

Rotthaus, Wilhelm

Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 3, S. 88-94

urn:nbn:de:bsz-psydok-30306

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescence)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merksens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohmi, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families)	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology)	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne)	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems)	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments)	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens)	239

Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29. 10. 1983	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar	34

Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag	322
Johann Zauner – 65 Jahre	323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant	325
<i>Arwiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheumert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen	292
<i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie	105
<i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweißchen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien	165
<i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder	163
<i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag	165
<i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse	292
<i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted	36
<i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie	107
<i>Retz, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte	162
<i>Reu Kauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbber-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differenzielle Gesprächspsychotherapie	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst	291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Aus dem Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Ärztl. Leitung: Dr. Helga Färber, Dr. Wilhelm Rotthaus)
der Rheinischen Landeslinik Viersen

Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen

Von Wilhelm Rotthaus

Zusammenfassung

Wenn Eltern ihre Kinder zur stationären Aufnahme bringen, drücken sie damit mehr oder weniger bewußt ihr Scheitern als Eltern und Erzieher aus. Je erfolgreicher die Betreuer auf der Station als Ersatzeltern mit dem Kind umgehen, um so krasser wird die elterliche Inkompetenz deutlich gemacht. Nicht selten entsteht eine ausgeprägte Rivalität zwischen

Eltern und Ersatzeltern, die das Kind in einen tiefen Loyalitätskonflikt bringt: Gehorsam gegenüber den Ersatzeltern bedeutet, daß es die eigenen Eltern bloßstellt und schlecht macht. Diese Situation ist für alle Beteiligten belastend und ausgesprochen hinderlich für die Erreichung des Aufenthaltszieles.

Unseres Erachtens muß vom ersten Elternkontakt an konsequent versucht werden, eine solche Entwicklung zu

vermeiden, indem die Verantwortlichkeit der sorgeberechtigten Eltern in jeder Phase der therapeutischen Beziehung betont wird. In zunehmendem Maße haben wir gelernt, die Symptomatik des Kindes als Symptom für die Nicht-Übernahme von Verantwortung in der Familie zu sehen. Das bedeutet umgekehrt: Therapie besteht in Verdeutlichung der elterlichen Verantwortung von der ersten Kontaktaufnahme an und in der Befähigung der Eltern, diese Verantwortung zu übernehmen, anders ausgedrückt: in einer Stärkung der elterlichen Kompetenz. Dies hat notgedrungen äußerst gravierende Auswirkungen auf das Selbstbewußtsein aller am Therapieprozeß Beteiligten.

Einleitung

Im folgenden soll versucht werden, Änderungen in unseren Beziehungen zu den Eltern bzw. sonstigen Sorgeberechtigten der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen darzustellen, die wir unter dem Aspekt der Förderung der elterlichen Kompetenz während der letzten Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen bei der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichsten Verhaltensauffälligkeiten wie hochgradiger Aggressivität, Leistungsverweigerung, Schulphobie, Verwahrlosungstendenzen, Konzentrationsstörungen, Einkoten u. a. vollzogen haben bzw. zu vollziehen versuchen. Diese Änderungen gehen zurück einmal auf unsere Mißerfolgslebnisse in früherer Zeit, Mißerfolgslebnisse in der Art, daß ein Kind bei uns auf der Station mehr oder weniger rasch ein angemessenes Verhalten erlernte, zu Hause dann jedoch jeweils die alten Auffälligkeiten wieder zeigte, oder aber in der Art, daß das Kind bei uns ein eher noch aggressiveres, nicht einordnungsbereites Verhalten an den Tag legte und die Eltern nach einiger Zeit den Aufenthalt abbrachen, wobei sich in die Vorwürfe gegen uns deutliche Anzeichen einer Befriedigung über unser Versagen mischten. Zum zweiten sind diese Änderungen beeinflusst worden durch unsere Ausbildung in systemischer Therapie (systemischer Familientherapie), die wir vor etwa vier Jahren begonnen haben und in deren Verlauf wir lernten, dem Problem der Verantwortlichkeit mehr Aufmerksamkeit zu schenken. (Zur Zeit haben neun Kollegen eine mindestens zweijährige Ausbildung in systematischer Therapie, nachdem sie zuvor alle eine einzeltherapeutische Ausbildung absolviert haben, die meisten in klientenzentrierter Gesprächs- und Spieltherapie, sodann in Gestalttherapie oder in Form einer Adler-Ausbildung.) Insgesamt haben wir – und bei dem „Wir“ meine ich alle an dem Prozeß beteiligten Berufsgruppen – eine veränderte Einstellung zu den Eltern unserer Kinder entwickelt, was uns nicht leicht gefallen ist, da damit in starkem Maße unser berufliches Selbstverständnis berührt wurde.

