

Schepker, Renate / Vasen, Petra und Eggers, Christian

Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 5, S. 173-180

urn:nbn:de:bsz-psydok-38345

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt 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 dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach)	23
--	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--	--

troliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenil Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Un-		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen
(Direktor: Prof. Dr. Ch. Eggers)

Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station

Renate Schepker, Petra Vasen und Christian Eggers

Zusammenfassung

Es wird ein Konzept pädagogischer Elternarbeit auf der Ebene des Pflege- und Erziehungsteams vorgestellt. Mittels Vorkontakten vor der stationären Aufnahme und ihrer überlegten Gestaltung und einem reflektierenden pädagogischen Umgang mit Besuchsnachmittagen, Elternabenden und Elternbesuchswochenenden leistet das pflegerische Stationsteam einen eigenständigen Beitrag zur Elternarbeit. Möglichen Problemen der neuen Eltern-Erzieher-Konstellationen und Rollendefinitionen werden die bisher im Team skotomisierten Probleme der alten Rollenverteilung gegenübergestellt. Sie werden auf dem Hintergrund psychodynamischer Prozesse diskutiert. Die Vorbedingungen eines solchen Vorgehens werden geschildert als: Qualifikation und Motivation der Stationsmitarbeiter, Einordnung der beschriebenen Elternarbeit in die Zielbestimmung des Gesamtteams, Einhalten von Besprechungsstrukturen und gemeinsame Supervision. Mögliche Erfolgsparameter (disziplinari-

sche Entlassungen, Therapieabbrüche, außerfamiliäre Unterbringungen) zeigten aufgrund der kleinen Patientenzahl keine meßbaren Verbesserungen und werden hinsichtlich ihrer Eignung diskutiert.

1 Einleitung

Die Einbeziehung der Eltern in die stationäre Psychotherapie eines Kindes gilt nach einer neueren Übersichtsarbeit (PFEIFFER u. STRZELECKI 1990) nach wie vor als potenter Prädiktor für den Therapieerfolg. Da bisher die Familienarbeit im stationären Setting den ärztlichen und psychologischen Therapeuten überlassen war, existiert nahezu keine Literatur über die Rollen der anderen Berufsgruppen, denen eine basale Bedeutung bei der Herstellung einer kooperativen Beziehung zukommt (vgl. KRAEMER 1987). Im Sinne einer systemischen Sicht sind alle Berufsgruppen des therapeutischen Teams gefordert, einer

Patientenfamilie therapeutisch zu begegnen. Begreifen sich demzufolge die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsteams als Bezugspersonen für Kind und Eltern, müssen neue Arbeitsweisen und Arbeitsstrukturen geschaffen werden, und es muß eine andere Dynamik im Gesamtteam entstehen.

Der folgende Beitrag versteht sich gleichzeitig als Anstoß zur Diskussion um eine Qualitätssicherung im Bereich der kinderpsychiatrischen Pflege- und Erziehungsteams¹ und zur Selbstdefinition einer Berufsgruppe, die Nachwuchsprobleme zu überwinden hat.

2 Elternarbeit stationärer Einrichtungen in der Literatur

Die Psychiatrie-Personalverordnung (im weiteren „Psych-PV“, zitiert nach WIENBERG et al. 1991) beschreibt Grundprinzipien für die kinderpsychiatrische Stationsarbeit: Gruppenpflege und pflegerisch-heilpädagogische Behandlungsgruppe, das Schaffen einer „emotional tragenden Atmosphäre mit persönlichen Bindungen (Bezugspersonensystem), die Gestaltung familienähnlicher Bedingungen ...“ (Psych-PV, § 9, Begründung). Die interdisziplinäre Behandlung „hat die Angehörigen der Kinder und Jugendlichen miteinzubeziehen“. Explizit sieht das Tätigkeitsprofil der Pflege- und Erziehungskräfte die Mitwirkung bei der Familientherapie, die Begleitung bei Hausbesuchen und die Mitwirkung an Elterngruppen vor, je Stationsmitarbeiter etwa in einem Umfang von einer Wochenstunde. Wenige konzeptuelle Überlegungen sind bisher zur Gestaltung der Kontakte zwischen dem Pflege- und Erziehungsteam einer Station und den Eltern veröffentlicht worden.

HAAR et al. (1979) schildern im Rahmen des Tiefenbrunner Langzeittherapiemodells Gruppentreffen mit Eltern und Erziehern, die konkrete Aktivitäten und das Reglement des Alltags zum Inhalt haben, aber auch allgemeine pädagogische Aspekte betreffen können. Weitergehende Ziele wie die Erhaltung oder Wiederherstellung der Selbsteinschätzung der Eltern oder Schuldentlastung gelten als Aufgabe der von Ärzten oder Psychologen durchgeführten Elterngruppentherapie (vgl. auch SONNENBURG 1994 b). WARNKE (1988) unterscheidet verschiedene Formen des Umgangs mit Eltern: Elternkontakt, Elternberatung, Elterngruppen, Elterntherapie und Elterntraining. Hierbei wird nicht von einer gleichzeitigen Anwendung verschiedener Formen ausgegangen – wie Elternkontakt auf der Station, Elterntherapie beim Arzt oder Psychologen – und es wird zwischen den Rollen der einzelnen beteiligten Berufsgruppen nicht differenziert. Eine Ausnahme von der überwiegenden Arzt- und Psychologenzentriertheit einer auf Veränderung abzielenden Elternarbeit stellt das von WOOLSTON (1989) vorgestellte ‚Transaktionale Risikomodell‘ dar, das auf einem behavioral-systemischen Ansatz basiert. Hier fun-

gieren Eltern im Stationsalltag als Mitglieder des therapeutischen Teams für ihr Kind und erlernen von den jeweiligen Fachleuten (Familien-, Milieu-, Einzeltherapeuten und Lehrern) die notwendigen Fertigkeiten für den therapeutischen Umgang mit ihm. Die Symptomatik des Kindes wird dabei als Ausdruck eines sich selbst erhaltenden Systems verstanden. Ein sehr guter Austausch im Team sowie konsistente und stabile Beziehungen zu den Eltern von seiten aller Berufsgruppen seien für das Modell essentiell, das nur 3% Therapieabbrüche zeitigte (WOOLSTON 1989).

