

IHP
INSTITUT
FÜR
HUMANISTISCHE
PSYCHOLOGIE

Graduierungsarbeit
2003

Anja Berresheim

Lösungsorientierte Elternberatung in der ergotherapeutischen Praxis

IHP Manuskript 0304 G

IHP

Bücherdienst
52249 Eschweiler
Tel 02403 4726
Fax 02403 2044714
Mail office@ihp.de
web www.ihp.de

IHP

Manuskripte
ISSN 0721 7870
Herausgeber
Dr. Klaus Lumma

Lösungsorientierte Elternberatung in der ergotherapeutischen Praxis

Gliederung:

1. Einleitung
2. Probleme Fokussieren: Ein Gesetz der helfenden Berufe
 - 2.1. Das medizinische Modell in der Ergotherapie
 - 2.2. „Ich kann so nicht arbeiten“
3. Elterngespräch „wie immer“ –Gesprächsprotokoll-
 - 3.1. Auf der Suche nach Problemen
4. Mit KlientInnen an dem arbeiten, was sie wollen
5. Lösungen finden –Gesprächsprotokoll-
6. Interviewgestaltung macht Lösungen finden möglich
 - 6.1. Ziele
 - 6.2. Ausnahmen
7. Fazit und Ausblick
8. Elternkurzberatung bei kleinen Alltagsfragen
9. Was noch zu sagen ist ...

1. Einleitung

Erzähle mir etwas, und ich werde es vergessen.

Zeige mir etwas, und ich werde mich vielleicht daran erinnern.

Beteilige mich, und ich werde verstehen.

Sprichwort der amerikanischen Ureinwohner

In der folgenden Arbeit geht es um das Thema „Beratung im Gesundheitswesen“, einhergehend mit der Reflexion meiner Rolle und die der KlientInnen. Durch das Schreiben dieses Beitrags ist mir deutlich geworden, in welchem Zwiespalt sich Beratung in diesem Bereich bewegt und welche passive Rolle KlientInnen/PatientInnen dabei übernehmen. Das Experiment, die KlientInnen mit ihren Fähigkeiten und Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen, war neu und trotz des Strebens nach mehr Leichtigkeit stellenweise schwer. Die KlientInnen wirklich ernst zu nehmen, da ich davon ausgehe, dass sie (und nicht ich) über die nötigen Voraussetzungen verfügen, auf die sie zur Lösung eines Problems angewiesen sind, ist jedoch ein lohnender Weg.

Es ist eine Bewegung weg von der allwissenden Fachkraft, welche eine sehr machtvolle Rolle ist, zu einer Begleitung, die darauf angelegt ist, sich überflüssig zu machen. Vielleicht einer der Gründe, warum sie im medizinischen Bereich wenig verbreitet ist ...

2. Probleme Fokussieren: Ein Gesetz der helfenden Berufe

Mit Problemen zu arbeiten ist in den helfenden Berufen sehr stark geprägt vom „medizinischen Modell“ (CONRAD & SCHNEIDER 1985; GOLDSTEIN 1992; WEICK 1992). Dieses Modell entstand in der Folge beeindruckender Erfolge in der Medizin im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Aus dieser Zeit stammt die Erkenntnis, dass viele ansteckende Krankheiten sich auf Infektionen zurückführen lassen. Dieses neue Wissen führte zum Praxismodell von „Diagnose und Behandlung“.

Waren Bakterien erst isoliert und identifiziert, konnten ÄrztInnen den PatientInnen helfen, indem sie diagnostizierten, welche Krankheiten die Symptome der PatientInnen verursachten und dann die entsprechende Behandlung einleiteten. Zu Anfang des 20. Jahrhunderts sank die Sterberate bei ansteckenden Krankheiten. Die Hoffnung stieg, dass die verheerenden Folgen der Krankheiten kontrolliert werden konnten.

Das Vertrauen in die medizinischen Erkenntnisse als Grundlage medizinischen Handelns und somit in das Modell von Diagnose und Behandlung stieg dramatisch an.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts blieb die Anwendung des medizinischen Modells nicht auf körperliche Krankheiten beschränkt, sondern weitete sich aus in der Suche nach spezifischen Ursachen psychischer Krankheiten, emotionaler Probleme, zwischenmenschlicher Schwierigkeiten und sozialer Probleme - teilweise aus der Überzeugung heraus, dass wir dann, wenn wir erst einmal die Ursache dieser Probleme verstanden haben, auch bessere Strategien entwerfen können sie zu lösen und zu kontrollieren. Entstanden sind daraus Klassifikationsschemata wie DSM oder ICD. (siehe dazu: de JONG: Lösungen (er-)finden)

2.1. Das medizinische Modell in der Ergotherapie

Ergotherapie ist als Maßnahme der Heilmittel (Kassenleistung) ein Therapieverfahren zur Erhaltung oder Wiederherstellung der größtmöglichen Selbständigkeit der PatientInnen. Sie bezieht dabei körperliche, geistige und emotionale Fähigkeiten der PatientInnen ein, immer ausgehend von dem, was zurzeit möglich ist. Im Kinderbereich ist die sensorische Integrationstherapie die vorherrschende Behandlungsmethode.

