrung eines psychiatrischen Aufenthaltes von allen am psychiatrischen Geschehen Beteiligten als Bewegung in einer Phase eines Überganges erzählt werden. Die therapeutische Arbeit wird dann auf das Erzählen und Erleben von Bewegungen fokussieren, die für das Leben der Patienten bedeutungsvoll und hilfreich sind.

## **Leitmotivische Erzählungen von Veränderungsprozessen als Übergang**

Insbesondere im Zusammenhang mit stationären therapeutischen Aufenthalten von Kindern und Jugendlichen bietet sich narrative Bezugnahme auf sogenannte Initiationsriten an, die jedenfalls zentrale biografische Übergänge darstellen. 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 beziehungsweise Gruppen symbolisch zum Ausdruck zu bringen, zu markieren, zu begleiten und zu erleichtern. Diese Übergänge und die damit verbundenen Übergangsrituale spielen in der Anthropologie und in der Ethnologie eine äußerst wichtige Rolle (van Genneep, 1909/2005). Immer geht es dabei um Übergänge von einem Status

geringerer Kompetenz (unreiferer Lebensabschnitt) zu einem Status erweiterter Kompetenz (reiferer Lebensabschnitt). Und zwar sowohl was die Anerkennung und Bestätigung durch die Außenwelt betrifft als auch in Bezug auf eine veränderte innere Wirklichkeit (Roberts, 1988, S. 7).

In vielen indigenen Stammeskulturen wird der Übergang vom Jungen zum Mann oder vom Mädchen zur Frau von komplexen rituellen Prozessen begleitet. Zum Beispiel verlassen die Jungen den Stamm zu einer festgelegten Zeit – sie lassen gewissermaßen ihre Kindheit hinter sich – und gehen hinaus in die Wildnis. Diese Phase wird in der anthropologischen Literatur als Trennungsphase bezeichnet.

Es folgt nun eine Zeit der Bewährung hinsichtlich des eigenständigen Überlebens in der Wildnis, die mit einer Fülle von Übungssituationen verbunden ist: Jagen, Kämpfen, sich an die Beute anschleichen usw. In dieser Zeit muss der Junge auch Mutproben bestehen und Schmerzerfahrungen erleiden und wird mit bestimmten Trancetechniken und halluzinationsinduzierenden Praktiken konfrontiert. Dies alles soll ihm dabei helfen, sein Totemtier zu finden – gleichsam einen konstituierenden Faktor seiner veränderten Ichgeschichte. Erst dann kann er als erwachsenes Mitglied der Gemeinschaft zu seinem Stamm zurückkehren. Diese Phase wird als Schwellenphase oder Übergangsphase bezeichnet.

Die Rückkehr zum Stamm stellt nun den letzten Teil dieses Überganges dar und wird üblicherweise als das eigentliche Initiationsritual beschrieben. Der junge Mann kehrt als Erwachsener zurück und wird von da an von der Gemeinschaft in seinem neuen Status gesehen.

Dabei wird der doppelte Aspekt des Rituals – also sowohl die soziale Dimension (Anerkennung des neuen Status durch die Gemeinschaft – das veränderte Narrativ hinsichtlich der Stellung und Position des jungen Mannes) als auch die psychische Dimension (Veränderung in der Ichgeschichte) – deutlich. Meist findet dann ein großes Fest statt, das eine öffentliche Würdigung des neuen Status einschließt. Diese Phase wird als Wiedereingliederungs- beziehungsweise Reintegrationsphase bezeichnet.

Wenn wir die stationäre Behandlung als eine Möglichkeit betrachten, die den Patientinnen und ihren Familien dabei hilft, zu einem reiferen Status hinsichtlich der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten zu gelangen, kann die Metapher des Übergangsrituals, die Erzählung des stationären Aufenthaltes als Übergang zu eben diesem Narrativ der Erweiterung, des Wachstums und der Entwicklung werden, das einen hilfreichen und einigenden Rahmen für alle am psychiatrisch-therapeutischen Prozess Beteiligten darstellt (Durrant, 1996, S. 37).

In Anlehnung an Durrant (1996) bildet die Beschreibung des stationären Aufenthaltes als Übergang eine zentrale Leitmetapher für das gesamte therapeu-

tische Handeln im Rahmen des stationären Aufenthaltes. Die von vielen Kulturen vorgegebenen Entwicklungs- und Veränderungsschritte stellen äußerst geeignete Bilder zur Verfügung, mit deren Hilfe die Zeit des stationären Aufenthaltes als wichtige Phase in der Lebensgeschichte der Patienten erlebt werden kann und darüber hinaus die Möglichkeit erschließen, diese Geschichten zu gestalten, gemeinsam mit den für sie relevanten Bezugspersonen.