Für pädagogische Mitarbeiter in Kinderheimen scheinen systemische Sichtweisen geläufiger als für Mitarbeiter in der Kinderpsychiatrie zu sein. BRÖNNEKE (1988) beschreibt den Loyalitätskonflikt, der ohne die Anwendung der systemischen Perspektive in Heimerziehung und Jugendpsychiatrie gleichermaßen entstehe. Als Ausdruck dieses Konfliktes ringen sowohl Eltern als auch Erzieher in einer symmetrischen Beziehungseskalation um die Funktion der „besseren Eltern“, wobei die Professionalität, aber auch die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes verlorengehen. Darüber hinaus bestehe die Gefahr eines Ausagierens von institutionellen Konflikten, zum Beispiel zwischen der Ebene des erzieherischen und des therapeutischen oder des Leitungspersonals, über die Kinder. Familiengespräche sollten nach BRÖNNEKE (1988) mit den Gruppenerziehern stattfinden.

Im Licht einer systemischen Sichtweise gehen nach SCHWEITZER und REUTER (1991) die Mitarbeiter der Phantasie verlustig, für die Entwicklung des Kindes von zentralerer Bedeutung zu sein als die Eltern. Positiv sei andererseits auch eine Entlastung zu verzeichnen, da sich als Folge solcher Allmachtsphantasien häufig Ohnmachtsgefühle eingestellt hätten. Entscheidend sei bei der Einführung eines neuen Herangehens, daß die Denkweise den Mitarbeitern einleuchte und daß sie die konkrete Erfahrung der Vorteile in der täglichen Arbeit machen könnten (SCHWEITZER u. REUTER 1991). Eine neuere Übersicht anhand des Vorgehens in der eigenen Institution findet sich bei EGGERS (1994) sowie SCHEPKER und EGGERS (1994).

3 Die Entwicklung unseres Konzeptes von Elternarbeit

3.1 Das traditionelle „Station ohne Eltern“-Konzept

Zur Zeit der Eröffnung der Klinik vor 15 Jahren waren bei den Mitarbeitern des Stationsteams kaum Vorerfahrungen mit psychiatrischer Arbeit vorhanden. Die meisten hatten ihre Berufserfahrung in Kinderkliniken gesammelt, in denen zu dieser Zeit gerade die Liberalisierung der Besuchszeiten eingeführt worden war.

Die traditionelle Auffassung des Schwestern- und Pfleger-Berufes (im Gegensatz zu dem der Erzieher) förderte unmerklich ein Verharren auf einem Selbstverständnis, das ein aktives Zugehen auf Eltern ausschließt („Auskünfte über den Zustand des Patienten darf nur der Arzt geben“). Wenn unausgetragene Spannungen zwischen den

¹ „Qualitätssicherung“ hier verstanden als Sicherung des Prozesses der Übersetzung eines anspruchsvollen Personalschlüssels in ein optimales Angebot für die Patienten.

Berufsgruppen des Pflegepersonals auf der einen und der Erzieher auf der anderen Seite bestehen, kann es zu fruchtlosen Machtkämpfen um Prioritäten oder Vormachtstellungen kommen, wie dies durchaus zu Beginn der Aufbauarbeit an unserer Klinik der Fall war und auch von anderen jugendpsychiatrischen Kliniken berichtet wurde. In ähnlicher Weise schildert dies CLARK (1977) aus den Anfängen der milieutherapeutischen Arbeit auf allgemeinpsychiatrischen Stationen: die Pflegekräfte als „Kulturträger medizinischen Rollenverständnisses“ mußten viele überkommene Strukturen unter heftigen emotionalen Auseinandersetzungen aufgeben – angefangen mit der Schwesterntracht.

Aus analytischer Sicht bedeutet das Verharren in alten Rollendefinitionen eine Abwehrhaltung gegenüber erlebter Ohnmacht, Unsicherheit und womöglich Hilflosigkeit. Aus systemischer Perspektive mag hierin ein natürliches Bedürfnis begründet sein, in homöostatischer Sicherheit zu verbleiben. Mit einer Relativierung hergebrachter Berufsrollen geht ein Hinterfragen gesellschaftlich tradierter Rollenaufteilungen einher. Scheinbare Rollensicherheit geht verloren: die selbstlose Mütterlichkeit des Pflegepersonals in der Innenwelt der Klinik mit klarer Trennung zur Außenwelt; die Möglichkeit klarer Abgrenzung zu Anforderungen von außen; die Nicht-Hinterfragbarkeit von Stationsroutinen; der relativ große eigene Handlungsspielraum bezogen auf alle Geschehnisse in der Innenwelt, über die jenseits verordneter Anwendungen keine Diskussionen geführt wurden (vgl. CLARK 1977). Mit einer Relativierung der Berufsrollen geht auch die mögliche Entlastung durch Projektionen verloren, die in einer Dämonisierung der Eltern oder in einer Festlegung der Kinder auf die Rolle der erkrankten Opfer bestehen konnten und das Umgehen mit den schwierigen Kindern erleichterten.

3.2 Die Phase der Bezugspersonenarbeit im Rahmen stationärer Milieuthherapie

Notwendige Vorbedingung vor der Entwicklung eines Konzeptes der Elternarbeit sind unseres Erachtens Aufnahme, Diskussion und Umsetzung eines Konzeptes von Milieuthherapie bezüglich der Station als therapeutischem Raum. Mit einer wachsenden Selbstdefinition der eigenen Berufsrolle im Team wurde den Stationsmitarbeitern in unserer Klinik bewußt, daß die Station keine „Parkplatzfunktion“ für die Kinder zwischen den einzelnen Therapien hat, sondern daß dem Stationsalltag ein eigener therapeutischer Wert zukommt.