Sensorische Integration ist die Zusammenstellung von Sinnesinformationen für den individuellen Gebrauch. Das heißt, der Vorgang, durch den das Gehirn Informationen von den Sinnen aufnimmt, erkennt, deutet und eingliedert, um darauf mit einer bestmöglichen angepassten Handlung zu reagieren.

Bei sensorischen Integrationsstörungen kann es sich um eine Fehlleistung in der Reizaufnahme, Weiterleitung und/oder in der Verarbeitung handeln. Bei Kindern können sich die Probleme unter anderem in einer Retardierung der motorischen Entwicklung, motorischer Unruhe, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen, sowie verschiedenster Verhaltensstörungen äußern.

Auch in der Ergotherapie ist der vorherrschende Denkansatz das medizinische Modell, dass erst die Therapeutin herausfinden muss, was der PatientIn fehlt, ehe sie der PatientIn helfen kann. Der Kern dieser Vorannahme ist der, dass Verbindung zwischen Problem und Lösung besteht. Deshalb scheint eine genaue Bewertung erforderlich zu sein, um der Auswahl von jeweiligen Interventionen, die beim Lösen verschiedener Probleme effektiv sind, die Richtung zu geben. Dies stützt sich auf neurophysiologische Grundannahmen, um Veränderungen auf dieser Ebene zu bewirken.

So, wie die Theorie meist wunderbar linear und logisch ist, so ist sie in der Praxis zumeist irrelevant. Lineare Denkmodelle sind gerade in der Arbeit mit Kindern meiner Einschätzung nach nicht handlungstauglich. Die Therapie mit den Kindern gelingt nach meinen Erfahrungen nur bei einem holistischen Beobachten und Reflektieren des aktuellen Arbeitsprozesses, natürlich mit dem Wissen über sensorische Zusammenhänge.

Das genaue Hinschauen liefert mir die direkte und gerade Rückmeldung darüber, was nützlich ist. Es ermöglicht mir zu reflektieren, wie effektiv ich in der Therapie handeln kann, mehr als

traditionell wissenschaftliche Forschungen dies ermöglichen würden. In der Praxis wird jede theoretische Erkenntnis mit täglich neue Ausnahmen erweitert.

Auch beobachte ich, dass die „Eingangsd Diagnose“ im Laufe des Kontaktes zunehmend an Bedeutung verliert. Das „Weshalb“ nährt vielleicht weiter meinen wissenschaftlichen Ehrgeiz, ist für die eigentliche Arbeit jedoch unwichtig. Diese Beobachtungen sind mir in der Therapie mit den Kindern nicht neu – wieso also nicht in den Elterngesprächen nutzen?

2.2. „Ich kann so nicht arbeiten“

ist sicher ein häufiger Satz von mir in Bezug auf Elterngespräche. Zum einen mein Hadern mit dem medizinischen Modell auch in der Elternberatung, zum anderen der mangelnde Rahmen aufgrund der Abrechnung über Kasse. Wie soll Beratung in dem Rahmen überhaupt möglich sein? Ich brauche mehr Zeit für die Gespräche, die Vor- und Nachbereitung, mehr Beratungssitzungen, mehr Respekt der „Auftraggeber“ ...

Zurzeit ist ein Elterngespräch pro Rezept (in der Regel mit 10 Behandlungen à 45 Minuten) anrechenbar, d.h. in der Regel ist nur alle drei Monate ein Gespräch möglich. Eine Regelung außerhalb der Abrechnungsmodalitäten ist bei uns innerhalb der Arbeitszeit leider nicht üblich, da keine andere Finanzierung möglich ist.

Die Erkenntnis „Es ist so wie es ist“ fällt mir schwer. Es muss Möglichkeiten geben, auch aus den wenigen Zeitressourcen das Möglichste herauszuholen.