Übergang bedeutet dann in diesem Zusammenhang einen Einschnitt in einen kürzeren oder längeren Prozess der Entstehung einer Problemgeschichte (White u. Epston, 1990) beziehungsweise eines Problemsystems im Sinne Goolishians und Andersons (Anderson, Goolishian u. Winderman, 1986). Einen Einschnitt in zweifacher Hinsicht:

1. den Übergang von defizitorientierten Beschreibungen der jeweiligen Lebenssituation zu kompetenzorientierten Beschreibungen im Umgang mit der erlebten beziehungsweise erzählten Problematik,
2. Erfahrungen von Kompetenz und Stärken im Rahmen des Problemthemas und im Hinblick auf ein gemeinsames Ziel.

Am Ende dieser Übergangsphase steht die Integration der neuen Erfahrungen, Erzählungen und Sichtweisen in den familiären Alltag, die praktische Bewährung der Veränderungen und somit die eigentliche Arbeit. Sinnvoll ist hier die Fortsetzung der therapeutischen Arbeit in einem ambulanten therapeutischen Setting, um diese Integration zu begleiten und das Erreichte zu erweitern. Der gesamte stationäre Therapieprozess kann dann metaphorisch auf der Grundlage dieses Dreiphasenmodells erzählt und erlebt werden.

So steht die »Trennungsphase« für die Vorbereitung des Aufenthaltes (»Worum geht es? Was möchte ich üben, lernen, neu oder anders verstehen?«) beziehungsweise für die ersten Grundzüge eines möglichen Zieles des Aufenthaltes (»Was möchte ich, was möchten wir erreichen, wann kann der Aufenthalt beendet werden?«). Diese Phase kann auch gesehen werden als Beginn einer Loslösung der Patientinnen und ihrer Familien vom Problem und der negativ konnotierten Vergangenheit, von bisherigen problemzentrierten und erfolglosen Lösungsversuchen.

Das zu dieser Trennungsphase passende therapeutische Angebot am Beginn des Aufenthaltes sehen wir in der therapeutischen Praxis des Externalisierens von Problemen beziehungsweise problematischem Erleben und problematisch erlebten Verhaltensweisen wie sie von Michael White und anderen Vertretern narrativer Therapie entwickelt wurde (White u. Epston, 1990). Dabei geht es um eine Neubestimmung und ein verändertes Erleben der Beziehung zwischen den als problematisch erlebten Inhalten und der Person der Patientin, die in

erster Linie als reichlich ausgestattet mit Ressourcen gesehen wird. Dazu passend Braidottis Definition des nomadischen, posthumanen Denkens, das in hohem Maße »[...] ein Denken in offenen Räumen und verleiblichten Vollzügen ist und einen qualitativen Sprung heraus aus dem Vertrauten erfordert (Braidotti, 2017, S. 196).

Die »Schwebe- oder Übergangsphase« steht für eine Zeit des Übens, des Ausprobierens (Versuch und Irrtum), der erlebten Erfolge und Misserfolge in einem »Klima der Ermöglichung«, welches durch die koordinierten Arbeitsweisen des Behandlungsteams erzeugt werden soll. Auch hier bietet sich externalisierendes Arbeiten an, insbesondere die Neubestimmung und das Ausprobieren einer veränderten Beziehung zum problematischen Erleben.

In dieser Phase, die den Hauptteil des stationären Aufenthaltes darstellt, liegt der Aufmerksamkeitsfokus aller Beteiligten auf den Stärken, den Fähigkeiten, den Ressourcen und den Erfahrungen des Gelingens. Diese Fokussierung ist dann Grundlage und Voraussetzung für neue, veränderungsgenerierende Erzählinhalte.

Dieser Perspektivenwechsel erfordert nicht nur von den Patienten, sondern auch von den Mitarbeiterinnen Transformationen ihrer gewohnten Erzählgewohnheiten im Hinblick auf das Beschreiben und Erleben des gesamten stationären Therapieprozesses. Diese Transformationsarbeit beginnt bei jedem Klienten und seiner Familie immer wieder aufs Neue.

Für das Behandlungsteam kann sich durch zunehmende Erfahrung mit diesem narrativen Blick eine bewegungs- und ressourcenfokussierte Praxis entwickeln, die zur eingeübten Routine wird. Bewährt hat sich dabei, vor allem bei den Teambesprechungen auf Moderationen zu achten, die Bewegungen und Ressourcen bei den Patientinnen im Auge haben. Regelmäßige Fortbildungen und Supervisionen können diese narrative psychiatrische Praxis entscheidend unterstützen, geht es doch darum, bestimmte, mehr defizitorientierte Sichtweisen der Mitarbeiter und den gesellschaftlichen Kontext, in den psychiatrische Kliniken eingebettet sind, zu überwinden. Im Sinne einer Anschlussfähigkeit an die Bedeutungswelt der Patienten und Mitarbeiterinnen kann es oftmals sinnvoll sein, Pathologie- und Defizitdiskurse nicht gänzlich zu vermeiden, sondern allmählich zu überwinden (Walter, 2001, S. 268).<sup>3</sup>

---

3 An der kinderpsychosomatischen Station der Salzburger Universitätsklinik hat sich jedenfalls durch mehrjährige Anwendungspraxis dieser narrativen Ideen bei begleitender kontinuierliche Teaminterviews und Supervision und entsprechenden Fortbildungen der verschiedenen Berufsgruppen eine gewisse Expertise beim Fokussieren auf »Hören, wie das Gras wächst« entwickelt. Großer Wert wird dabei auch auf die bewegungs-, übergangs- und zielorientierte Moderation von Teambesprechungen gelegt.