In der Phase der Entwicklung eines milieutherapeutischen Konzeptes mit Bezugspersonensystem schien der Zugang zu den Eltern teilweise eher blockierter als zuvor: Bezugspersonenarbeit mit den Kindern *ohne* verantwortliche Beziehung mit den Eltern förderte Phantasien, „bessere Eltern“ sein zu können. Dies mußte bei den Patienten unbewußt Schuldgefühle auslösen und führte dazu, Spaltungsprozesse zu kultivieren, Loyalitätskonflikte oder Loyalitätsspaltungen agierend zum Ausdruck zu bringen (BOSZORMENYI-NAGY u. SPARK 1981). Dies

geschah dann in der Regel dadurch, daß die Verhaltensprobleme intensiviert wurden, das Störungsverhalten auf der Station eskalierte (vgl. BRÖNNEKE 1988) und durch Sanktionen des ratlosen Teams unter Umständen weiter angeheizt wurde. Im gleichen Sinne gab es mit den Eltern unendlich viele zermürende Auseinandersetzungen, die durch versteckte Loyalitäts-Botschaften der Kinder gefördert wurden, zum Beispiel auf Nebenschauplätzen wie der Wäschepflege.

Da die Elternkontakte zu diesem Zeitpunkt von seiten der Stationsmitarbeiter nicht für therapeutisch bedeutungsvoll erachtet wurden, erschienen in den Pflegedokumentationen nur wenige Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktionen („S. hatte Besuch.“). In den gemeinsamen Visiten und Supervisionen spiegelte sich die Situation in Konflikten zwischen dem Familientherapeuten einerseits und den stationären Bezugspersonen des Kindes andererseits wider. Typischerweise fand dies in Form drängender, gelegentlich vorwurfsvoller Appelle der Bezugspersonen statt, die Eltern sollten schnell so gut therapiert werden, daß die Begegnungen mit ihnen weniger gespannt und die Kinder weniger auffällig würden.

Ein Mangel an Kontakten zwischen dem Stationsteam und den Eltern kann aus Sicht des Kindes als „Triangulierungsverbot“ (ROHDE-DACHSER 1987) zwischen dem Kind, den Eltern und dem Elternersatzsystem erlebt werden. Damit ist dann die Gefahr verbunden, daß pathologische Familieninteraktionen perpetuieren. In Familien mit Triangulierungsverbot, die ROHDE-DACHSER (1987) für sogenannte frühgestörte Patienten beschrieb, sind nur dyadische Beziehungen mit Ausschluß des Dritten möglich: auf unserer Ebene als Solidarisieren der Bezugsperson mit dem Kind gegen dessen Eltern, die ihm die Störung ja „ansozialisiert“ hätten; Solidarisierung der Eltern mit dem Kind gegen die Bezugsperson, die ja „nichts richtig macht“, „nicht Bescheid weiß“; Solidarisierung der Bezugsperson mit den Eltern gegen das „gestörte“, zuweilen mutwillig böse, „verrückte“ Kind. Dies alles kann affektiv in Form von Wut oder, meist qua Reaktionsbildung, in Form von Bemitleiden geschehen.

3.3 Konzipierung des Programms „Station für Eltern“

Aus den in Visiten und Supervisionen immer wieder durchgearbeiteten Problemen mit dem Elternkontakt und den geschilderten Kontroversen erwuchs die Motivation der Stationsmitarbeiter, Elternarbeit für sich selbst zu definieren. Aufgrund der Erfahrungen von HILDEBRAND et al. (1981), die bei der Einführung eines systemischen Stationskonzeptes auf dem Wege der Klinikhierarchie auf große Schwierigkeiten in der Akzeptanz stießen, betrachten wir diese Eigeninitiative des Pflege- und Erziehungsteams als wesentliche Voraussetzung für den Erfolg. In der Praxis hat sich das jetzt geschilderte Konzept stufenweise entwickelt in der Form, daß die einzelnen geschilderten Bereiche jeweils für sich fokussiert und in der beschriebenen Form gestaltet wurden. Die dazu notwendigen Vorüberlegungen wurden überwiegend im Pflege- und

Erziehungsteam geleistet und fanden in den Zeiten von Organisationsbesprechungen und Fortbildung statt. Nach anschließender Diskussion im Gesamtteam ergaben sich gelegentlich Modifikationen, bevor die praktische Umsetzung realisiert wurde.

4 Das neue Programm in seiner praktischen Umsetzung

4.1 Spielnachmittag vor der stationären Aufnahme

Weil bei den unter 10jährigen Notaufnahmen relativ selten sind, ist eine Planung der stationären Aufnahme in den meisten Fällen gut möglich. Ist die Indikation zur stationären Behandlung mit der Familie erarbeitet, lädt das Stationsteam Eltern und Kind zu einem Spielnachmittag ein, in der Regel 2–4 Wochen vor der Aufnahme. Zu Beginn steht ein kurzer Kontakt mit dem ärztlichen oder psychologischen Therapeuten im Beisein der zukünftigen Bezugsperson der Familie, der der persönlichen Bekanntmachung dient und der kursorischen Beschreibung der vorliegenden Problematik. Als Nebeneffekt erlebt die Familie bereits zu Beginn die Art und Weise unserer Teamzusammenarbeit: gleichermaßen einvernehmlich und kommunikativ, mit klar definierten Berufsrollen. Angestrebt wird, daß die zukünftige Bezugsperson anschließend mit der Familie des aufzunehmenden Kindes eine Stunde lang Kontakt aufnimmt, das Stationsleben erklärt, die Räumlichkeiten zeigt, Fragen von Eltern und Kind beantwortet und gemeinsame Spiele im gemütlichen Spielraum der Station anbietet. Die nachmittägliche Kontaktaufnahme dient der Entängstigung des Kindes und der Eltern und damit der Vorbeugung von Bestrafungs- und Ausstoßungskonnotationen, die vor allem beim Kind mit einer stationären Aufnahme verbunden sein können und bei den Eltern oft Gefühle des Schuldigseins und des Versagthabens auslösen. Durch den informellen Kontakt zwischen Familie und Stationsmitarbeitern soll eine Vertrauensbasis vorbereitet werden, die den Eltern das Übergeben der Verantwortung für ihr Kind erleichtern und prospektive Loyalitätskonflikte mildern und vielleicht sogar vermeiden kann. Ein Beispiel aus der Pflegedokumentation:

xx. x. 1994 Spielvorstellung:

„R. kam in Begleitung seiner Mutter, machte einen etwas aufgedrehten Eindruck, wollte sich erstmal die Station anschauen, stürzte sich dann auf die Big-Steine und hörte mir kaum noch zu. Die Mutter war sehr interessiert, wollte ganz schnell etwas über den Stationsablauf wissen.“

Im Spielraum spielte R. mit dem Bagger und später mit den Kochtöpfen und der Knete für sich alleine, hörte aber genau der Unterhaltung zwischen der Mutter und mir zu. Er äußerte sich nur auf Fragen, mischte sich ansonsten nicht ein. Er überlegte sich schon, was er alles mitbringen wolle, sagte, hier würde er erst einmal ein bißchen Ruhe vor seinem Bruder bekommen. Er wäre wegen seiner „Ausraster“ hier. Die Mutter erzählte, es solle immer nach seinem Willen gehen und er würde teilweise überhaupt nicht hören. Während des Gesprächs fing die Mutter häufiger an zu weinen, da sie ihn nicht jeden Tag besuchen kann, es sei ja doch nicht soo schlimm, und ob die Ärzte hier allein ent-

scheiden, wie lange die Kinder hierbleiben. Sie wünscht sich, ihn bald wieder zu Hause zu haben, und die Angelegenheit dann ambulant weiterzuführen. Ich machte ihr deutlich, daß es ganz wichtig sei, daß die Eltern hinter dem Aufenthalt stehen, und daß auch sie ihre Schwierigkeiten in den Familiengesprächen ansprechen kann. Sie verabschiedete sich dankbar.“

Eltern, die die Stationsatmosphäre als wohnlich und die Mitarbeiter nicht als entwertend erleben, äußern häufig Verwunderung: keine Gitter vor den Fenstern, die Station ist gar nicht weiß, so klein und gemütlich, so viel Spielmaterial, so viel Zeit.

4.2 Stationäre Aufnahme

Die Eltern werden vorher informiert, daß sie sich zwei Stunden Zeit für die Aufnahme nehmen sollten. Auch das Aufnahmegespräch findet zwischen dem behandelnden ärztlichen oder psychologischen Therapeuten, einer der beiden Bezugspersonen und der Familie statt, und zwar im Arbeitszimmer des Therapeuten. Jedes Familienmitglied bekommt genügend Zeit zur Schilderung der Situation, die zur Aufnahme geführt hat, aus seiner jeweils individuellen Sicht. Ziel des Gesprächs ist es, einen Behandlungsauftrag zu formulieren und die möglichen aktiven Beiträge aller beteiligten Personen zu entwickeln. Den Eltern werden die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten, die Aufgaben der Bezugspersonen und die Bedeutung ihrer Mithilfe bei den therapeutischen und pädagogischen Bemühungen erklärt. Es wird den Eltern vermittelt, daß die Bezugspersonen jederzeit ansprechbar sind für einen Austausch über die Entwicklung des Kindes auf der Station sowie für Probleme, Klagen und Wünsche seitens der Eltern. Die formellen Stationsabläufe werden erläutert und günstige Telefonzeiten, Besuchszeiten, Wochenendbeurlaubungen besprochen.

Das neuaufgenommene Kind wird in der Regel von Mitpatienten durch die Station geführt, es wird ihm sein Zimmer gezeigt, während die Eltern nach Einschlafrouinen, Eßgewohnheiten und anderem gefragt werden. Die Verabschiedung von Kind und Eltern wird sensibel begleitet. Eine Heimwehreaktion in den ersten Tagen wird als normal angesehen und auch erwartet.

4.3 Elternnachmittage

Zu den sechswöchig stattfindenden Elternnachmittagen sind die erweiterten Familien eingeladen. Die Gestaltung dieser Nachmittage wird vom Stationsteam inhaltlich vorbereitet. Sie haben oft Projektcharakter (gemeinsames Bauen, Spielen, Werken mit Kaffeetrinken), sie dienen der Verfestigung der Elternkontakte, fördern die Wahrnehmung der Eltern in bezug auf individuelle positive Ressourcen. Durch das Kennenlernen der Eltern untereinander, den Austausch und durch gegenseitige Entlastung werden gelegentlich bei den Eltern fördernde Selbsthilfepotentiale eröffnet. Die Elternkontakte sollen alltagsbezogen unkompliziert verlaufen. Der diagnostische Wert von Interaktionsbeobachtungen zwischen Kind, Eltern und Stationspersonal tritt dagegen in den Hintergrund.

4.4 Elternabende

Elternabende finden relativ selten, etwa zweimal jährlich statt, haben informativen Charakter und werden meist dann terminiert, wenn viele „neue“ Familien zur stationären Behandlung gekommen sind; es erfolgt vorher eine schriftliche Einladung mit Themenvorschlägen (z.B. Zusammenarbeit Eltern-Station, Abläufe im Stationsalltag, Vorstellung der verschiedenen Berufsgruppen und ihrer Funktionen). Die Gestaltung der Abende obliegt allein den Stationsmitarbeitern. Oft ist es Eltern möglich, diese Zeit für Fragen und Kritik auch in der Gruppe zu nutzen.

4.5 Wochenend-Elternnachmittage

Regelmäßige Wochenendbeurlaubungen der Kinder in die häusliche Umgebung für eineinhalb Tage sind Bestandteil des Therapiekonzeptes. Von dieser Regel wird nur bei schwersten psychischen Krisen, wie akuten Psychosen oder aktueller Suizidalität, am Wochenende nach der Aufnahme sowie bei Vorbereitung einer außerfamiliären Unterbringung abgewichen (vgl. SCHEPKER u. EGGERS 1994). Einmal monatlich jedoch verbringt jeder Patient ein Wochenende mit einer Bezugsperson auf der Station, und die Familie wird zu „Wochenend-Elternnachmittagen“ eingeladen.