Dass Gespräche nicht solche Nachhaltigkeit haben, wie ich sie mir wünsche, scheint nach genauerer Betrachtung auch, aber nicht nur an dem Faktor Zeit zu liegen... Im folgenden möchte ich ein Beispiel anführen, dass sicher für unzählige andere Gespräche steht, die ich geführt habe.

3. Elterngespräch –wie immer-

(Gekürztes Gesprächsprotokoll vom 8.11.2000)

Frau Manus stellt ihren Sohn, nach Weisung des Kinderarztes, bei einer mir vor. Nach sechs Terminen mit Anamnesege spräch und detaillierter Befunderhebung gibt es ein abschließendes Elterngespräch.

Counselor: Kevin hat Probleme in der Tonusregulation, sowie in der vestibulär-propriozeptiven Integration. (Es folgen Erklärungen der Begrifflichkeiten mit Beispielen aus den Stunden)

Frau Manus: Aber was heißt das für den Alltag? Wie soll ich mich jetzt verhalten?

Counselor: Was ist denn Ihr Hauptproblem zuhause?

Frau Manus: Er hört nicht und ist dauernd in Bewegung. Ständig fällt ihm was hin, obwohl ich immer sage, „Kevin pass auf und schau hin was du machst“. Auch kann er nicht alleine spielen und macht dann immer den Fernseher an. Aber mein Mann ist genauso.

Counselor: Wie war denn Ihr Mann früher, und wie waren Sie früher?

Frau Manus: Mein Mann stand in der Schule plötzlich auf und hat die Blumen gegossen, oder ist nach Hause gegangen. Ich war immer ein sehr ruhiges Kind. Ich habe mir immer fest vorgenommen, meine Kinder nicht zu schlagen oder anzuschreien.

Counselor: Und tun Sie es manchmal?

Frau Manus: Wenn er abends überhaupt nicht hört, dann muss ich es!

Counselor: Und wie geht es Ihnen dabei?

Frau Manus: Ich fühle mich lausig, aber es geht ja nicht anders.

Counselor: Wie motiviert sind Sie, etwas zu ändern?

Frau Manus: Sehr, aber ich weiß nicht, wie Sie mir helfen können. Meine Mutter sagt immer, das liegt an der Erziehung, und Kevin wird irgendwann mal ein echter Bombenleger.

Counselor: Was für ein Verhältnis hat Kevin zu seiner Oma?

Frau Manus: Sie ist sehr streng mit ihm und deshalb geht er da nicht gerne hin. Soll ich ihn nicht mehr hinschicken?

Counselor: Was meinen Sie?

Frau Manus: Ich weiß es nicht. Mal denk ich so und mal so.

Counselor: Wie geht es ihnen, wenn sie ihn zu ihrer Mutter bringen?

Frau Manus: Nicht gut. Er will ja nicht. Aber ich sag immer, du musst.

Counselor: Haben sie mal daran gedacht, zu einer Erziehungsberatungsstelle zu gehen?

Frau Manus: Nee, so schlimm war es noch nicht. Ich weiß auch nicht, wo welche sind.

Das Gespräch endet damit, dass ich die Adresse der Erziehungsberatungsstelle weitergebe und die nächsten Termine für die Stunden mit Kevin ausmache. Frau Manus geht nicht zur Erziehungsberatungsstelle. Kurze Gespräche nach den Therapiestunden laufen wie oben beschrieben in ähnlicher Form ab.

3.1. Auf der Suche nach Problemen

Der Fokus in diesem Gespräch liegt auf den Problemen. Fragen werden gestellt, die sich auf mögliche Problembereiche, Fehler, Ursachen und deren Lösungen beziehen. Es lässt vermuten, dass ich bereits einen Problem-Lösungs-Ansatz im Hinblick darauf an- bzw. eingenommen habe, wie am besten geholfen werden kann. Wenn es aber darum gehen soll daran zu arbeiten, was die KlientIn will, geht es um mehr, als um meine Lösungen. Leicht kann man sich blenden lassen von der „Problemsprache“ (de SHAZER 1994), wo der Fokus in der Beschreibung der KlientInnen darauf liegt, wie furchtbar und schwer die Probleme sind oder, wie andere ihnen das Leben schwer machen und sämtliche „Reflexe“ bei mir als Helfende auslösen.

Auch die Motivation, warum Beratung stattfindet, kann sehr unterschiedlich sein, ist aber entscheidend für die Motivation der Problemlösung (z.B. Wurde die Mutter vom Kinderarzt geschickt? Gibt es Auflagen vom Jugendamt? Ist die Einschulung ansonsten gefährdet ?)