Die „klassische“ Beziehungsdefinition zu den Eltern

Was geschieht auf der Ebene „Beziehungsdefinition“ bei der stationären Aufnahme eines verhaltensgestörten aggressiven Kindes? Bringen die Eltern ihr Kind zur Aufnahme,

dann erklären sie damit ihr Scheitern als Erzieher. Dies wird oft verbrämt hinter Beschuldigungen des Kindes, hinter Beschuldigungen der Umwelt, z.B. der Lehrer, zuweilen wird das Fehlverhalten auch lediglich als in der Schule wesentlich deklariert, oder es wird sehr intensiv darauf abgehoben, daß das Kind krank sein müsse. Letztlich aber wissen diese Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten alle, daß sie als Erzieher gescheitert sind, und daran ändert sich auch nichts, ob nun eine MCD vorliegt oder eine ausgeprägtere Hirnschädigung mit Anfallsleiden, geistiger Behinderung etc., und mit der stationären Aufnahme wird uns als Fachleuten die Verantwortung für das Verhalten des Kindes in den nächsten Wochen und Monaten übertragen. Schon immer habe ich mich in einer solchen Situation recht unwohl gefühlt, habe dann vor übertriebenen Hoffnungen gewarnt etc., ohne aber prinzipiell etwas daran zu ändern. – Und auf der Station dann derselbe Vorgang: Ich denke, diese Situation wird oft von den Eltern noch direkter als Offenbarungseid ihrer erzieherischen Inkompetenz erlebt, was dann häufig auf unterschiedlichste Art und Weise verdrängt oder kompensiert wird, manchmal durch fluchtartiges Verlassen der Klinik, häufiger durch endlose Gespräche mit den Betreuern, in denen die Probleme dann entweder auf die Krankheit des Kindes zurückgeführt, auf die außerhäuslichen Institutionen verschoben, endlose Rationalisierungen vorgetragen und eigene Fehler auf andere projiziert werden oder aber eine Überbesorgtheit in bezug auf Ordnung, Sauberkeit etc. auf der Station gezeigt, erzieherische Strenge bzw. alternativ erzieherisch wohlwollendes Verständnis von den Betreuern gefordert wird.

Das Problem ist, daß bei einem solchen Vorgehen die Aufgabe und damit das Selbstverständnis der Betreuer auf der Station – und das sehe ich bei Heimen und sonstigen stationären Einrichtungen in genau der gleichen Art immer wieder – darin liegt, bessere Eltern zu sein und das, was die Eltern nicht erreicht haben, nun möglichst schnell zu schaffen. Dadurch tut sich notwendigerweise ein Konflikt auf: Je erfolgreicher die Betreuer sind, um so krasser wird das Versagen der Eltern deutlich. Noch zu gut sind erstaunte Berichte des Personals in Erinnerung, wenn sie schilderten, daß sie den Eltern bei ihrem ersten Besuch erzählt hätten, das Kind sei doch gar nicht so schlimm und habe sich gut angepaßt, sei ein ungeheuerlich netter Junge, worauf die Eltern sich gar nicht gefreut, sondern sehr verstört und ablehnend reagiert hätten. Es war schwer für sie zu akzeptieren, daß sie mit einer solchen Aussage ihre Beziehung zu den Eltern definiert und im Grunde genommen zu ihnen gesagt hatten: ‚Im Vergleich zu uns seid ihr aber wirklich erzieherisch komplette Versager, wenn ihr mit einem so netten Kind noch nicht mal fertig werdet.‘ Welche Antwortmöglichkeiten haben nun die Eltern? Entweder können sie ihre völlige Inkompetenz einräumen und resignieren; denn bei solch kompletten Versagern hilft dann auch eine Beratung oder ein Training nicht. Oder aber sie beauftragen das Kind, auf Station auch aggressiv zu sein wie zu Hause. Das geschieht – wie wir alle wissen – häufig sehr direkt in Form von Aufforderungen, sich ja von den anderen Kindern nichts gefallen zu lassen, sich ja auch von den Betreuern nicht herumkommandieren zu lassen, sich zwar in den und den Punkten anzupas-

sen, aber die und die nicht zu erfüllen. Häufiger geschieht das aber sehr viel weniger explizit, weniger offensichtlich, indirekter, aber ebenso wirksam.

Schauen wir uns die Sache aus der Perspektive des Kindes an: Das Kind gerät mit der Aufnahme in einen Loyalitätskonflikt. Erfüllt es die Forderung der Betreuer auf der Station, macht es die eigenen Eltern schlecht, indem es ihre Inkompetenz offenlegt. Umgekehrt muß es die Betreuer, die sich (wie wir annehmen) wirklich Mühe geben und nett sind, ständig vor den Kopf stoßen und verärgern, wenn es versucht, die Eltern zu schützen. Dabei ist es noch relativ gut dran, wenn es eindeutige Aufträge von seinen Eltern bekommt. Sehr viel häufiger befindet sich das Kind in einer äußerst verwirrenden Situation, nicht unähnlich einem double-bind, indem es verbal den Auftrag erhält, sich zu bessern, analog den Auftrag, die Eltern nicht bloßzustellen.

Es war immer schon interessant und fruchtbar, Ereignisse auf der Station unter dem Aspekt der Auseinandersetzung zwischen Eltern und Betreuern um die erzieherische Kompetenz zu betrachten. Hinzu trat häufig eine sehr emotionale Rivalität zwischen Eltern und Betreuern um die Zuneigung des Kindes: Die Eltern fürchteten nicht zu Unrecht, ihr Kind ein Stück zu verlieren. Die Betreuer andererseits sahen durchaus ebenso zu Recht eine Bestätigung ihres beruflichen Handelns darin, die Zuneigung des Kindes zu gewinnen. Auf welcher Ebene auch immer: Das Kind sah sich konkurrierenden Erziehern ausgesetzt, was in jedem Fall eine pathogene Situation bedeutet.