Die Familien werden abgestimmt mit dem Schichtdienst zeitversetzt so eingeladen, daß die jeweilige Bezugsperson möglichst ausschließlich für sie Zeit hat. Mit dem Kind wird die Gestaltung des Nachmittages vorüberlegt, auf eine entspannte Atmosphäre wird besonderer Wert gelegt. Hierbei ist es wesentlich, daß die Mitarbeiter in groben Zügen über den Stand der Familientherapie informiert sind, zum Beispiel darüber, ob derzeit mehr an der Vertrauens- und Beziehungsfähigkeit gearbeitet wird oder ob von seiten der Familie Bedürfnisse nach psychoedukativer Beratung bestehen (s. auch 4.7).

Als Leitlinie gilt, eine gleichberechtigte Ebene mit den Eltern herzustellen, diese in ihrer positiven Kompetenz wahrzunehmen und sich gegebenenfalls von ihnen beraten zu lassen. Alle Eltern besitzen positive Ressourcen, auch wenn diese vielleicht noch verborgen sind. Diese können im sportlichen, kreativen, versorgenden, pädagogischen, spielerischen oder musischen Bereich liegen. Solche Ressourcen sollen für das Kind aufgespürt und sichtbar gemacht werden. Auch die Station profitiert davon, zum Beispiel in Form von neuerstem Spielmaterial, einem neuen Kuchenrezept oder auch in nützlichen Hinweisen für den pädagogischen Umgang mit dem Kind. Es kann für die Interaktion zwischen Stationsmitarbeitern und den Eltern von größter Bedeutung sein, wenn sie als Eltern Wertschätzung und Akzeptanz erfahren und erleben, daß ihre Vorstellungen und Erfahrungen wichtig für die Stationsarbeit sind und den Mitarbeitern helfen, ihr Kind besser zu verstehen. So entsteht auch die Chance, Schuldgefühle, Ängste, Konkurrenz- und Neidgefühle bei den Eltern abzubauen. Ängste seitens der Eltern vor Kontrolliertwerden durch die Be-

treuer können zur Auflösung gebracht werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, daß der Wochenendkontakt mit den Eltern *nicht* als Zugewinn an Informationen für die Therapeuten und Stationsmitarbeiter gedacht ist, sondern vielmehr eine Verbesserung im praktischen Umgang mit dem Kind im Stationsalltag zum Ziel hat.

Probleme können zum Beispiel dann entstehen, wenn ein Kind ein expansiv-aggressives Verhalten zeigt und hierin von den Eltern nicht begrenzt wird. Ist dies der Fall, so kann dies bedeuten, daß das Kind auf der Symptomebene die Kooperation der Eltern und Bezugspersonen hinterfragt. In der Regel wird es von den Eltern als entlastend erlebt, das Kind auch im Beisein der Stationsmitarbeiter als Symptomträger und Akteur von Verhaltensweisen zu erleben, die unerwünscht sind und mit denen die Eltern bis dahin zu Hause überfordert waren. Auf pädagogische Weise kann solch eine Situation positiv beeinflusst werden etwa durch Bemerkungen wie: „Verhält sich Ihr Kind zu Hause auch so? In welchen Situationen? Wie reagieren Sie darauf? Was meinen Sie, wie können wir damit umgehen? – Manchmal kommt es mir so vor, als ob er damit ... ausdrücken möchte / sich in bestimmten Situationen immer wieder so verhält ...“ Auf diese Weise werden behutsam und auf nicht diskriminierende Weise Möglichkeiten erarbeitet, immer wieder auftretende Konfliktsituationen zu erkennen und entsprechende Lösungsstrategien zu erarbeiten. Sind Geschwister oder psychologisch bedeutsame Großeltern in der Familie, kann der Wochenendkontakt diese gewinnbringend miteinbeziehen.

4.6 Alltagskontakte

Oft ist die Haltung eines Mitarbeiters beim Öffnen der Tür, die Freundlichkeit, die Bereitschaft, auf Fragen einzugehen, konstituierend für die Beziehung der Eltern zur Klinik. In Fortbildungsveranstaltungen durchgeführte Rollenspiele oder in der Supervision geschilderte Szenen machen den beteiligten Mitarbeitern deutlich, wie groß die Verunsicherung der Eltern ihnen gegenüber sein kann (vgl. auch SONNENBURG 1994 a) und wo Abgrenzung nötig wird. Schwierig sind Situationen, in denen Eltern Themen ansprechen, die die pädagogische Zuständigkeit der Stationsmitarbeiter überschreiten (Ehekongflikte, Prognose der Störung des Kindes). Eine Kultur gegenseitiger Achtung der Kompetenzen aller Berufsgruppen (s. 4.7) sorgt dafür, daß die Eltern in solchen Fällen auf den therapeutischen Raum verwiesen werden können.

4.7 Visiten und Supervision

Ohne Vor- und Nachbesprechungen in Visiten, ohne berufsgruppenübergreifende Erfahrungsmittelungen, ohne gemeinsame Teamsupervision ist das hier vorgestellte Programm nicht durchführbar. Als förderlich hat sich hierbei die kleine, in der Psych-PV auch festgelegte Gruppengröße von 2 mal 5 Patienten erwiesen. Auf diese Weise ist

zu gewährleisten, daß ausreichend Zeit für Fallbesprechungen für die jeweils zu behandelnde Familie eingeräumt werden kann.