4. Mit KlientInnen an dem arbeiten, was sie wollen

Die systemische Kurztherapie benennt drei Beziehungstypen (de SHAZER 1988). Diese sind jedoch nicht festgelegt im Sinne von KlientInnentyp sondern können und sollten sich während einer Beratung verändern.

Beziehungen vom Typ KundIn

Diese Art der Beziehung existiert, wenn beide während der Sitzung gemeinsam ein Problem identifiziert haben und/oder ein Lösungsbild, auf das man hinarbeiten kann. Zusätzlich macht die KlientIn deutlich, dass sie sich selbst als Teil der Lösung sieht und bereit ist, etwas gegen das Problem zu unternehmen (BERG 1992). Es sind häufig KlientInnen, die aus eigenem Antrieb um Hilfe bitten.

Beziehungen vom Typ Klagende

Diese Beziehung entwickelt sich, wenn beide gemeinsam ein Problem identifizieren oder erkennen, aber keine Rolle der KlientIn beim Prozess des Lösungs-Findens deutlich wird. Sie sieht sich häufig nicht als Teil der Lösung sondern diese gewöhnlich in Gestalt einer anderen Person (Kind, EhepartnerIn, ArbeitgeberIn, SozialarbeiterIn...)

Diese Haltung hat mit den Erwartungen an die Therapie/Beratung zu tun, eine andere Person (nicht sich selbst) zu verändern.

Beziehungen vom Typ BesucherIn

Diese Beziehung besteht, wenn beide nach dem Gespräch nicht in der Lage sind, ein Ziel auszumachen, auf deren Grundlage man arbeiten könnte (BERG 1992). Bei dieser Beziehung hat die KlientIn das Gefühl, dass es sich um das Problem einer anderen Person handelt. Solche KlientInnen sind häufig gezwungen, Therapie/Beratung in Anspruch zu nehmen.

5. Lösungen finden

(Zusammenfassung des Gesprächsprotokolls vom 11.03.03)

Frau Gasper kommt nach 2 Rezepten (20 Termine) zu einem Elterngespräch, da während und nach der Therapie viele Fragen aufgetaucht sind, die in dem Rahmen der Therapien nicht genügend Zeit fanden.

Counselor: Wie kann ich Sie unterstützen?

Frau Gasper: Chantal macht ja hier gut mit, aber zuhause ist sie ganz anders. Sie hört einfach nicht. Ich sage etwas einmal, dann geht es fünf Minuten gut und dann macht sie es wieder.

Counselor: Dann macht sie „es“ wieder?

Frau Gasper: Ja, z.B. morgens so laut zu sein. Die ganze Woche müssen wir früh aufstehen und am Wochenende ist sie schon um 6 Uhr wach. Und nicht, dass sie leise mit ihren Puppen spielt. Lautstark unterhalten sie sich, ständig fällt etwas runter und so weiter. Ich sage dann immer: „Chantal nicht so laut, die Nachbarn schlafen noch, Du würdest auch nicht gerne gestört werden.“ Dann spielt sie zwei Minuten leise, und dann geht es mindestens ebenso laut weiter. Bis ich dann irgendwann ausflippe.

Counselor: Oh, das kann ich gut verstehen, dass sie am Samstag gerne auch etwas länger schlafen wollen und Sorge haben, dass die Nachbarn sich beschweren.

Frau Gasper: Ja das stimmt. Und dann ist für mich schon das ganze Wochenende versaut.

Counselor: Ja, Sie haben ein Problem, dass Chantal morgens laut spielt und auf Ihre Bitte wenig reagiert.

Ich möchte Sie etwas ganz anderes darüber fragen, man nennt es die „Wunderfrage“:

„Angenommen sie gehen Freitag normal zu Bett und, während Sie schlafen passiert ein Wunder. Das Wunder besteht darin, dass die Probleme, von denen sie erzählt haben, gelöst sind! Sie haben geschlafen und wissen nicht gleich, dass sie gelöst sind. Woran würden Sie morgen früh bemerken, was anders wäre, was Ihnen sagen würde: Oh ja, die Dinge stehen wirklich besser!“

Frau Gasper: (grinst) Das ist einfach. Es wäre mucksmäuschenstill.

Counselor: Das wäre toll. Was würden Sie noch merken?

Frau Gasper: Die Kinder wären groß und aus dem Haus, und ich hätte meine Ruhe. Nicht, dass ich meine Kinder nicht liebe, aber manchmal ist es mir einfach zu viel. Oder wir hätten im Lotto gewonnen, es wäre eine Hausangestellte da, die schon das Frühstück gemacht hat und mit den Kindern leise im Wohnzimmer spielt.