Natürlich habe ich jetzt ein Extrem gezeichnet, und vieles, was auch früher durchaus erfolgreich war, ist sicherlich darauf zurückzuführen, daß die Betreuer aus einem guten Empfinden für die Situation sich nicht auf einen Kampf oder möglichst wenig auf einen Kampf eingelassen haben, daß sie fähig waren, ihre eigene Unsicherheit, ihr eigenes Versagen den Eltern deutlich zu machen, und vielleicht auch mit ihnen gemeinsam überlegt haben, was zu tun sei. In diese Richtung zumindest ist die Änderung in unseren Beziehungen zu den Eltern erfolgt.

Ein neues relationales Konzept

Zunächst haben wir uns klar gemacht, wer eigentlich unser Auftraggeber und was unser Auftrag ist. Es ist offensichtlich: Die Eltern sind unsere Auftraggeber bzw. die sonstigen Erziehungsberechtigten, evtl. auch die Heimerzieher, und ihr Auftrag lautet: Helft uns dabei, mit diesem Kind besser fertig zu werden. Wenn wir diesen Auftrag nun aber ernst nehmen, dann erscheint es auf Anhieb schon wenig sinnvoll, den Eltern die Erziehungsaufgabe abzunehmen und zu versuchen, es besser zu machen. Denn das hieße ja, den Eltern die Verantwortung abzunehmen, und würde dem Ziel, die Familie zur Selbständigkeit und Selbstverantwortlichkeit zu führen, zuwiderlaufen, zumindest das Erreichen dieses Zieles außerordentlich erschweren. Konsequenterweise muß es eigentlich heißen: Helfen können wir nur durch Nichthelfen.

Das könnte nun bedeuten: Jede stationäre Aufnahme ist sinnlos und verfehlt. Eine solche Ansicht werden Sie von

systemisch ausgebildeten Familientherapeuten auch oft hören. Sie hat meiner Meinung nach auch einen richtigen Anteil, erscheint mir aber in ihrer generellen Aussage als falsch. Oft ist die Situation einfach so festgefahren, das Kind ausgeschult, die Eltern unter massivstem Druck der Umgebung, selbst am Ende ihrer Kräfte, so daß meines Erachtens eine stationäre Aufnahme sinnvoll ist. Vielfach ist das Kind – beispielsweise in seinem Sozialverhalten – über lange Jahre fehlentwickelt, so daß es besonderer Anstrengung in Form von Gruppen- und Einzeltherapie bedarf, hier eine Korrektur zu vollziehen. Die Frage, stationäre Aufnahme ja oder nein, erscheint mir auch längst nicht so entscheidend zu sein wie die Frage, wie die stationäre Aufnahme vorbereitet und gestaltet wird.

Entscheidend wichtig ist es, bereits in einem Gespräch vor der stationären Aufnahme die Weichen zu stellen. Die Eltern kommen und sagen: „Wir sind am Ende. Du, Therapeut, und ihr, Betreuer, helft uns und nehmt uns unsere Verantwortung, zumindest für eine gewisse Zeit, ab!“ Unsere Antwort ist heute: „Ja, wir helfen gerne, können Ihnen aber Ihre Verantwortung nicht abnehmen und wollen dies auch nicht tun. Auch die Frage, ob Sie das Kind wirklich zu uns bringen wollen, müssen Sie selbst entscheiden.“

Um bei dieser Entscheidungsfindung zu helfen, ist es wichtig, sehr genau zu erfragen, was das Aufenthaltsziel sein soll. Diese Frage erscheint auf den ersten Blick sehr simpel. Tatsächlich halte ich sie jedoch, wenn auf konkrete umsetzbare Aufenthaltsziele und eine einmütige Stellungnahme beider Elternteile hingearbeitet wird, für die wichtigste Frage überhaupt und die Auseinandersetzung hierüber oft schon für den entscheidenden Punkt der Therapie.

Häufig ist sie auch in einer Sitzung nicht zu klären, so daß mehrere ambulante Vorgespräche notwendig werden. Ist sie allen Beteiligten deutlich – und auch das Kind sollte in diesen Prozeß ebenso intensiv einbezogen werden –, wird das Aufenthaltsziel schriftlich fixiert und allen Beteiligten, den Eltern, dem Kind und den Betreuern in die Hand gegeben. Jetzt können die Eltern noch entscheiden, wann sie eine stationäre Aufnahme wünschen. Gleichzeitig erfahren sie, daß sie auch den Zeitpunkt für das Ende des Aufenthalts bestimmen werden, weil ja entscheidend ist, wann nach ihrer Beurteilung das Aufenthaltsziel erreicht ist.

Wichtig ist es nun im nächsten Schritt, daß die Betreuer auf der Station erreichen, nicht Rivalen der Eltern, sondern ihre Verbündeten zu werden. Denn das bedeutet für die Eltern, keine Angst haben zu müssen, an die Ersatzeltern ihr Kind ein Stück zu verlieren, bedeutet gleichzeitig aber auch die Unbequemlichkeit, weiter in der Verantwortung zu stehen, was jedoch wichtigste Voraussetzung für ein Lernen der Eltern und einen Aufbau der elterlichen Kompetenz ist. Wir handhaben es nun so, daß einer der Betreuer an den Vorgesprächen bereits teilnimmt. Dieser Betreuer wird als sogenannter Pate erster Ansprechpartner für das Kind und auch erster Ansprechpartner für die Eltern während des Aufenthaltes des Kindes. Gleichzeitig sollte er in besonderem Maße als Delegierter der Eltern im Stationsteam auftreten. Aufgrund des Vorgesprächs ist bereits klar, daß nicht wir, Betreuer und Therapeut, über die Tatsache des Hierseins des Kindes entschieden haben, sondern die Eltern, die auch das

Ende des Aufenthalts bestimmen werden. Entsprechend sind früher übliche Aggressionen der Kinder anlässlich solcher Fragen völlig verschwunden, ebenso das häufige Fragen nach der Dauer des Aufenthaltes. Die Kinder wissen, daß sie sich mit solchen Fragen an die Eltern wenden müssen. Selbstverständlich arbeiten wir mit dem Kind an seiner Eigenmotivation zu einer Verhaltensänderung im Sinne der Aufenthaltsziele. Werden jedoch direktive erzieherische Maßnahmen notwendig – und dies wird um so häufiger notwendig sein, je mehr das symptomatische Verhalten Ausdruck des Familienproblems ist –, dann gibt es generell für uns eine Richtlinie, an der wir uns auszurichten versuchen: Das Problem da zu lassen, wo es hingehört, zwischen Kind und Eltern bzw. Eltern und Kind. So interpretieren wir aggressives Verhalten innerhalb der Station – abgesehen von solchen Fällen, wo es verständliche und nachvollziehbare Gründe hat – nicht als Aggression gegen die Erzieher, sondern als Ungehorsam gegenüber den Eltern. Abgesehen von der Notwendigkeit, in unmittelbaren Gefahrensituationen eingreifen zu müssen, werden deshalb auch die Sanktionen für Fehlverhaltensweisen nicht von den Betreuern, sondern von den Eltern festgelegt. Dies geschieht zumeist im voraus sowie in der fortlaufenden Arbeit mit der Familie. Treten jedoch extreme Situationen auf, greifen wir auch zu extremen Verhaltensweisen, indem wir z.B. die Eltern sofort anrufen, sie auffordern, sofort mit ihrem Kind am Telefon zu sprechen oder aber noch am Abend oder am nächsten Tag zur Klinik zu kommen, um das weitere Vorgehen zu erörtern. Umgekehrt richten wir uns nach demselben Prinzip, wenn die Eltern sich aus ihrer Verantwortung zu stehlen suchen, indem sie beispielsweise verabredete Termine nicht einhalten. Wir begnügen uns dann nicht damit, Entschuldigungen entgegenzunehmen, sondern fordern sie auf, sich bei ihrem Kind zu entschuldigen. Versäumen die Eltern immer wieder unentschuldig ihre Termine, gehen wir auch so weit, dies ihnen und dem Kind gegenüber als Desinteresse an ihrem Kind zu interpretieren.

Natürlich ist es für die Betreuer auf der Station ganz ungeheuer schwierig zuzuschauen, wie inkompetent und inkonsequent viele Eltern ihre Kinder behandeln. Es bedarf großer Anstrengungen, in solchen Fällen, in denen das richtige erzieherische Verhalten möglicherweise auf der Hand liegt, nicht nach den eigenen Maßstäben zu handeln und durchzugreifen. Darum muß immer wieder deutlich gemacht und erarbeitet werden, was das Ziel des Aufenthaltes ist, nämlich die erzieherische Kompetenz der Eltern zu fördern und Umstrukturierungen innerhalb der Familie anzuregen. Immer wieder müssen wir uns daran erinnern, was früher mit unseren guten Ratschlägen an die Eltern geschehen ist: Es ist uns bewiesen worden, daß diese Ratschläge, die ja auch längst schon erprobt waren, unter den und den Bedingungen nichts fruchteten. Neue Erfahrungen innerhalb der Familie gelingen nur, wenn Neues wirklich ausprobiert wird, wenn sich die Familie freiwillig zu diesem Neuen entscheidet, was vielleicht als eine von vielen Möglichkeiten von den Betreuern angeboten wurde. Dabei ist es wichtig, daß die Eltern verlässliche Rückmeldungen bekommen, z.B. genaue Hinweise, wann und in welcher Art das Kind nicht in der erwünschten Weise reagiert hat, Glück-

wünsche und Anerkennung, wenn das Kind in der gewünschten Weise reagiert hat.

Einige organisatorische Dinge sind wichtig, um eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern zu erreichen: So beurlauben wir die Kinder möglichst an jedem Wochenende nach Hause, so daß die Eltern neue Erfahrungen erproben und am Sonntagabend beim Zurückbringen ihre Rückmeldung geben können. Auch im Hinblick auf den Entlassungstermin ist eine möglichst hohe Flexibilität notwendig, beispielsweise in Form von Probeurlaubungen über ein oder zwei Wochen oder dem Angebot einer raschen Wiederaufnahme, falls sich der Entlassungstermin als zu früh herausgestellt hat. Aber alle diese Dinge liegen letztlich – bis auf den therapeutischen Gesamtrahmen, den völlig eindeutig wir setzen – in der Verantwortung der Erziehungsberechtigten.

Der Fall Ralf K.

Es soll versucht werden, das Gesagte an einem Beispiel aufzuzeigen. Es handelt sich um den zehnjährigen Jungen Ralf, der uns von einem bekannten, gut arbeitendem Heim vorgestellt wurde wegen seiner ständigen aggressiven Ausbrüche, in denen er sich überhaupt nicht mehr zu kontrollieren wisse, in denen er andere Kinder in bedrohlicher Weise angreife und die Einrichtung zerschlage. In dem telefonischen Vorgespräch wurde weiter erklärt, es handle sich schon um den zweiten Heimaufenthalt des Jungen. Aus dem ersten habe die Mutter den Jungen wieder herausgeholt. Zuhause sei es dann aber so schlecht gegangen, daß eine Fürsorgeerziehung eingerichtet worden sei, Aufenthaltsbestimmungsrecht habe jetzt also das Landesjugendamt. Die Mutter besuche den Jungen aber regelmässig und verwirre ihn durch völlig unrealistische Hinweise, daß sie ihn bald aus dem Heim herausholen werde.

Es war nicht schwer, die Hypothese aufzustellen, daß hier ein Kampf um die Verantwortlichkeit für den Jungen stattfand, der letztlich auf seine Kosten geführt wurde bzw. zu diesem unverantwortlichen Verhalten führte¹.

In diesem Falle erklärte das Heim seine Bemühungen für gescheitert, die Grenzen seiner Belastbarkeit seien erreicht, der Junge müsse fort. Uns interessierte nun, wieviel Verantwortung die Mutter zu übernehmen bereit wäre, und wir verabredeten deshalb ein Gespräch zwischen Heim, Landesjugendamt, Jugendamt, Mutter, Sohn und uns. In diesem Gespräch deutete sich eine erschütternde Lebensgeschichte der Mutter an, die wir allerdings erst später genauer erfahren, die ich hier aber der Einfachheit halber an diesem Punkt zusammenziehen möchte:

Die Mutter selbst war unter sehr belastenden Umständen aufgewachsen. Sie berichtete, ihr Vater sei sehr jähzornig gewesen, habe die Mutter oft geschlagen, sei auch wegen Körperverletzung vorbe-

¹ Es ist interessant, unter diesem Begriff der Verantwortungslosigkeit die Situation der verschiedenen Beteiligten in einem durch Störverhalten auffällig gewordenen System zu betrachten und von hieraus Lösungsschritte einzuleiten. Unsere Erfahrung ist, daß das Problem auf dem besten Wege ist, gelöst zu werden, wenn die Erziehungsberechtigten versuchen, Verantwortung zu übernehmen.

straft gewesen. Ihre Mutter habe alles erduldet. Sie selbst habe weder zu ihrem Vater noch zu ihrer Mutter ein gutes Verhältnis gehabt. Sie habe sich mit ihnen nie gut verstanden. Es sei oft zu erheblichen Auseinandersetzungen zwischen ihr und den Eltern gekommen. Diese seien eskaliert, als sie mit 16 Jahren schwanger geworden sei. Mit dem 13 Jahre älteren Vater des Kindes habe sie ein Jahr zusammengelebt; er habe sich aber noch vor der Geburt Ralfs von ihr getrennt. Ihr Vater habe verlangt, das Kind abtreiben zu lassen oder es zumindest sofort nach der Geburt in ein Heim zu geben. Sie habe sich dem jedoch widersetzt, das Kind zur Welt gebracht und mit nach Hause in die Wohnung ihrer Eltern genommen, die sich aber darum nicht gekümmert hätten. Sie habe sich Geld verdienen müssen und eine Trinkhalle unterhalten; von dort sei sie zwischenzeitlich immer nach Hause gekommen, um das Kind zu versorgen. Ihre Eltern hätten ihr immer wieder gesagt, sie sei sowieso unfähig, ein Kind zu erziehen, sie sei zu ungeschickt und zu dumm dazu; und einen anderen Mann werde sie auch nie finden, weil sie viel zu häßlich sei. Da die Situation zu Hause unerträglich geworden sei, habe sie sich dann eine eigene Wohnung gesucht, sei mit dem Kind in einen Nachbarort gezogen und habe versucht, mit Ralfs Vater zusammenzuleben, von dem sie bis zur Trennung geschlagen worden sei, wie ihre Mutter von ihrem Vater. Sie sei in dieser Zeit sehr einsam gewesen, habe keine Kontakte gehabt, sich nur auf das Kind konzentriert und sei sehr depressiv und passiv geworden. Sie habe dann ständig zugenommen; während sie vor der Geburt das Idealgewicht von 50 kg gehabt habe, habe sie schließlich – bei einer Größe von ca. 1,60 m – 4 Zentner gewogen. In dieser depressiven Phase habe sie den Haushalt und das Kind nicht optimal versorgt, das gebe sie zu, so daß ihr das Kind weggenommen und in ein Heim gebracht worden sei. Das habe sie nur schwer verkraftet. Sie würde sich damals wahrscheinlich ganz aufgegeben haben, wenn die sie betreuende Sozialarbeiterin ihr nicht immer wieder Mut gemacht hätte.

Es sei eigentlich eine Art Trotzreaktion gewesen, daß sie drei Jahre nach der Geburt von Ralf erneut schwanger geworden sei und einen zweiten Sohn geboren habe. Sie habe ihrer Familie und vor allem ihren Eltern beweisen wollen, daß sie doch ein Kind erziehen könne. Sie habe dann auch Ralf aus dem Heim zu sich zurückgenommen. Ralf sei in einen Kindergarten gegangen, sei dort aber untragbar gewesen wegen seiner Wutausbrüche und deshalb in eine Tagesstätte für geistig behinderte Kinder eingewiesen worden. Von der Schule sei er für ein Jahr zurückgestellt worden, ebenfalls wegen seiner Verhaltensstörungen. In diesem Jahr sei er dann zunehmend verwahrlost, habe sich auf Schutthalden und Bauplätzen herumgetrieben. Als sie bei einem Verkehrsunfall Frakturen der Beine erlitten habe, sei Ralf dann nochmals in ein Heim gebracht worden. Mit dem dortigen Heimpersonal habe sie sehr starke Auseinandersetzungen gehabt, weil heimlich Medikamente gegeben worden wären. Im Alter von 8 1/2 Jahren sei dann die Aufnahme in das Erziehungsheim erfolgt, von wo er dann 1 1/2 Jahre später zu uns übernommen wird.

Bei der Aufnahme stand für die Mutter der Makel der Erziehungsunfähigkeit ganz im Vordergrund. Sie räumte ein, auch mit dem zweiten Sohn Schwierigkeiten zu haben. Sie wirkte in ihrem Verhalten sehr unsicher und berichtete, daß sie sich in ihrem Dorf kaum aus dem Haus traue, weil sie sich wegen ihrer Adipositas so sehr schäme und keine Kontaktperson habe.

In dem Gespräch zwischen allen Beteiligten wurde dann die Übergabe der Verantwortung an die Mutter gemeinsam beschlossen, mit dem Ziel, die mütterliche Kompetenz so weit aufzubauen, daß Ralf nach Hause könne oder aber daß die Mutter sich entschliesse, ihn endgültig in ein Heim zu geben, um dann diese Maßnahme mitzutragen.

Auch bei uns zeigte sich Ralf zunächst extrem aggressiv, untriebig und erzieherisch nur äußerst schwer beeinflussbar. Zwischen ihm und den Betreuern wurde zunächst vordringlich die Frage thematisiert, ob er bei seinen aggressiven Ausbrüchen sich tatsächlich nicht kontrollieren könne – dann müsse er krank sein – oder sich nicht kontrollieren wolle – dann sei er der Mutter gegenüber ungehorsam. Ralf hatte sich jeweils nach einem aggressiven Ausbruch zwischen beidem zu entscheiden, und es folgten jeweils entsprechende logische Konsequenzen. Im Kontakt mit der Mutter bestand der erste Schritt darin, bei ihr Vertrauen zu unserer Arbeit und zu unserer Einrichtung aufzubauen, was dann nach einiger Zeit dazu führte, daß sie erstaunlich viel Zeit und Energie opferte, um mitzuarbeiten. Ein Problem für sie war es, Ralf irgendwelche Grenzen zu setzen, aus Angst, ihn zu verlieren. Es gelang uns, ihr deutlich zu machen, daß sie den Jungen nur gewinnen könne, wenn sie Mutterfunktion für ihn übernehme, was dieser sich auch wünsche und wozu auch Grenzsetzungen gehörten. Für uns wurde deutlich, daß die extremen Wutausbrüche, die aggressiven Auseinandersetzungen, die Sachbeschädigungen des Jungen in dem Maße sehr viel seltener wurden, als seine Mutter Forderungen an ihn stellte und auch Konsequenzen aussprach. Die Mutter rief häufig – in den Zeiten guter Zusammenarbeit regelmäßig – an und besprach sich mit den Betreuern und dem Jungen. In besonders positiven oder negativen Situationen wurde sie auch von den Betreuern angerufen, aufgefordert, mit Ralf zu sprechen und evtl. Sanktionen zu verhängen. Überraschend war es für uns, als sie eines Tages mit einer Kladder in der Hand auf der Station erschien und die Betreuer aufforderte, jeden Tag einige Bemerkungen über Ralfs Verhalten aufzuschreiben, damit sie wisse, ob sie ihn am Wochenende z.B. mit einer gemeinsamen Radtour belohnen solle oder ob er negative Konsequenzen zu tragen habe. Während der Wochenendbeurlaubungen gelang es ihr dann auch zunehmend, Anforderungen an den Jungen zu richten und diese durchzusetzen. Dieser Prozeß zog sich jedoch über eine lange Zeit hin. Insgesamt blieb der Junge elf Monate bei uns, nicht ohne daß es zwischenzeitlich mehrfach zu Einbrüchen in der positiven Entwicklung gekommen war.

Erstmalig kam es zu einem Einbruch, als die Mutter offensichtlich aus Überengagement für Ralf ihren zweiten Sohn stärker aus dem Auge verloren hatte und dieser nun zunehmend Probleme bereitete. Sodann kam es auch aus Gründen ihrer individuellen Weiterentwicklung zwischenzeitlich zu einer Phase, in der sie ihre Mitarbeit sehr stark reduzierte. Dieses war die größte Krisensituation in der gesamten Behandlung, da zu diesem Zeitpunkt auch die Zuversicht der Betreuer verlorengegangen war, die Mutter könne je eine hinreichende erzieherische Kompetenz erwerben. Zu diesem Zeitpunkt kam es immer wieder dazu, daß die Mutter anrief, sie werde zu einem Besuch kommen, dann aber nicht kam und sich erst später unter allerlei Vorwürfen entschuldigte. Zu Hause verhielt sie sich offensichtlich inkonsequent und führte – wie die Betreuer es nannten – „erzieherische Scheinhandlungen“ durch: So erklärte sie, sie habe Ralf Fernsehverbot erteilt, wobei sich dann im Gespräch mit Ralf herausstellte, daß er die ‚Sesamstraße‘ nicht habe sehen dürfen, sonst aber das ganze Programm bis gegen

Mitternacht. Dann wieder berichtete sie über viel zu harte Strafen wegen Nichtigkeiten, so daß die Betreuer die Unausgewogenheit ihrer Maßnahmen nur schwer ertragen konnten. Darüber hinaus war es nur schwer anzusehen, wie Ralf die Mutter in der Hand hatte: Er setzte sich auf ihren Schoß, schmiegte sich an sie und setzte sie damit schachtmatt, so daß sie vorher laut geklagte Wut und Enttäuschung gar nicht mehr zu äußern vermochte. In solchen Situationen wirkte die Mutter dann nur noch „wie ein einziges Schuldgefühl“. In den Stationsbesprechungen wurde damals immer wieder die Meinung geäußert: „Die schafft es nie, laßt uns doch endlich die Sache selbst in die Hand nehmen und Ralf anschließend in ein Heim geben!“ Dies war vor allem auch insofern die entscheidende Krisenzeit, als damals natürlich auch die Mutter von den Betreuern zumindest implizit negative Rückmeldungen bekam und der Prozeß, sie in ihrem allmählichen Aufbau von erzieherischer Kompetenz zu unterstützen, abubrechen drohte. Unsere eigene Unsicherheit spiegelte Ralf damals sehr deutlich wider, indem er nun verstärkt seine Ambivalenz äußerte und alternativ mit hoher emotionaler Beteiligung erklärte, er werde sofort für immer nach Hause gehen oder aber er wolle mit seiner Mutter nie mehr zu tun haben.

An diesem Punkt haben wir die parallel laufende Einzelarbeit mit der Mutter intensiviert. In diesem Fall war es wichtig, mit der Mutter am zunehmenden Aufbau ihres Selbstbewußtseins und einer Außenorientierung zu arbeiten. Leider war die noch immer einflußreiche Großmutter nie zu einer Mitarbeit bereit. Eindrucksvoll war dann immer wieder, mit welchem hohem Maß an Energie die Mutter ihre Bemühungen, erzieherische Kompetenz zu erwerben, wieder aufnahm.

Nur kurz sei erwähnt, daß im Verlaufe der klientenzentrierten Spieltherapie mit Ralf immer wieder an seinem äußerst ambivalenten aggressiv geladenen Verhältnis zu seiner Mutter gearbeitet wurde. Immer wieder überfiel er im Spiel seine Mutter und raubte ihr all ihr Geld, immer wieder mißhandelte und ermordete er sie auf die brutalste Art und Weise, immer wieder aber auch reiste er in andere Länder, arbeitete dort und schickte seiner Mutter Geld, da sie nichts besitze.

Die Mutter hat dann nach elf Monaten den Aufenthalt bei uns abgebrochen, zu einer Zeit, als wir durchaus noch unsicher waren, ob die Therapie erfolgreich war. Sie ist bis heute regelmässig zu ambulanten Besprechungen im Abstand von etwa zwei Monaten gekommen. Ein halbes Jahr nach der Entlassung schilderte sie in Anwesenheit ihres Sohnes sehr große Ängste, daß er von einem in seinem Verhalten sehr auffälligen älteren Jungen zu Streichen angestiftet werde, und zeigte sich sehr unsicher hinsichtlich ihrer erzieherischen Maßnahmen. Sie schilderte beispielsweise, daß sie zwei Tage zuvor trotz Verbotes wieder Zigaretten im Schulbeutel des Jungen gefunden habe. Sie habe dann ihre Drohung wahrgemacht, daß er, wenn er wieder Zigaretten klaue, den Inhalt einer ganzen Schachtel vor ihren Augen rauchen müsse, Ralf sei es jedoch nach der dritten schon übel geworden. Sie habe die Prozedur abgebrochen und sei mit ihm zur Kinderärztin gefahren. Zu ihrem Erstaunen war sie dann allerdings von dieser Kinderärztin in dieser Erziehungsmaßnahme unterstützt worden. Als ihr Sohn dann

nach einiger Zeit herausgeschickt wurde, zeigte sich jedoch sehr deutlich, daß die Mutter mit ihren Nerven völlig am Ende war, sehr depressiv, immer wieder mit Tränen in den Augen. Es wurde deutlich, daß sie keine befriedigenden Kontakte hatte, daß sie keine Beziehungen fand, in denen sie sich angenommen fühlte und in denen sie von ihren Unsicherheiten und Sorgen sprechen konnte. Hinzu kamen nach wie vor erhebliche finanzielle Probleme und Auseinandersetzungen im Beruf. Allerdings wurde gleichzeitig deutlich, daß sie doch anders auf diese Probleme reagierte als vor einem Jahr. Auch scheint sie an ihrem Arbeitsplatz an Ansehen gewonnen zu haben. Als bemerkenswert war zu registrieren, daß Leistungsschwierigkeiten in der Schule kaum aufgetreten waren.