Bezüglich der Formulierung eines gemeinsamen Therapiezieles auf dem Boden eines Kernkonfliktes und vorhandener Ressourcen verwenden wir die Vorgehensweise von NURCOMBE (1989). Nach diesen „Zielplanungskonferenzen“ werden jeweils entsprechende pädagogische und therapeutische Vorgehensweisen der einzelnen Berufsgruppen ausgearbeitet. Die Alltags-, Wochenend- und Besuchskontakterfahrungen der Stationsmitarbeiter mit den Familien nehmen daher in den Visiten selbstverständlich einen genauso großen Raum ein wie die Einzel- und Familientherapie oder die Vorgehensweise in der Fachtherapie (Heilpädagogik, Sozialarbeit-/therapie).

1. Beispiel: Eine Mitarbeiterin äußert Befürchtungen, mit dem ihr Kind stets entwertenden, aggressiven Verhalten von Frau P., die am Wochenende „viel zu lange“ da sein werde, nicht umgehen zu können. In der Visite wird erarbeitet, daß sich die Mitarbeiterin und das Kind gemeinsam um die aktuell kränkelnde Mutter kümmern werden, ihr dabei einige Entscheidungen überlassend. Verstanden wird nach dem Bericht aus der Elterntherapie, daß Frau P., die als Kind mißbraucht wurde, sich gedeihliche Nähe nur ängstigend vorstellen kann und sich nie bemuttert fühlte, dies andererseits aggressiv einfordert. Der Mitarbeiterin wird klar, daß Frau P. möglicherweise ihrem Kind die Nähe der Stationsmitarbeiter neidet, und wie wichtig es wäre, Frau P. die Möglichkeit einzuräumen, daran zu partizipieren.

2. Beispiel: Mitarbeiterin E. erfährt am Telefon von As Mutter in aggressivem Ton, daß diese zum Elternnachmittag die Großmutter „schicken“ werde. Die Mitarbeiterin erklärt der Mutter mit freundlicher Entschiedenheit, wie wichtig gerade ihre Anwesenheit am Elternnachmittag sei, und zeigt Verständnis und Bemühen. Die Mutter erschien daraufhin persönlich, sie erlebte diese Intervention im Nachhinein als positive Bestätigung ihres labilen mütterlichen Selbstwertes, zumal sie in schuldhafter Konkurrenz zu ihrer Mutter befangen war.

Emotionale Schwierigkeiten im Umgang mit der Familie haben darüber hinaus ihren Platz in der wöchentlichen Supervision. Die Möglichkeit zur Analyse von Gegenübertragungsreaktionen hat eine entlastende Funktion, da die persönlichen Gefühle in Interaktionen mit den Patientenfamilien auf deren Dynamik zurückgeführt werden können und daraufhin für den Gesamtprozeß diagnostisch und therapeutisch fruchtbar werden. Als förderlich hat sich hierbei bewährt, daß die von einer externen Kinderanalytikerin durchgeführte Supervision im Setting stets gemeinsam mit allen anderen Mitgliedern des Großteams (jedoch ohne die Oberärztin) durchgeführt wird. Das Erleben der Schilderung von Gegenübertragungsgefühlen auch bei den Therapeuten läßt selbst neuen Stationsmitarbeitern als normalen Umstand der Arbeit erscheinen, was früher oft im Lichte einer idealtypischen „Florence Nightingale“- Berufsrolle als unschicklich erlebt, schamhaft verschwiegen und daher nicht verwertbar wurde.

5 Evaluationskriterien

Interpretiert man das Vorkommen *disziplinarischer Entlassungen* (im Falle nicht zu steuernder aggressiver Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, insbesondere mit schweren körperlichen Übergriffen gegenüber Mitpatienten und Stationspersonal) als Resultante eines ausagierten Konfliktes unbewußter Loyalitätsbindungen an die Eltern (vgl. 3), wäre anzunehmen, daß dies zu Zeiten einer Stationsorientierung „ohne Eltern“ häufiger vorkam.

Zwischen 1984 und Mitte 1993 erfolgten 8 Entlassungen aus disziplinarischen Gründen (3,3% der Aufnahmen der Station) in den Jahren 1993 bis 1994 keine einzige mehr, jedoch sind die Zahlen recht klein und von daher wenig aussagekräftig.

Außerfamiliäre Unterbringungen (Heime oder Pflegefamilien) könnten ebenso als Beleg dafür gelten, daß eine Verbesserung der Elternkompetenzen mit dem verfolgten stationären Behandlungsplan nicht entstehen konnte oder daß die tendenzielle Entwertung der Eltern sich bis in die Perspektivplanung fortsetzte. In den 5 Jahren vor Einführung des Konzeptes zur Elternarbeit hatte die Quote außerfamiliärer Unterbringungen nach der Behandlung bis zu 44% aller Aufnahmen/Wiederaufnahmen (gerechnet einschließlich der Kinder, die bereits aus Heimeinrichtungen kamen) betragen und sank im letzten Jahr auf 25%; dies erwies sich jedoch als statistisch nicht signifikant (Chiquadrat-Test).

Therapieabbrüche durch die Eltern fanden prinzipiell relativ selten statt (3%), im Jahr seit Einführung der Elternarbeit nur noch einmal (1,5%).

Als weiteres Evaluationskriterium für die Effektivität ist die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter anzusehen. Es läßt sich feststellen, daß erwünschte oder erzwungene Versetzungen selten geworden sind, wobei sich eine weitere Untersuchung mit innerinstitutionellen Mitteln aus methodischen Gründen verbietet.

6 Diskussion

Gegen das hier vorgestellte Konzept läßt sich vorbringen, man wolle den gesamten Alltag „therapeutisieren“, und es fände eine Rollenvermischung von pädagogischen und therapeutischen Bereichen statt. Theoretisch ist es hierbei hilfreich, sich die unterschiedlichen Ansätze von *Psychoedukation*, als pädagogischer Arbeit im Rahmen der psychiatrischen Versorgung, und *Psychotherapie* zu vergegenwärtigen, wozu stellvertretend BLOM (1979) angeführt sei, der sich für eine Koexistenz und effektive gegenseitige Verstärkung beider Ansätze im klinischen Rahmen ausspricht.