Counselor: Das klingt wie ein großes Wunder. Was stellen Sie sich vor, wäre das erste, was Sie bemerken würden, das Ihnen sagen würde, dieser Tag ist anders, sogar besser, weil ein Wunder geschehen sein muss?

Frau Gasper: Chantal würde sich einige Bilderbücher aus dem Wohnzimmer holen und schon mal alleine angucken. Und ich würde einen Kaffee machen, mich wieder hinlegen und nach einiger Zeit mit ihr zusammen Bücher lesen.

Counselor: Wenn Sie genau das beschließen würden, erst sich einen Kaffee zu kochen, damit noch ein bisschen liegen zu bleiben und dann mit Chantal zu spielen – was würde Sie tun.

Frau Gasper: Ich glaube, sie würde ein bisschen alleine spielen, weil sie dann genau weiß, dass wir danach was zusammen machen.

Counselor: Und wie wäre das für Sie?

Frau Gasper: Ich wäre besser drauf, der Tag würde gleich anders anfangen und ich würde nicht morgens schon rumschreien. Und mein Mann würde sich nicht darüber aufregen, dass ich schon wieder hysterisch bin.

Counselor: Was würde noch anders sein, wenn das „Wunder“ eintritt?

Wir beide untersuchen und entwickeln weiter das „Wunderbild“.

Ich biete ihr an, dieses Bild aufzuschreiben/malen oder szenisch darzustellen.

Sie malt ein detailliertes Bild mit Bett, Kaffee, Kind und sich selber.

Counselor: Ich bin sehr beeindruckt. Sie haben ein sehr klares Bild davon, wie die Dinge bei Ihnen anders sein können, damit sie besser sind. Gibt es bei Ihnen in letzter Zeit Situationen,

zum Beispiel in den letzten zwei Wochen, die so ähnlich sind wie das „Wunder“? Vielleicht auch nur ein kleines bisschen so?

Frau Gasper: Mmh, vor zwei Wochen, da war es anders. Ich hatte am Abend vorher schon die Wohnung geputzt und wollte den Samstag mal so ganz langsam angehen lassen. Ich hatte den Vormittag also nicht wirklich was zu tun und war richtig entspannt. Da sind die Kinder morgens zu uns gekommen, wir haben gequatscht, ein bisschen getobt, und ich habe in Ruhe meinen Kaffee getrunken. Wir haben dann zusammen überlegt, was wir mit dem Tag anfangen. Es war seit langem mal wieder was Gemeinsames.

Counselor: Ich bin beeindruckt. Das hört sich nach einem großen Stück Wunder an. Wie geschah das alles?

Frau Gasper: Ich hatte abends noch Zeit, Chantal etwas vorzulesen, da wir rechtzeitig zuhause waren. Dann habe ich mit ihr vereinbart, wann sie uns wecken darf. Als es morgens dann zu früh war, habe ich sie nur einmal daran erinnern brauchen, und wir konnten noch bis 7 Uhr ungestört liegen bleiben. Danach war es dann aber auch vorbei.

Counselor: Wie haben Sie das gemacht, dass Chantal sich an Ihre Verabredung gehalten hat?

Frau Gasper: Ich habe ihr ausnahmsweise meine Uhr geliehen und darüber ist sie immer sehr stolz.

Es wird noch weiter von uns beiden gemeinsam untersucht, wie dieser Tag in Einzelheiten dem Wunder ähnelte. Insbesondere das, was Frau Gasper unternommen hatte, damit das „Wunder“ möglich wurde.

Counselor: Ich habe Ihnen hier eine Skala von eins bis zehn hingelegt. Eins bedeutet, Ihre Probleme sind am schlimmsten und zehn bedeutet, die Probleme, über die wir gesprochen haben sind gelöst. Wo sind Sie heute auf dieser Skala?

Frau Gasper: Wenn Sie mich vor dem Gespräch gefragt hätten, wahrscheinlich bei zwei. Ich glaube jetzt eher, es ist eine fünf.

Counselor: Klasse. Nun möchte ich Sie fragen, wie groß Ihr Zutrauen ist, dass Sie in der nächsten Woche wieder so einen Tag haben können, wie vor zwei Wochen, der so ungefähr ist, wie Ihr Bild darstellt. Auf dieser Skala bedeutet eins kein Zutrauen und zehn bedeutet, Sie haben jedes denkbare Zutrauen.

Frau Gasper: Mmh... etwa eine fünf.

Counselor: Angenommen, Sie wären eine sechs, was wäre dann anders?