Die »Wiedereingliederungs- beziehungsweise Reintegrationsphase« steht für die Fokussierung auf die Möglichkeiten, wie diese neuen Erfahrungen im Alltag der Patientinnen und ihrer wichtigsten Bezugspersonen integriert werden können. Den Abschluss des gesamten Aufenthaltes bildet dann ein Fest, bei dem die Ernsthaftigkeit und die ernsthaften Bemühungen aller am Prozess Beteiligten feierlich gewürdigt werden. Bei diesem rituellen Ereignis wird dann öffentlich der »neue Status« der Patienten verkündet (»was wir erreicht haben«).

Übergang meint hier auch den Beginn einer neuen Phase der therapeutischen Unterstützung nach Beendigung des Aufenthaltes, in einem ambulanten Setting: Oftmals beginnt hier erst der umfangreichere Teil der therapeutischen Arbeit.

### **Leitmotivische Erzählungen von Veränderungsprozessen durch attraktive Zielbilder und Zukunftsgeschichten**

Es sind vor allem die emotional bedeutsamen Zukunftsbilder, Visionen, Utopien, die veränderungsrelevantes Handeln und Erleben bei allen am psychiatrischen Geschehen Beteiligten – sowohl bei den Patientinnen als auch bei den professionellen Helfersystemen – fördern und oftmals auch ermöglichen. Sie ermöglichen auch eine Synchronisierung der beteiligten Subsysteme (Helferinnen-systeme und Patientensysteme) und stellen die kraftvollen Impulse des gesamten selbstorganisierten Veränderungsprozesses dar (Walter, 2017). In ihrer Konzeption eines nomadischen Subjektes nimmt Braidotti Bezug zu einem »Stadium des Werdens«:

»Darin liegt das Paradoxon nomadischer Subjektivität auf dem Höhepunkt ihres Prozesses anders-als-sie-selbst zu werden und sich der Spannung zwischen dem Nicht-mehr und dem Noch-nicht zu befinden. Bricht in der Gegenwart eine nachhaltige Zukunft hervor, werden virtuelle Möglichkeiten in der Gegenwart aktualisiert« (Braidotti, 2017, S. 62).

Wenn Braidotti ausführt, dass die Bedingungen neuer politisch-ethischer Handlungsfähigkeit nicht aus dem unmittelbaren Kontext ableitbar sind, sondern affirmativ geschaffen werden, durch zukunftsorientierte Anstrengungen der Mobilisierung ungenutzter Möglichkeiten und Visionen (Braidotti, 2013, S. 194), so lässt sich dieser Grundgedanke posthumanistischer Ethik wirkungsvoll herunterbrechen auf die Entwicklung zukunftsorientierter Erzählungen im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten. Dazu passend auch die Definition

des Selbst als »[...] ein bewegliches Gefüge in einem gemeinsamen Lebensraum, den das Subjekt nie beherrscht oder besitzt, den es nur – und stets in Gemeinschaft in der Menge oder Gruppe – bewohnt und durchquert« (Braidotti, 2013, S. 196).

Psychiatrisch-therapeutisches Arbeiten stellt unter diesen Gesichtspunkten eine hervorragende Möglichkeit dar, gemeinsam geteilte Zukunftserzählungen und die dazu gehörigen Bilder zu entwickeln. Gemeinsam geteilt meint hier die Interaktion und Kooperation aller am psychiatrischen Geschehen beteiligten Personen beziehungsweise Subsysteme also der Patienten mit ihren wichtigsten Bezugspersonen und den professionellen Helfersystemen. Dies entspricht auch sozial-konstruktionistischen Wirklichkeitstheorien, wonach handlungsorientierende und erlebnisnahe Realitäten immer in gemeinsam hervorgebrachten Kommunikationen der für das Individuum relevanten sozialen Systeme entstehen (Gergen, 1996).

Es geht im gesamten Therapieprozess vor allem also auch um das Erleben und Intensivieren jener Glücksbilder, die kraftvolle Attraktoren des gesamten selbstorganisierten Veränderungsprozesses darstellen. Dies kann auf unterschiedlichen Systemebenen geschehen:

- Systemebenen des Individuums (Kognition, Emotion, Körperebene),
- Systeme, die das Individuum umgeben beziehungsweise in die es eingebettet ist: Familie, Peergroup außerhalb der Klinik, professionelle Helfersysteme in der Klinik, Mitpatienten (Walter, 2017).