Psychoedukation richtet sich an den Realraum, an die Entwicklung von Fähigkeiten im Hier und Jetzt und wird abgeleitet von manifesten Beobachtungen. Mit bewußter Kommunikation appelliert sie an normative und Wertaspekte. Die Zugänge bestehen in der verbalen und handelnden Interaktion, Modell-Lernen, Beraten, in Strukturierung und Spannungsabbau.

Psychotherapie dagegen fokussiert innerpsychische Vorgänge, Gefühle, die individuelle Befindlichkeit, erforscht Entstehungsbedingungen in der Vergangenheit, sucht latente Bedeutungsgehalte zu erkennen, ist konfliktorientiert und nicht normativ. Zugänge bestehen unter anderem im Zuhören, Verstehen, Deuten, zum Teil in der Spannungserhöhung (BLOM 1979, S.316).

Setzt man die Interaktionen der Stationsmitarbeiter mit Eltern und Patienten in den theoretischen Kontext des pädagogischen Feldes der Psychoedukation, so wird deutlich, daß die Mitarbeiter auf der Station nicht deutlich intervenieren und sich nicht „abstinente“-beobachtend verhalten. Die Bezugsperson wird bei den Eltern keine latenten emotionalen Befindlichkeiten ansprechen, und wenn sie sich äußert, dann authentisch, stützend und spannungsabbauend.

Eine klare Rollentrennung zwischen Pädagogik und Psychotherapie erklärt darüber hinaus, warum in dem hier vorgestellten Konzept keine Anwesenheit der Stationsmitarbeiter in Familientherapien vorgesehen ist. Sofern die Familientherapie unter psychoanalytischen Aspekten geführt wird, das heißt sofern die oben ausgeführte Definition von „Psychotherapie“ im Sinne von BLOM (1979) zutrifft, verbietet sich die Mitwirkung der Stationsmitarbeiter aus Gründen der sonst zu erwartenden Rollendiffusion gegenüber den Familien. Vielmehr können Elternkontakte im Stationsbereich der psychotherapeutisch arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Vorfeld- und Katalysatorfunktion für die Familientherapie haben, wobei es sich nicht um eine „Nebentherapie“ handelt, sondern bestenfalls um notwendige kleine Schritte in die Richtung auf eine erfolgreiche therapeutische Arbeit (vgl. BECKER 1988).

Obwohl in unserem Konzept, etwa im Gegensatz zu JANSSEN (1987) deutende oder klarifizierende Interventionen durch Stationsmitarbeiter ausdrücklich nicht erwünscht sind, wird in Übereinstimmung mit JANSSEN (1987) großer Wert darauf gelegt, daß die subjektiven Erfahrungen der Mitarbeiter Eingang in die Besprechungen finden.

Anders als im hier vorgestellten Modell des Besuchsnachmittages vor der Aufnahme könnten die Realkontakte zwischen Stationsmitarbeitern und Eltern selbstverständlich auch im Realraum der Familie, außerhalb der Klinik, geknüpft werden. So schildert HERSOV (1994) als bewährtes Vorgehen einen Hausbesuch durch Teammitglieder des Maudsley-Hospitals vor der stationären Aufnahme, wobei der Pflegekraft vor allem die Kontaktabbauung zum Kind als Aufgabe zufalle. Auch diese Variante ist nach der Psych-PV möglich. Wie in unserem Vorgehen beschreibt auch HERSOV (1994) desweiteren ein „Familientreffen“ vor einer stationären Aufnahme, an dessen Rande ein Besuch der Station stattfindet mit der Aufgabe, „mit Ängsten und Mythen über psychiatrische Störungen und Krankenhäuser umzugehen“ (HERSOV 1994, S.987, Übers.d.d.Verf.). Wie wesentlich der Abbau dieser Ängste sein kann, belegen die Ergebnisse von LÜCKE und KNÖLKER (1991). Sie berichten, daß die Hälfte der von ihnen befragten Eltern

negative Reaktionen der personalen Umwelt auf die Mitteilung erfuhr, daß ihr Kind stationär psychiatrisch behandelt werde. Dies mag wohl mit Stigmatisierungsprozessen der Gesellschaft und auch mit der psychischen Lage der Eltern (vgl. SONNENBURG 1994a) zusammenhängen. Es wäre aber sicher lohnenswert zu erfahren, ob die erforschten Umgebungsantworten davon abhängen, auf welche Weise die Mitteilung der Eltern von der Behandlung ihrer Kinder erfolgte. Standen Eltern der Behandlung vor Aufnahme negativ gegenüber, empfanden sich bei LÜCKE und KNÖLKER (1991) auch die betroffenen Kinder als stärker stigmatisiert. Nach unseren Erfahrungen kommt es nach Einführung des Spielnachmittags nur noch in Ausnahmefällen dazu, daß Eltern die Behandlung des Kindes geheimhalten – denn sie konnten sich schon vor der Aufnahme mit den ihnen selbst zugehörenden Ambivalenzen und Stigmatisierungsprozessen auseinandersetzen.

Die Abbruchquoten stationärer Therapien schwanken zwischen 1 und 50% in der Literatur (Übersicht bei SCHULTE-MARKWORT u. KNÖLKER 1991), so daß in Frage gestellt werden kann, ob dies ein valides Kriterium für die Qualität eines Behandlungsprogramms sein kann. Die nur 3% Abbrüche bei der extensiven Elterneinbeziehung im Konzept WOOLSTONS (1989) und die Ergebnisse der Nachbefragung von SCHULTE-MARKWORT und KNÖLKER (1991) sprechen für die Hypothese, daß Abbrüche auf das Fehlen einer positiven Arbeitsbeziehung zwischen den Eltern und dem Behandlungsteam zurückgeführt werden können. SCHULTE-MARKWORT und KNÖLKER (1991) unterschieden in ihrer Befragung leider nicht zwischen den therapeutischen und den Alltagsbeziehungen zum Stationspersonal, so daß zum Beitrag der verschiedenen Berufsgruppen ein weiterer Forschungsbedarf besteht.