Frau Gasper: Ich müsste am Samstagmorgen nicht so sehr meine Hausarbeit im Kopf haben. Und ich müsste dafür sorgen, dass ich erst ein bisschen Zeit für mich habe zum Kaffee trinken oder anderes. Und die Kinder müssten mich auch erst einmal in Ruhe lassen.

Counselor: Was könnten Sie machen, damit Sie diese Zeit für sich haben?

Frau Gasper: Ich müsste es mit ihnen besprechen und nachher sicher für sie Zeit haben.

Es werden noch weitere Beispiele erarbeitet, was Frau Gasper noch machen kann, damit ihr „Wunder“ wahrscheinlicher wird.

Als Abschluss fasse ich noch einmal zusammen, was Frau Gasper schon tat, um ihr Wunder eintreten zu lassen. Auch schlug ich ihr vor, mehr von den Dingen zu machen, von denen sie annahm, dass sie ein Eintreten des „Wunders“ wahrscheinlicher machen.

6. Interviewgestaltung macht Lösungen-Finden möglich

Das lösungsorientierte Interview dreht sich zum größten Teil um zwei nützliche Aktivitäten (de JONG und MILLER, 1985). Die erste ist „die Entwicklung wohlformulierter Ziele“ innerhalb des Bezugsrahmens der KlientIn; die zweite ist die Entwicklung von Lösungen auf der Grundlage von „Ausnahmen“ (de SHAZER, 1985).

6.1. Ziele = das, was die KlientIn will

Erst wenn Menschen anfangen, Szenarios des Möglichen zu entwerfen, bewegen sie sich in Richtungen, die sie zufriedener machen, und ... ihre Probleme lösen sich auf oder verlieren weitgehend ihren Einfluss. (SALEEBY, 1994)

Da Worte Wirklichkeit schaffen, entwerfen KlientInnen durch Zielformulierungen ein eigenes „Lösungsdrehbuch“, und verändertes Verhalten wird wahrscheinlicher, als wenn es die Zielformulierungen nicht gäbe.

- Die Ziele müssen für die KlientIn wichtig sein: Voraussetzung ist ein gutes, vorbehaltloses Zuhören, um eigene Lösungsansätze im Kopf zu vermeiden.
- Die Ziele müssen in interaktionellen Begriffen beschrieben werden: es ist wichtig herauszufinden, wer die bedeutsamen Anderen von KlientInnen sind. („Wer kennt sie gut?“, „Woran würde ... merken, das sie sich verändert haben“, „Was würde ... sagen, dass sich verändert hat“).
- Um ein Ziel zu formulieren, muss dieses auf situative Aspekte bezogen werden (ein Problem ist nie allumfassend und wird durch einzelne Aspekte lösbarer).
- Die Ziele sollen positiv formuliert sein: Anwesenheit von erwünschtem, positiven Verhalten und nicht Abwesenheit von Problemen.
- Eine Lösung fängt mit dem ersten Schritt und nicht mit dem Endergebnis an („Woran erkennen sie konkret erste kleine Veränderungen?“).
- Bei wohlformulierten Zielen liegt der Fokus auf der KlientIn („Was würden Sie anders machen?“, „inwiefern wäre ... hilfreich für Sie?“).
- Konkrete, verhaltensbezogene, messbare Begriffe im Ziel formulieren.
- Die Ziele sollen bei den gegebenen Fähigkeiten der KlientIn und dem Kontext realistisch sein („Ist das etwas, was geschehen könnte?“, „Ist das etwas, von dem Sie denken, dass Sie es tun könnten?“).
- Probleme lösen ist harte Arbeit und sollte mit der entsprechenden Wertschätzung begegnet werden.

6.2. Ausnahmen

Ausnahmen sind frühere Erfahrungen im Leben der KlientIn, bei denen aus guten Gründen das Auftreten des „Problems“ erwartet werden konnte, dies aber nicht auftrat (de SHAZER, 1985).