## **Erlebnis- und körperorientierte therapeutische Arbeit im psychiatrischen Kontext**

Narrative Therapie kann als therapeutische Praxis verstanden werden, die davon ausgeht, dass Narrative alle Bereiche individueller und gesellschaftlicher Existenz bestimmen. Dies lässt sich auch mit der Vorstellung von Menschen als biopsychosoziale Wesen verbinden, die im Menschenbild medizinisch Handelnder in vielen Kulturen geläufig ist. Die Abbildung 1 stellt die vielfältigen Bereiche dar, auf die der Fokus therapeutischen Handelns gerichtet werden kann.

Die hier dargestellten Ebenen stehen miteinander in vielfältigen Wechselbeziehungen. So stellen die vertikal dargestellten Ebenen die Wechselwirkungen zwischen bestimmten Diskursen auf einer gesellschaftlichen Ebene und ihre weitreichenden Auswirkungen auf familiäre und individuelle Narrative dar, die wiederum untrennbar mit emotionalem und körperlichem Erleben verbunden sind. Auf der horizontalen Ebene wird die Verbundenheit der drei

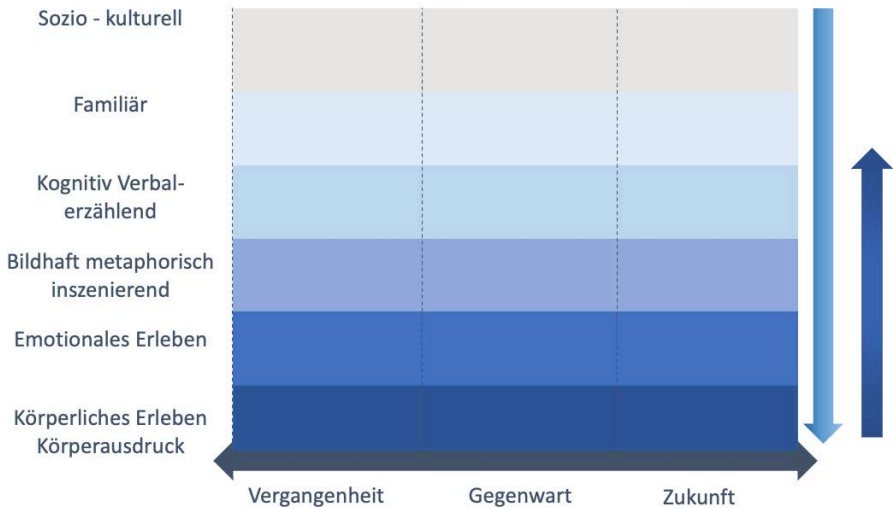


Abbildung 1

Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft abgebildet. Für die therapeutische Praxis im psychiatrischen Kontext stehen die erfahrungsnahen Dimensionen der familiären und individuellen Narrative sowie ihre Verbindung zu metaphorischen und bildhaften Beschreibungen sowie die damit verbundenen emotionalen Aspekte und das damit verbundene Körpererleben im Mittelpunkt. Wenn wir allerdings die Rahmenerzählungen von Bewegung, Übergang und attraktiven Zukunftsvorstellungen für den gesamten psychiatrisch-therapeutischen Prozess vorschlagen, betrifft diese Fokussierung eben auch eine gesellschaftsdiskursive Dimension.

Üblicherweise gelten für psychiatrische Einrichtungen die für die Medizin relevanten Begriffe Krankheit, Pathologie, Therapie, Heilung und die dazugehörigen Theorien. Die Fokussierung auf bewegungsbetonende Metazerzählungen stellen dagegen die Selbstwirksamkeit der Patientinnen in den Mittelpunkt und haben weitreichende Konsequenzen für das Erleben und Handeln aller am psychiatrischen Prozess Beteiligten.

Unter anderem verändert dies die Position der Patienten und ihrer wichti-

gen Bezugspersonen, die damit stärker in das Zentrum des angestrebten Veränderungsprozesses rücken. Die professionellen Helferinnen beziehen dabei eine eher dezentrale Position und eine Kooperation auf Augenhöhe wird wahrscheinlicher. Wenn also die Rahmenerzählungen für den stationären Aufenthalt Übergang, Bewegung, Richtung und Ziel thematisieren, rücken jene therapeutischen Praktiken in den Mittelpunkt, die diese Inhalte auf unterschiedlichen Ebenen erlebbar machen.

Für Therapeutinnen bieten sich damit vielfältige erlebnisanregende Vorgangsweisen an. Auf einer *kognitiv-narrativen Ebene* könnte es z. B. um die Entwicklung von zwei Erzählungen über attraktive Zukunftsbeschreibungen gehen (Walter, 2017, S. 105 ff.):

- Mittel- bis langfristige Lebensziele  
Eine dazu einladende Frage der Therapeutin könnte sein:  
»Stelle dir vor, es ist ein Jahr (fünf Jahre etc.) vergangen, du hast dich von deiner Angst befreit – wie sieht dein Leben aus?«
- Annäherungsziele für den stationären Aufenthalt  
Eine dazu einladende Frage des Therapeuten könnte sein:  
»Und wenn die Zeit in der Klinik einen Übergang in deinem Leben in diese neue Richtung darstellt, was wird dann anders sein als jetzt? Was ist der nächste Schritt dorthin? Wer kann dabei hilfreich sein?« (z. B. Eltern, Partner, Mitpatientinnen, Mitarbeiter in der Klinik)

Auf der *emotionalen Ebene* bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten der Intensivierung der attraktiven Zukunftsbeschreibungen an, wie z. B. die Visualisierung durch Imagination von attraktiven Filmsequenzen (Walter, 1999, S. 13 ff.). Die Patientinnen werden eingeladen, kurze Filmsequenzen zu imaginieren, die auf dichte, komprimierte Weise eine Lebenssituation rund um die Zielerreichung zeigen. Bei dieser Vorgangsweise ergibt sich die Möglichkeit, neben der visuellen Imagination auch akustische Vorstellungen zu entwickeln (Umgebungsgeräusche, äußere und innere Dialoge, Filmmusiken etc.). Auf diese Weise können sich Patienten als Hauptdarsteller beziehungsweise Helden in ihrem eigenen Lebensfilm beobachten.

Das symbolische Schaffen eines Weges zum Ziel, das tatsächliche Gehen zum Ziel und das auch körperliche Erleben der Zielerreichung stellt eine weitere Intensivierungsmöglichkeit auf einer *körperlichen Ebene* dar (Walter, 1999, S. 13 ff.). Dabei wird der Patient aufgefordert, einen Platz im Raum zu markieren, der für das Erreichen der Zielvisionen steht, und zu diesem Platz zu gehen. Damit wird dem symbolischen und körperlichen Erleben des leitmotivischen Bewegungsnarratives ein erlebnisorientierter Raum gegeben.

Hat die Patientin diesen Platz erreicht, wird sie gebeten, eine Körperhaltung einzunehmen, die zu dieser Situation passt. Es findet ein »Interview in der Zukunft« statt, bei dem die Patientin thematisieren kann, mit welchem Körpererleben, welcher Atmung, welchen Emotionen und welchem Selbstbild diese bedeutungsvolle Situation in ihrem zukünftigen Leben verbunden ist. Es kann hier gefragt werden, welche wichtigen Bezugspersonen diese Veränderungen bemerken werden und was das für diese Personen bedeutet.

Im Laufe des Aufenthaltes kann diese Arbeit mit den Patienten regelmäßig wiederholt werden. Dadurch kann das Bewegungsnarrativ immer wieder erlebnisnah aufgegriffen werden. Darüber hinaus können mit den Patientinnen immer wieder neue Narrative entwickelt werden, die davon handeln, was »auf diesem Weg« schon gelungen ist beziehungsweise welche Schwierigkeiten auftreten und wie diese überwunden werden können.

### **Schaffen von Synergieeffekten durch Synchronisierung der multidisziplinären psychiatrischen Arbeit**

Therapeutische Arbeit im Rahmen von psychiatrischen Einrichtungen kann ein immens veränderungsrelevantes Potenzial entwickeln, wenn es gelingt, die multidisziplinäre Arbeit zu koordinieren, um dadurch Synergieeffekte zu erreichen, die in der ambulanten Einzel- oder Familienarbeit so nicht erreichbar sind (Walter, 2017, S. 105 ff.). Um die Ressourcen aller Beteiligten an diesem gemeinsamen Projekt von Bewegung und Übergang optimal zu nutzen, orientieren wir uns an Helm Stierlins Konzept der bezogenen Individuation (Stierlin, 1982) als theoretische Grundlage für das Schaffen einer geeigneten Form der Zusammenarbeit (Walter, 2001, S. 162 ff.). Dabei geht es im psychiatrischen Kontext darum, dass

1. alle beteiligten Personen (Klientin und ihre Partnerin beziehungsweise ihre Familie sowie alle beteiligten Helfersysteme auf der Station) aus sich heraus ihre Möglichkeiten entdecken und entwickeln, einen Beitrag zur gewünschten Veränderung zu leisten (Prozess der Individuation) und
2. diese Beiträge im Rahmen des gemeinsamen Themas des Aufenthaltes entlang der Rahmennarrative sowie der dafür geeigneten Gesprächsstrukturen möglichst gut miteinander vernetzt werden (Prozess der Bezogenheit).

Die Abbildung 2 stellt eine Übersicht dar, über die für den gemeinsamen psychiatrisch-therapeutischen Prozess infrage kommenden Personen und Systeme.

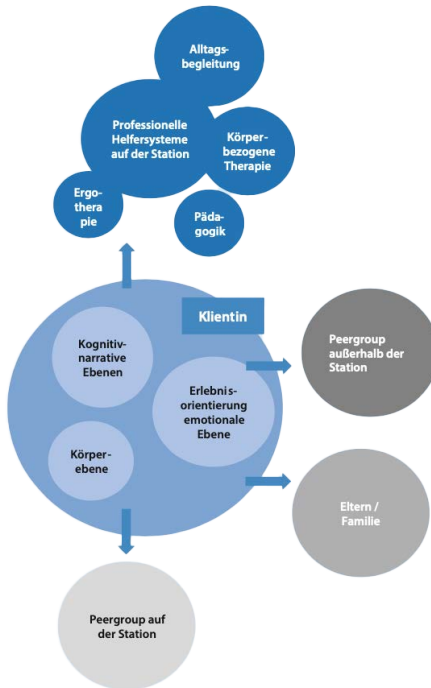


Abbildung 2

Vielfältige Möglichkeiten der Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten sind hier möglich. Bei der therapeutischen Arbeit *mit dem Partner beziehungsweise den Familienmitgliedern* des Patienten geht es darum, das Thema des Aufenthaltes rund um die leitmotivischen Narrative gemeinsam zu thematisieren und aufeinander abzustimmen.

Im Sinne einer erlebnisnahen Intensivierung hat sich unter anderen auch die Arbeit mit dem Familienbrett (Ludewig, 1983) und die Arbeit mit lebenden Skulpturen (Satir u. Baldwin, 1988) bewährt. Dabei geht es immer um die Frage, wie die wichtigsten Bezugspersonen die Bewegung und den Übergang in die gewünschte Richtung unterstützen können. In diesem Rahmen bewähren sich auch Vorgangsweisen, die Erfahrungen von Stärken, Fähigkeiten, Werten und Tugenden der ganzen Familie thematisieren und erlebbar machen. Die Reflexion von neuen Erfahrungen bei »Beurlaubungen« im vertrauten Umfeld der Patientin sind dabei wichtige Elemente der gemeinsamen Reflexion.

*Die Bedeutsamkeit der Mitpatienten* für Veränderungsprozesse bei stationären Aufenthalten stellt einen weiteren wichtigen Synchronisationsschritt dar. Vielfache Möglichkeiten haben sich dabei als hilfreich erwiesen:

- Patientinnen erzählen sich ihre gewünschten Zukunftsperspektiven und ihre Erfahrungen mit Bewegung und Übergang im gruppentherapeutischen Setting – die Bewegung kann gemeinsam im Raum erfolgen und erlebt werden. Dadurch wird das individuelle Narrativ von einer »Zeugenschaft«, White nennt dies »outsider witness group« (White, 1995, S. 172 ff.), nochmals verdichtet und gefestigt.
- Patienten stellen die gewünschte Veränderung im Rollenspiel dar.
- Mit den Mitpatientinnen können die von der Patientin entwickelten Film-szenen tatsächlich inszeniert und gefilmt werden – mit den Mitpatienten als Filmdarstellern.
- Schließlich kann für den Abschluss des stationären Aufenthaltes gemeinsam mit der Patientengruppe ein Abschlussfest für die Patientin geplant werden, bei dem das Erreichte entsprechend thematisiert und gewürdigt wird.

Die an der psychosomatischen Station der Universitätsklinik Salzburg erprobten *Gesprächsstrukturen* sind darauf ausgerichtet, ein hohes Ausmaß an Synergieeffekten zu ermöglichen. Dabei wird der Ablauf des stationären Aufenthaltes von den folgenden Verlaufsphasen und Gesprächsstrukturen begleitet:

#### ***Abklärungsgespräche – Vorbereitungsphase***

Vor dem Aufenthalt werden die Eltern und das Kind von der später fallführenden Psychotherapeutin zu ambulanten Gesprächen eingeladen. Dabei wird die Problemsituation, ein vorläufiges Ziel des Aufenthaltes, das therapeutische Konzept und die Gesprächsstrukturen besprochen. Kommt es bei diesen Gesprächen zu einer Entscheidung für die Aufnahme, wird ein Termin für ein sogenanntes Aufnahmegespräch vereinbart.

#### ***Aufnahmegespräch – Anfangsphase***

Dies ist der Beginn einer Reihe von strukturierten Gesprächen, die dazu dienen sollen, den gesamten Prozess der bezogenen Individuation symbolisch zu inszenieren und zu verdichten. Daher ist von da an die Teilnahme von Kind beziehungsweise Jugendlichen, seinen Eltern sowie des Behandlungsteams bestehend aus Ärztin, Psychotherapeut, Betreuerin, Sozialarbeiter und funktionellen Therapeutinnen vorgesehen. Es werden die Ergebnisse der Vorbereitungsgespräche zusammengefasst und es wird über erste Ideen darüber gesprochen, was jeder der Beteiligten zum Veränderungsprozess beitragen kann. Diese »Planungs- und Steuerungsgruppe« plant und reflektiert in 14-tägigen Abständen den gesamten Aufenthalt.

### **Reflexionsgespräche – Übergangsphase**

Nach jeweils zwei Wochen treffen sich die Teilnehmer dieser Planungs- und Steuerungsgruppe, um Ziel und Bewegung der gemeinsamen Arbeit aus der Sicht aller Beteiligten zu reflektieren, Teilziele für die nächsten zwei Wochen zu überlegen und die entsprechenden Beiträge aller Beteiligten zu thematisieren. Alle Entscheidungen die den Aufenthalt betreffen, auch Dauer und Beendigung, werden in diesen Gesprächen entschieden.

Die Beendigung des Aufenthaltes bildet das sogenannte *Abschlussgespräch*, in dem die Ergebnisse aus der Sicht aller Beteiligten und die weitere therapeutisch-ambulante Vorgangsweise thematisiert werden. Das Abschlussritual bildet ein *Abschlussfest*, bei dem die Veränderungen und die Erfolge der Patientin gewürdigt werden und an dem die Mitpatienten teilnehmen. Diese »Zeugenschaft« durch wichtige Bezugspersonen der Patientin erscheint uns für die Intensivierung der Neuerzählung des Selbst am Ende des Aufenthaltes äußerst bedeutungsvoll. Unabhängig von diesen Reflexionsgesprächen arbeitet der Therapeut mit den Patientinnen im einzeltherapeutischen und im familientherapeutischen Setting (Walter, 1998, S. 52 ff.). Die Fallgeschichte des elfjährigen Saschas kann hier beispielhaft für das Zusammenwirken aller am stationären Prozess Beteiligten stehen.

Sascha wurde in den ambulanten Abklärungsgesprächen von seinen Eltern als äußerst auffällig in seinem Sozialverhalten beschrieben. Er war von seiner Schule aufgrund massiver, äußerst aggressiv ausgetragener Konflikte mit Lehrern und Schülern, ausgeschlossen worden. Wieder eine Schule besuchen zu können, nannte Sascha als Ziel des Aufenthaltes. Mit den Eltern wurde die Zielformulierung »souveräne Eltern im Umgang mit Saschas Schwierigkeiten« entwickelt. Vor dem Hintergrund der massiven Problematik sahen die Eltern die stationäre Therapie als geeignetste Veränderungsoption.

In einer ersten Phase des Aufenthaltes konnte Sascha, der sich als Opfer seiner Wutanfälle erlebte, das Wutmonster zeichnen und die Erfahrung der Trennung von seiner gewohnten Umgebung als Möglichkeit verstehen, sich von der bisherigen Tyrannei durch das Wutmonster nicht mehr länger beherrschen zu lassen. Die Zielformulierung »Chef im eigenen Haus werden« wurde von ihm begeistert aufgegriffen. Sascha wurde in den einzeltherapeutischen Gesprächen in dieser ersten Phase zum »Produzenten« von Filmszenen, in denen er – als Chef im eigenen Haus – souveräne Formen im Umgang mit Konfliktsituationen fantasierte. Auf großen Plakaten zeichnete er sein »Problemland« sowie sein »Lösungsland« und den Weg dorthin. Das Gehen vom Problemland zum Lösungsland ermöglichte verkörpertes Erleben des Bewegungsnarratives. Das Betreten des gezeichneten Lösungslandes fokussierte



auf das Erleben seiner bevorzugten Ichgeschichte. Dieses symbolisch dargestellte Veränderungsgeschehen wurde im Laufe des Aufenthaltes in der Einzeltherapie immer wieder angeregt und Sascha konnte dadurch einschätzen, wo auf diesem Weg er sich gerade erlebte.

Der Aufenthalt stellte auch insofern einen Übergang dar, als es in der Arbeit mit den Eltern gelang, Verantwortung und Kompetenz der Eltern für ihren Sohn zu fördern. In den familientherapeutischen Gesprächen konnten die attraktiven Zielbilder und der Weg dorthin immer wieder aufgegriffen werden und der unterstützende Beitrag der Eltern thematisiert werden. 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 Mitarbeiterinnen gegenüber ihrer wachsenden Kompetenz und ihrem Engagement. Diese neue Erfahrung – insbesondere auch durch ihre zentrale Stellung in den Reflexionsgesprächen – ermöglichte wiederum weitere Veränderungsschritte. Sascha konnte sich bei den »Wochenendurlaubungen« nach einiger Zeit immer besser auf die für ihn ungewohnten, klaren elterlichen Vorgaben einlassen.

Mit der Zeit lernte er, nicht nur die »veränderten Eltern«, sondern auch Betreuer, Lehrerinnen und andere Mitarbeiter zu respektieren. Neue Interaktionserfahrungen mit den Mitpatientinnen auf der Station halfen ihm dabei, Chef im eigenen Haus zu werden und die Tyrannei durch das Wutmonster immer weniger zuzulassen. Die Schwierigkeiten, die Sascha in vielen Interaktionssituationen mit den Mitpatienten und dem Stationsteam erlebte, konnten in seiner Einzeltherapie aufgegriffen werden und alternative Verhaltensweisen überlegt und erprobt werden.

Die neuen Erfahrungen, die immer wieder gemeinsam reflektiert wurden, ermöglichten es, elterliche, sozialarbeiterische, pädagogische und psychotherapeutische Bemühungen zu verbinden und so ein steigendes Bewusstsein von Kompetenz im Umgang mit der Problematik zu ermöglichen. Ambulante Familientherapie wurde in der Endphase des Aufenthaltes von den Eltern in die Wege geleitet. Im Abschlussgespräch konnten sich die Eltern als souverän(er) im Umgang mit Saschas Problematik erzählen und Sascha selbst als »Chef im eigenen Haus«. Eine Beschreibung, die von allen Teilnehmern an diesem Gespräch bestätigt wurde. Bei seinem Abschlussfest mit Eltern, Mitarbeiterinnen und den anderen jugendlichen Patienten würdigte sein Therapeut noch einmal in komprimierter Form den erfolgreichen Übergang zu einem neuen, veränderten und bevorzugteren Entwicklungsstand der ganzen Familie.

## Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die Erfahrungen mit dieser narrativen Konzeption und Praxis psychiatrischer Aufenthalte stellt eine Einladung an Patientinnen und an ihr familiäres Umfeld zur intensiven Mitarbeit dar und das Gelingen des gesamten psychiatrisch-therapeutischen Prozesses hängt davon ab, in welchem Ausmaß diese Einladung angenommen werden kann. Vergleichbare Vorgangsweisen finden sich auch in Seikkulas Arbeit zum »open dialogue« (z. B. Seikkula, 2003). Demnach bewähren sich Gesprächsformen, die eine Teilnahme aller am psychiatrischen Veränderungsprozess Beteiligten vorsehen. Dadurch wird die gemeinsame kommunikative Entwicklung des gesamten therapeutischen Prozesses von der Aufnahme bis zur Beendigung ermöglicht.

Die so verstandene psychiatrisch-therapeutische Arbeitsweise zielt insgesamt auf eine erfahrungsgeleitete Neuerzählung des Selbst von der Patientin und ihren relevanten Bezugspersonen ab. Die Aufgabe der Psychiatriemitarbeiter besteht vor allem darin, den Erfahrungsraum für diese Neuerzählungen bereitzustellen und die neuen Erfahrungen zu unterstützen und zu bezeugen.

## Literatur

- Anderson, H., Goolishian H., Winderman I. (1986). Problem determined systems: towards transformations in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 1–4.
- Basaglia, F. (1974). Was ist Psychiatrie? In F. Basaglia (Hrsg.), *Was ist Psychiatrie?* (S. 7–19). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Braidotti, R. (2013). *Posthumanismus*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Braidotti, R. (2017). *Politik der Affirmation*. Berlin: Merve.
- Durrant, M. (1996). *Auf die Stärken kannst du bauen*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Foucault, M. (1993). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gebauer, G. (2015). Ordnung und Erinnerung. In G. Klein (Hrsg.), *Bewegung. Sozial- und kulturwissenschaftliche Konzepte* (S. 23–42). Bielefeld: transcript Verlag.
- Gergen, K. J. (1996). *Das übersättigte Selbst*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Jakob, P. (2021). Die Neuerzählung des Selbst. *Familiendynamik* 21 (1), 6–17.
- Laing, R. D. (1994). *Das geteilte Selbst*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Ludewig, K. (1983). Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: Das Familienbrett. *Familiendynamik* 8 (3), 235–251.
- Roberts, J. (1993). Den Rahmen abstecken. Definition, Funktion und Typologie von Ritualen. In E. Imber-Black, J. Roberts, R. A. Whiting (Hrsg.), *Rituale* (16–73). Heidelberg: Carl-Auer.
- Satir V., Baldwin H. (1988). *Familientherapie in Aktion*. Paderborn: Junfermann.
- Schiepek, G., Eckert, H., Kravanja B. (2013). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- Seikkula, J. (2003). Wenn der Dialog zur Behandlung wird: Grundlagen des Gespräches und Optimierung der Therapieversammlung. In V. Aderhold, Y. O. Alanen, G. Hess, P. Hohn (Hrsg.), *Psychotherapie der Psychosen* (S. 197–212). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Stierlin, H. (1982). *Delegation und Familie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Thun-Hohenstein, L., Walter G. (2001). *Bezogene Individuation und Übergang*. In B. Mangold (Hrsg.), *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 176–182). Stuttgart: Kohlhammer.
- van Gennep, A. (1909/2005). *Übergangsriten*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Walter, G. (1998). *Stationärer Aufenthalt als Übergang*. *Systeme* 12 (2), 52–58.
- Walter, G. (1999). *Vom Finden des eigentlichen Selbst*. *Systeme* 13 (1), 13–29.
- Walter, G. (2001). *Vom Problemland zum Lösungsland – Stationäre systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 262–277). Heidelberg: Carl-Auer.
- Walter, G. (2017). *Vom Bärengeist und vom Büffelgeist*. *Pädiatrie und Pädologie*, 53, 105–109.
- White, M. Epston D. (1990). *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Carl-Auer.
- White, M. (1995). *Reflecting team works as definitional ceremony*. In M. White, (Ed.), *Reauthoring lives: Interviews and essays* (pp. 172–198). Adelaide: Dulwich Centre.