Abschließende Bemerkungen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Viersen hat neben Stationen, die vorwiegend der langfristigen Förderung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen dienen, sieben Stationen zur kurz- bzw. mittelfristig konzipierten Therapie, d. h. vorwiegend Psychotherapie. Die Stationen unterscheiden sich einmal nach dem Alter der Patienten und bis zum gewissen Grade auch nach deren Störungsbildern, zum anderen nach dem psychotherapeutischen Standort des Stationsleiters (Arzt oder Psychologe) und dem Entwicklungsstand des Betreuerenteams. Die hier dargestellte Konzeption wurde sehr stringent auf einer Station für 10 bis 14-jährige Kinder beiderlei Geschlechts verwirklicht, und wir glauben, die Wirksamkeit unserer therapeutischen Bemühungen wesentlich erhöht zu haben. Zwar können wir keine vergleichende katamnestiche Untersuchung vorlegen (hier wird das Problem der Forschungsmöglichkeiten an Kliniken wie der unsrigen berührt), doch scheint die Erfolgsrate deutlich höher zu liegen als früher, und es ist uns in einer ganzen Reihe von Fällen offensichtlich gelungen, sonst unvermeidlich erscheinende Heimunterbringungen zu vermeiden. In einigen Fällen, in denen wir bei der Entlassung die weitere Entwicklung durchaus skeptisch beurteilt hatten, stellte sich in späteren Kontakten ein überraschend positiver Verlauf heraus.

Trotz vieler Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen läßt sich für die Gesamteinrichtung sagen, daß wir in den letzten Jahren Störungen von Kindern und Jugendlichen zunehmend unter dem Aspekt der Nicht-Übernahme von Verantwortung für die individuellen und innerfamiliären Aufgaben sehen, und zwar sowohl bei den Eltern als auch beim Kind oder Jugendlichen. Darum erscheint es uns entscheidend wichtig, neben der Förderung einer angemessenen Autonomie des Kindes oder Jugendlichen die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern zur Übernahme von Verantwortung als Voraussetzung für den Aufbau elterlicher Kompetenz zu stärken. Ist dies nicht möglich, lassen wir Ablehnung und Unfähigkeit der Eltern zur Übernahme von Verantwortung vor dem Kind bzw. Jugendlichen und evtl. involvierten offiziellen Stellen ganz deutlich werden, um die Voraussetzung für die Auflösung eines ständigen, angst- und schuldbesetzten *circulus vitiosus* zwischen Einverleiben und

Abstoßen des parallel dazu opponierenden und regredierenden Kindes bzw. Jugendlichen zu schaffen. Besteht Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung, so müssen die Eltern in das Geschehen auf der Station mit einbezogen werden, bei Kindern in stärkerem Maße als bei Jugendlichen. Dabei sollen die Betreuer nicht Inkompetenz vortäuschen, sondern vielmehr darauf achten, das Problem dort zu belassen, wo es hingehört, nämlich zwischen Eltern und Kind, und als erfahrene Berater den Eltern Möglichkeiten neuen Verhaltens eröffnen. Letztlich entspricht die Rolle der Betreuer damit völlig dem des Therapeuten im Familiengespräch, der das Familienproblem zu fokussieren versucht und der Familie hilft, neue Lösungsmöglichkeiten zu erproben, wobei er aufgrund seiner Erfahrung Vorschläge machen kann, jedoch auch damit rechnen und einverstanden sein muß, daß die Familie völlig andere Versuchsschritte wählt. Die therapeutische Beziehung aller Mitarbeiter zur Familie muß in allen Aktivitäten die Aufforderung an die Familie enthalten, die Verantwortung für die Lösung ihrer Probleme selbst zu übernehmen.

Summary

Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents

Referring their child to a psychiatric hospital parents often express – more or less consciously – their failure in rearing their own child. The more successful the nursing staff deals with their child as „surrogate parents“ the more strikingly their parental incompetence is stressed. Often there is an increasing rivalry between parents and „surrogate parents“ leading the child into a deep conflict of loyalty: compliance to the „nursing staff“ implicates blaming his own parents. This condition is stressful to all persons in-

olved and prevents the child from achieving his therapeutic goals.

According to our clinical experience it is very important to prevent the described process from developing throughout the family work. This is done by emphasizing the responsibility and capability of the parents during each stage of the therapeutic process. We have learned more and more to regard the disturbed behaviour of the child as a sign for non-acceptance of responsibility within the family. This view has striking consequences for the therapeutic work: its most important purpose is to emphasize the parental responsibility and to make the parents capable to exert it – in other words: Therapy means to enhance parental competence. This conceptualization of therapy influences not only the role of the parents but necessarily also the professional identity of the staff in a profound way.

Literatur

Andolfi, M. (1982): Familientherapie. Das systemische Modell und seine Anwendung. Freiburg: Lambertus. – *Langenakens, M.* und *Van der Linden, J.* (1977): Einführung der Arbeit mit Familien in einem Therapieheim für Kinder mit Lern- und Beziehungsstörungen. In: *Crolla-Baggen, M.* (Hrsg.): Partner- und Familienbehandlung. Freiburg: Lambertus. – *Luthman, S.* und *Kirschenbaum, M.* (1977): Familiensysteme. München: Pfeiffer. – *Pleyer, K.-H.* (1983): Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationären Therapie. In: *Rotthaus, W.* (Hrsg.): Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Bereich. Dortmund: Verlag modernes lernen. – *Schmidbauer, W.* (1977): Die hilflosen Helfer. Hamburg: Rowohlt. – *Selvini Palazzoli, M.* u. a. (1980): Das Problem mit dem Überweiser. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 1.

Ansch. d. Verf.: Dr. Wilhelm Rotthaus, Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landesclinik Viersen, Horionstraße 14, 4060 Viersen 12.