- Ist sich die KlientIn solcher Ausnahmen in naher Vergangenheit bewusst?
- Worin unterscheiden sich Ausnahmezeiten von Problemzeiten?
- Wie sind die Ausnahmen zustande gekommen? (Wer hat was getan, um die Ausnahme entstehen zu lassen)

7. Fazit und Ausblick:

Auch wenn es sich um ein Modell der „Kurztherapie“ handelt, braucht es doch mehrere Beratungstermine, um das, was angestoßen wurde im Alltag weiter begleiten zu können. In Beratungen, wie ich sie zur Zeit durchführe, ist das nicht möglich, und trotzdem bin ich deutlich zufriedener mit meiner Rolle, da die Haltung gegenüber den Eltern mehr von Wertschätzung bezüglich ihrer Ressourcen geprägt ist. Was in dem einen Gespräch angestoßen wurde, kann jedoch zurzeit nur in Kurzkontakten nach den Therapien fortgeführt werden – was bei mir einen deutlichen Zeitstress auslöst und Tiefe vermissen lässt. Ein Gespräch nach mehreren Wochen kann daran wieder anknüpfen – beginnt aber fast wieder von vorne, und ein Telefonat hängt nur von meinem privaten Engagement ab.

Um mit Träger und Jugendamt in Verhandlungen treten zu können, habe ich aus diesen Gründen ein Beratungskonzept für eine Kurzberatung entwickelt, dass sich auf fünf Beratungstermine bezieht.

8. Elternkurzberatung bei „kleinen“ Alltagsfragen

Elternberatung hat in der Ergotherapie eine besondere Bedeutung. Für die meisten Eltern sind wir die erste Anlaufstelle, wo sie für ihre vielfältigen Erziehungsfragen eine AnsprechpartnerIn suchen. Auch sind die Probleme der Kinder fast immer auch mit Problemen zuhause gekoppelt.

Eine gute Behandlung basiert daher auf einer intensiven Elternarbeit, damit Eltern aus der Therapie Anregungen mitnehmen und zuhause integrieren können. In der Praxis hat sich gezeigt, dass in den Fällen, wo die Eltern schnell Dinge aufgreifen konnten, die Prognose für die Kinder deutlich besser war.

Aber nicht alle Eltern können das ganz aus eigener Kraft leisten. Die Möglichkeit, eine weitere Institution einzuschalten wie zum Beispiel Erziehungsberatungsstellen, hat häufig nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt. Abgesehen davon, dass dies eine weitere Institution ist (neben Kindergarten/Schule, Kinderarzt, ...), stufen die Eltern die Probleme häufig als nicht so gravierend ein, um damit extra zur Erziehungsberatungsstelle zu gehen. Es würde auch bedeuten, sich noch einer weiteren Person zu öffnen, verbunden mit Anlaufschwierigkeit und dem langsamen Weg des Aufbaus eines Vertrauensverhältnisses. Trotz guter Vorsätze ist der Weg dorthin meiner Erfahrung nach oft weiter, als die Entfernung in Kilometern.

Das Bausteinesystem ermöglicht ein System, wo mehrere Leistungen aus einer Hand kommen und stellt ein Bindeglied zwischen Ergotherapie und Beratungsstelle dar. Es ist eine Erweiterung meines alten Konzeptes, dass jetzt der Erprobung bedarf. Im Moment laufen mit dem Träger Gespräche bezüglich der Finanzierung.

Bei der Durchführung der Bausteine sind verschiedene Schritte beschrieben. Die jeweiligen Methoden (Malen, Körperarbeit, ...) setzte ich je nach KlientInnentyp ein, abhängig davon, ob eher ein Zugang über visuelle, kinästhetische oder auditive Sinne möglich ist.

1. Baustein:

1. „Problem“-Beschreibung durch die Eltern und bisherige Lösungsversuche zur Klärung des Auftrages
2. Herausarbeiten von dem, was wichtig ist
3. Die „Wunder-Frage“ (visualisieren durch malen, schreiben,...)
4. Ausschmückung in konkrete Details - Zielvereinbarung
5. Skalierungsfrage: 1 – 10: Problem-Problemlösung
6. Rückmeldung und Kompliment für den gegangenen Weg
7. Aufgabe: Besprechung des „Wunders“ mit dem Partner, Umsetzung des ersten Handlungsschrittes

2. Baustein:

1. Was ist seit der letzten Sitzung passiert?
2. Aufgreifen des Wunders
3. Frage nach positiven Ausnahmen (in den letzten 2 Wochen)
4. Was haben Eltern dazu beigetragen, dass es zu diesen „Ausnahmen“ kam?
5. Ausschmückung der Ausnahmen; was wird gebraucht für die Ausnahmen...
6. Skalierungsfragen: Motivation und Vertrauen
7. Rückmeldung und Kompliment
8. Aufgabe: Ausnahmen vermehrt initiieren

3. Baustein:

1. Was ist seit der letzten Sitzung passiert?
 2. Fortschritte finden/herausheören/wertschätzen
 3. Ausweiten und offen machen der Ausnahmen (Unterschied zwischen Problemzeiten und Ausnahmezeiten und eigener Anteil)
 4. Unterstützen der Stärken, die für die Ausnahmen stehen (visualisieren des Gefühls, z.B. Tiersymbol) als Anker für nächste Ausnahmen
 5. Skalierungsfrage: Fortschritte und Zuversicht
- Rückmeldung, Vereinbarung der nächsten Schritte

4. und 5. Baustein:

siehe Baustein 3.

Abschluss der Beratung:

1. Skalierung des Gesamtprozesses
2. Genaues Benennen von Lernschritten mit Komplimenten
3. Sicherungssystem für die Zukunft erörtern (was ist wenn)
4. Vereinbarung bzgl. Pause - Weiterführung – Abschluss
5. Abschluss-“Geschenk“: Ein Symbol, dass für den Prozess steht (z.B. eine selbst gezogene Postkarte, ein Stein/ein Stift, der häufig benutzt wurde ...)

9. Was noch zu sagen ist ...

Die Gestaltung dieses Beitrags hat mir meinen eigenen Weg in der Veränderung meiner Haltung deutlich vor Augen geführt. Ich merke, dass in meiner ergotherapeutischen Praxis eine andere Art der Klienten Betreuung ansteht, und ich jetzt vor der Aufgabe stehe, dafür die Rahmenbedingungen zu schaffen.

Bei meinen ersten Gehversuchen in der ressourcenorientierten Elternberatung haben die Eltern das sehr wohlwollenden mitgetragen, sodass ich jetzt hochmotiviert an der Umsetzung der Bausteine arbeite. Gespannt bin ich auch auf die Weiterentwicklung in der Praxis, mit Hilfe der Eltern und durch deren Rückmeldungen. Sich gemeinsam mit ihnen auf den Weg zu machen, mit ihrer Kompetenzen und ihren Ressourcen noch mehr zu arbeiten stellt für mich eine große Herausforderung dar. Ich bin sehr gespannt darauf, wie die Eltern sich auf das Experiment einlassen, darauf reagieren, und wie wir die gemeinsame Arbeit weiterentwickeln werden.

Literatur:

- EBERLING, Wolfgang; HARGENS, Jürgen: Einfach kurz und gut, Zur Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie, Dortmund (borgmann publishing) 1996.
- de JONG, Peter; BERG, Insoo Kim: Lösungen (er-)finden, Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie, Dortmund (verlag modernes lernen) 1998.
- LUMMA, Klaus: Wissensgesellschaft braucht Rat, Eschweiler (Halbjahrbuch Humanistische Psychologie 1/2002)
- RAHM, Dorothea: Gestaltberatung, Paderborn (Junfermann Verlag) 1979.
- De SHAZER, Steve: Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Stuttgart (Klett-Cotta Verlag) 1989.

Anja Berresheim

Lösungsorientierte Elternberatung in der ergotherapeutischen Praxis

Zusammenfassung:

Die vorliegende Arbeit beschreibt den Konflikt von Beratung in der ergotherapeutischen Praxis. Dieser bewegt sich in der Auseinandersetzung zwischen Qualität, Nachhaltigkeit und Zeitressourcen. Mit der Lösungsorientierten Kurztherapie wird ein Konzept vorgestellt, dass durch Lösungsorientierung und individuelle Wertschätzung entsprechend Prozesse in Gang setzt und somit Entwicklung ermöglicht. Die Arbeit beschreibt die Grenzen von Beratung in der Ergotherapie und zeigt mit Hilfe der Lösungsorientierten Kurztherapie ein zeitlich begrenztes Modell nach einem Bausteinesystem auf, wie Beratung innerhalb weniger Termine effektiv sein kann. Sie ist auch Teil meiner persönlichen Entwicklung den Blick weniger auf die Defizite, sondern auf den Mensch mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten zu lenken.

Biographische Notiz:

Anja Berresheim

Waldsaum 149

45134 Essen

geb. 14.03.72 in Essen / Nordrhein-Westfalen

Ergotherapeutin und Counselor grad. BVPPT in der Fachrichtung Gestalttherapie; Mitarbeiterin beim Kinderschutzbund Essen im Zentrum für Kindesentwicklung und der Erziehungsberatungsstelle, Freiberufliche Tätigkeit in der Erwachsenenbildung, politische und ehrenamtliche Tätigkeit in der Erwachsenenbildung der DPSG (Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg) Essen

Biografie LehrCounseling bei: Freia Schierenberg

Counseling Feldsupervision bei: Monika Dünkler-Ebertz

Lehrtrainer der Weiterbildung: Paul Timmermans, Inge Rawe