Die leichte Senkung der Quote außerfamiliärer Unterbringungen nach Beendigung der stationären Behandlung erreichte im untersuchten Zeitraum im Vergleich zu den Vorjahren keine statistische Signifikanz. Als Erfolgskriterium für die Einführung des Konzeptes der Elternarbeit ist die Quote der Fremdunterbringungen wohl nur bedingt geeignet – im Feld der multiplen psychiatrischen, pädagogischen, sozialen Determinanten einschließlich der regionalen Versorgungsstrategien und -möglichkeiten müßte erst eine weitere Kontextanalyse mit jeweiligen Gewichtungen erfolgen, bevor die Elternarbeit in ihrer Bedeutung bestimmt werden kann. Aktuelle Ergebnisse anderer Forschungsgruppen liegen zu diesem Thema derzeit zu Vergleichszwecken nicht vor.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß das hier geschilderte Konzept der Elternarbeit für *alle* Eltern unserer stationären Patienten angewandt wird, unabhängig davon, ob bei diesen selbst eine psychiatrische Störung vorliegt oder nicht (vgl. TATZER et al. 1994). Daß der federführende Therapeut allein als „Vertrauensperson“ der Eltern fungieren soll, kann nach unseren Erfahrungen Spaltungstendenzen der Eltern nicht vermeiden und entsprechende Unsicherheiten nicht vom Stationsteam abwenden, eher wird das Gegenteil erreicht. Wesentlicher ist

es gemäß unserem Konzept, die verschiedenen übertragenen und erlebten Anteile der Eltern in den gemeinsamen Besprechungen „zusammenzudenken“, wovon die Schutz- und Außenvertretungsfunktionen der Leitung im Falle institutioneller Konflikte selbstverständlich unbenommen bleiben.

Summary

Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing

A psychoeducational approach of the nursing staff's work with parents is presented. By offering a family visit to the unit prior to admission, systematic preparation of the admission process, reflected interactions with parents during their visits, by parents' evenings and parents' weekends, the nursing team makes a distinct contribution to the families' treatments. Pros and cons are dealt with, concerning issues of professional self-image, goal planning of the team as a whole, structures of team conferences, and supervision. As to evaluation, some parameters (incidence of dismissals for reasons of discipline, withdrawal of children against medical advice, patients referred to care of public authorities after treatment) are discussed for their usefulness.

Literatur

- BECKER, H. (1988): Das Heidelberger stationäre Psychotherapie-Konzept. In: H. BECKER/W. SENF (Hrsg.): Praxis der stationären Psychotherapie (S.36-47). Stuttgart-New York: Thieme. – BLOM, G.E. (1979): Psychoeducation in the clinical setting. In: J.D. NOSHPIZ/S.I. HARRISON (eds.): Basic handbook of child psychiatry III: Therapeutic interventions (pp 314-333). New York: Basic books. – BOSZORMENYI-NAGY, I./SPARK, G. (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta. – BRÖNNEKE, M. (1988): Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37, 220-226. – CLARK, D.H. (1977): Soziotherapie in der Psychiatrie. Freiburg: Lambertus. – EGGERS, C. (1994): Grundzüge der Therapie. In: C. EGGERS/R. LEMPP/G. NISSEN/P. STRUNK Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 7. neubearb. Auflage. Berlin: Springer, S. 67-104. – HAAR, R./J. ZAUNER/P. ZECH (1979): Gruppentherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendlichen. In: A. HEIGL-EVERS/U. STREECK (Hrsg.): Lewin und die Folgen. Sozialpsychologie – Gruppendynamik – Gruppentherapie. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band VIII (S.928-937). Zürich: Kintler. – HERSOV, L. (1994): Inpatient and day-hospital units. In: M. RUTTER/E. TAYLOR/L. HERSOV (eds.): Child and Adolescent psychiatry. Third edition (pp 980-995). Oxford: Blackwell. – HILDEBRAND, J./J. JENKINS/D. CARTER/B. LASK (1981): The introduction of a full family orientation in a child psychiatric inpatient unit. Journal of Family Therapy 3, 139-159. – JANSSEN, P.L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta. – KRAEMER, S. (1987): Working with parents: case-work or psychotherapy? The Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines 28, 207-213. – LÜCKE, M./U. KNÖLKER (1991): Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40, 138-147. – NURCOMBE, B. (1989): Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 28, 26-30. – PFEIFFER, S.I./S.C. STRZELECKI (1990): Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29, 847-853. – ROHDE-DACHSER, C. (1987): Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und bei Borderline-Störungen. Psyche 12, 773-799. – SCHEPKER, R./C. EGGERS (1994): Kinderpsychiatrische Arbeit mit sehr jungen Kindern. Die Kinderstation der RLHK Essen. In: M. HEER (Hrsg.): Brücken für Kinder. Pulheim: Rhein-Eifel-Mosel-Verlag, 31-37. – SCHULTE-MARKWORT, M.J./U. KNÖLKER, (1991): Therapieabbrüche im stationären Bereich. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40, 28-33. – SCHWEITZER, J./D. REUTER (1991): Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40, 171-176. – SONNENBURG, M. (1994a): Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes. Zur inneren Situation der Eltern in der stationären Psychotherapie von Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43, 138-143. – SONNENBURG, M. (1994b): Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43, 175-179. – TATZER, E./K. KRISCH/R. HANICH (1994): Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43, 170-174. – WARNKE, A. (1988): Elternarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: H. REMSCHMIDT/M. H. SCHMIDT (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band I: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie (S.750-763). Stuttgart: Thieme. – WIENBERG, G./INSTITUT FÜR KOMMUNALE PSYCHIATRIE (Hrsg.) (1991): Die neue „Psychiatrie- Personalverordnung“ – Chance für die Gemeindepsychiatrie. Psychosoziale Arbeitshilfen 5. Bonn: Psychiatrie-Verlag. – WOOLSTON, J.L. (1989): Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 28, 38-41.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr.med. Renate Schepker, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der RLHK Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen.