

# **Die Bedeutung der Kontextualisierung in der systemischen Beratung – am Beispiel der psychosozialen Langzeitbegleitung einer Familie nach der Krebserkrankung eines Kindes**

(Hans-Hermann Miest)

## **Zusammenfassung**

Als psychosoziale Fachkraft im Angestelltenverhältnis eines Elternhilfevereins unterstütze und begleite ich Familien mit einem krebs- oder anders schwerkranken Kind. Bei der Betrachtung der Besonderheiten der psychosozialen Langzeitbegleitung einer Familie nach der Krebserkrankung eines Kindes werden ihre Besonderheiten verdeutlicht. Diese zeichnen sich durch ihre lange Dauer, eine fehlende Kontinuität und sowohl örtlich als auch personell wechselnde Beratungssettings aus. Daraus resultierende Unterbrechungen und Kontaktabbrüche wurden als unbefriedigend und defizitär erlebt. Durch Kontextualisierung dieses Beratungsgeschehens und unter Einbeziehung von Ansätzen der Einmal-/Kurzzeittherapie konnte diesen Erfahrungen ein neuer Bedeutungsrahmen gegeben und dadurch als Lösungsansatz für die zu beratenden Familien gewürdigt werden.

Schlüsselwörter: Kontextualisierung, Auftragsklärung, Klientenperspektive, Krankheit, Lösungsfokussierung, Familie, Gesundheit, Beratungssystem

## **1. Arbeitskontext**

### **1.1 Historie**

Seit 1998 bin ich als psychosozialer Mitarbeiter bei einem Elternhilfeverein für krebskranke Kinder in einer kleinen Großstadt angestellt, deren Universitätsklinikum ein kinder-onkologisches Zentrum unterhält. Der Verein ist gemeinnützig, er hatte sich Mitte der 80er Jahre als einer der ersten Vereine Deutschlands aus dem Kreis von Eltern krebskranker Kinder als Interessenvertretung konstituiert. Schon kurz später gab es eine einschneidende Veränderung in der Entwicklung des Vereins. Die Mitgliederversammlung beschloss, ein „Elternhaus“ zu bauen, in dem Eltern schwererkrankter Kinder während der Zeit der stationären Behandlung in der Kinderklinik kostenlos wohnen könnten. Den Familien sollte zugleich eine professionelle Begleitung zur Seite gestellt werden. Durch die Einstellung von Fachkräften wurde der Vorstand des Vereins Arbeitgeber, bestehend aus psychosozial nicht fachlich qualifizierten Eltern (ehemals) krebskranker Kinder.

Seitdem vollzog der Verein eine zunehmende Professionalisierung, denn ein erweiterter Aufgabenbereich, der Generationenwechsel im Vorstand (die Gründergeneration geht), eine Vergrößerung des Teams, ein zunehmender Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit – all das führte dazu, dass vor einigen Jahren eine Geschäftsführung installiert wurde und Aufgaben professionell übernimmt, die zuvor der Vorstand ehrenamtlich geleistet hatte.

Verwaltungskräfte, Hauswirtschafterinnen, ein Hausmeisterservice und ein großes Ehrenamtsteam sorgen in ihren jeweiligen Aufgabenbereichen dafür, dass der Verein seine bisherige Entwicklung und das damit verbundene Wachstum auch heute noch gut bewältigen kann.

## 1.2 Das psychosoziale Team

Das heutige psychosoziale Team besteht aus vier systemisch ausgebildeten Fachkräften mit unterschiedlichen beruflichen Abschlüssen.

Im Zeitraum der letzten 20 Jahre, den ich überblicken kann, ist der Bedarf an Begleitung der Familien durch unser Team während der stationären Behandlung der Kinder deutlich geringer geworden. Die psychosoziale Unterstützung innerhalb der Kinderklinik hat sich wesentlich verbessert und wird überwiegend dort wahrgenommen. Gleichzeitig wurden die Behandlungszeiten verkürzt und die Behandlungen komprimiert. Dadurch ist für die Kinder (und nichtmedizinische Fachkräfte) in der Klinik weniger Zeit für Kontaktangebote neben der medizinischen Therapie vorhanden und nichtmedizinische unerwünschte Begleiterscheinungen der Behandlung tauchen erst mit Verzögerung zu Hause auf.

In der Folge ist der Bedarf an psychosozialer Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlung größer geworden. Gerade im Bereich der Kinderkrebserkrankungen ist diese Aufgabe stärker in den Fokus gerückt. Nachdem die Heilungschancen in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert werden konnten, wird die Frage, welche und wieviel Unterstützung Familien und ihre einzelnen Mitglieder nach Erkrankung und erfolgter Behandlung brauchen, zunehmend wichtiger.

Diese skizzierte Veränderung der Bedürfnisse führte dazu, dass wir uns vor einigen Jahren entschieden, das psychosoziale Team zu teilen.

Ich übernahm die Aufgabe, den bis dahin nachgeordneten Bereich der onkologischen Nachsorge als eigenen Schwerpunkt strukturiert aufzubauen und auszuweiten.

Es gibt einige grundlegende Merkmale, wie dieser Aufgabenbereich wahrgenommen wird:

- Kontaktaufnahme zu den Familien möglichst schon während der Behandlung
- Niedrigschwellige (Gruppen-)Angebote
- Primat der Freiwilligkeit
- Einzel- und Gruppenangebote für alle Familienangehörigen
- Angebote sind zeitlich nicht befristet und kostenlos
- Angebote können sowohl im häuslichen Kontext als auch in der Einrichtung stattfinden
- Beratungsziele sind kontextabhängig und bedürfnisorientiert

## 2. Das Thema

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Reflektion des Verlaufs meiner Kontakte zu Jonas<sup>1</sup> und seiner Familie. Ich hatte zunächst kein konkretes Ziel und keine bestimmte Fragestellung. Doch es gab einen Anlass: Anfang 2020 hatte sich ein sehr intensiver Kontakt zu dieser Familie entwickelt, die ich schon seit über 10 Jahren kenne. Kurz später, in der Zeit großer Unsicherheit zu Beginn des ersten Corona-Lockdowns stand Jonas eines Tages mit Hausschuhen in der Hand und einem Tagesrucksack auf dem Rücken an der Eingangstür unserer Einrichtung und begrüßte mich mit den Worten: „Herr Miest, Sie schickt der Himmel. Ich bin gerade von zu Hause abgehauen.“ Es war mir daher ein Anliegen, das bis dahin Geschehene zu sortieren und mir verstehbar machen zu können.

---

<sup>1</sup> Um seine Anonymität zu gewährleisten, ist Jonas nicht der wirkliche Name des Jugendlichen.

### **3. Die bisherige Begleitung der Familie**

Jonas ist 16 Jahre alt. Ich kenne ihn seit seinem 4. Lebensjahr. Damals ist er an einem Hirntumor erkrankt, ein Kraniopharyngeom. Dieser Tumor schädigt die Hypophyse. Er kann nicht komplett operabel entfernt werden. In der Folge müssen Erkrankte oftmals wiederholt operiert werden und zudem dauerhaft Hormone zu sich nehmen, um die tumorbedingten, körpereigenen Defizite auszugleichen.

Im Folgenden werde ich verkürzt und strukturiert vereinfacht wiedergeben, wie meine bisherigen Kontakte zu Jonas und seiner Familie aussahen.

Jonas Mutter Frau P. bezog 2006 ein Zimmer im Elternhaus des Vereins. Sie hatte erfahren, dass ihr 3-jähriger Sohn in der Universitätskinderklinik an einem Hirntumor operiert werden müsse.

Ich erinnere mich an eine junge Frau (sie war damals 24 Jahre alt, wie ich inzwischen weiß). Sie war alleinerziehend. Zum Vater des Kindes gebe es keinen Kontakt, er sei aber bekannt. Die junge Mutter war voller Sorge und Angst. Ich wurde für sie während der stationären Behandlung ihres Sohnes zu einem Gesprächspartner, zu dem sie regelmäßig Kontakt suchte. Die OP verlief erfolgreich. Das Kind wurde entlassen. Der Kontakt versandete.

An die folgenden Jahre habe ich bezüglich dieser Familie kaum Erinnerungen. Ich weiß, das Jonas in 2011 erneut operiert werden musste. Doch die Mutter hatte sich entschieden, die darüber hinaus gehende onkologische Behandlung in einer anderen Stadt vornehmen zu lassen, da der dortige Chefarzt Spezialist für Kraniopharyngeome ist. Frau P. hatte sich also einen neuen Anlaufpunkt gesucht.

Im Jahr 2013 kehrte Frau P. mit Jonas zur Behandlung in die Universitätskinderklinik zurück, weil diese heimatnah liegt. Denn sie hatte inzwischen einen neuen Partner und mit diesem auch eine 1-jährige gemeinsame Tochter.

Jonas musste in diesem Jahr mehrmals am Tumor operiert werden. Mit jeder OP verlor Jonas wegen der Lage des Tumors von Mal zu Mal mehr Augenlicht. Jonas Kraftreserven waren bald aufgebraucht, er wollte nicht mehr. Er wollte keine OPs mehr, keine weiteren Einschränkungen, er wollte nicht mehr leben.

Die Familie zog als Ganzes über mehrere Monate ins Elternhaus des Vereins ein. So konnte sie zusammenbleiben, der Vater konnte von dort aus arbeiten gehen. Mit der Tochter nutzten die Eltern oft die Gemeinschaftsräume, besonders das Spielzimmer und den Garten. So ergaben sich immer wieder spontane, ungeplante Kontakte im Alltag außerhalb der Klinik. Daneben hatte sich Jonas mir als Gesprächspartner ausgesucht. Während Ärzte, Eltern, Behandlungspersonal auf ihn einwirkten, dass es doch wichtig sei, sich weiter behandeln zu lassen, hatte er in mir ein Gegenüber, bei dem er auch das aussprechen durfte, was sonst keiner hören wollte. Jonas zeigte sich mir gegenüber voller Verzweiflung, Angst und Wut. Ich hatte nicht den Anspruch, ihn zu motivieren, weil ich wusste, dass diese Rolle schon mehrfach besetzt war. So konnte ich ihm einfach zuhören, ohne das Gehörte zu bewerten. Jonas fühlte sich von mir verstanden, was ihn zu entlasten schien. Beide Seiten seiner inneren Ambivalenz fanden somit ein Gehör im Gegenüber.

Nach einigen Operationen stoppte der Tumor sein erneutes Wachstum. Alle waren erleichtert, dass Jonas daraufhin entlassen und die Familie nach Hause reisen konnte. Jonas hatte wieder Hoffnung.

Gegen Ende des Aufenthalts baten die Eltern um ein Paargespräch, das ich gemeinsam mit meiner Kollegin durchführte. Die Familie reiste ab, das Angebot für ein weiteres Paargespräch nahmen die Eltern nicht an, obwohl sie dem zunächst zugestimmt hatten. Erneut versandete der Kontakt.

In den Folgejahren gab es einige wenige Kontakte zu Jonas. Einmal nahm er an einer unserer Jugendfreizeiten teil. Ein anderes Mal besuchte er unsere Einrichtung. Bei dieser Gelegenheit berichtete er mir, dass er derzeit für mehrere Monate in der stationären pädiatrischen Psychosomatik aufgenommen worden sei, weil er Suizidgedanken habe. Mein Angebot an Familie und Klinik, ihn im Anschluss daran zu begleiten, wurde nicht wahrgenommen.

Gegen Anfang des Jahres 2020 meldete sich Jonas Stiefvater Herr P. telefonisch in unserem Büro und bat um ein Familiengespräch. Jonas habe sich wiederholt sehr aggressiv verhalten. Da müsse etwas passieren. Auch habe Jonas in 2019 epileptische Anfälle gehabt und könne daher nicht mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zur Schule fahren. Doch keiner wolle den Schultransport finanzieren. Der Stimme am Telefon entnahm ich Wut und Hilflosigkeit. Zu dem für die Familie vereinbarten Termin erschien Frau P. mit Jonas. Ihr Mann sei zwischenzeitlich ausgezogen.

Im Gespräch äußerte Frau P., dass Jonas immer wieder aggressive Ausbrüche habe, evtl. in Verbindung mit der hormonellen Therapie (Testosteron). Die beiden Männer könnten sich nicht riechen. Es habe auch schon Kontakt zum Jugendamt gegeben, um den sie gebeten habe.

Das Ergebnis der Auftragsklärung in diesem Gespräch war schließlich, dass sich Jonas eine Einzelberatung bei mir wünschte. Frau P. habe schon Kontakt zu einer Psychologin, bei der sie sich gut aufgehoben fühle.

Jonas und ich hatten noch zwei Sitzungen miteinander, in der wir klären konnten, welche Themen er mit mir besprechen wollte. Dann veranlassten die Coronakrise und der Lockdown Jonas Familie dazu, die Beratung zu unterbrechen.

Nach einigen Wochen fragte ich per E-Mail an, ob wir uns draußen zum Spaziergang treffen wollten, um die Beratungsgespräche fortsetzen zu können. Darauf erhielt ich keine Antwort. Wieder zwei Wochen später stand Jonas vor der Tür des Elternhauses. Er war zu Hause abgehauen und wollte zu mir und bat um Hilfe, weil er nicht wieder zurück wolle. Ich benachrichtigte die Mutter, die gerade bei der Polizei war. Am Vortag hatte es einen Streit gegeben, Jonas habe sich stranguliert und geäußert, dass er nicht mehr leben wolle. Ich nahm daraufhin Kontakt zum Jugendamt in Jonas Wohnort auf, das ein Familiengespräch für den Nachmittag veranlasste. Die Eltern erschienen dazu mit den Geschwisterkindern. Dort wurde deutlich, dass das Erleben von Eltern und Jonas weit auseinander klaffte. Er wolle auf keinen Fall zurück. Letztendlich gelang es, dass die zuständige KJP Jonas noch am gleichen Abend aufnahm.

Für Jonas bedeutete dies eine große Erleichterung. Er fühle sich dort gut aufgehoben, wenn es auch schwierig sei.

Für Herrn P. schien dies zu bedeuten, dass das Problem nun aus der Welt war.

Dafür wiederum hat Frau P. kein Verständnis. Die zwischendurch aufgehobene Trennung der Eltern wurde von ihr erneut ausgesprochen.

In dieser Situation bat mich Frau P. um Rat. Wir vereinbarten bis zu Jonas Entlassung mehrere Termine. Das zentrale Thema war, wie Frau P. damit umgehen könne, dass sie Jonas trotz seines Anfallsleidens nicht rund um die Uhr würde kontrollieren können.

Inzwischen lebt Jonas, nach einem Zwischenaufenthalt zu Hause, in einer betreuten Wohngemeinschaft. Er fühlt sich dort wohl. Ich denke, er hat damit einen Weg gefunden, sowohl der erlebten häuslichen Enge entkommen als auch dem Schutzbedürfnis seiner Mutter entsprechen zu können.

Seine Mutter wollte sich erneut bei mir mit weiterem Beratungsbedarf melden, was sie bisher nicht getan hat.

#### **4. Auftrag und Kontext**

Bei der Reflektion ist mir deutlich geworden, wie viele Facetten dieser Verlauf beinhaltet. Ich begleite eine Familie über einen sehr langen Zeitraum, oft über mehrere Jahre. Der Kontakt innerhalb dieses Zeitraums, die Beziehungsgestaltung, meine Aufträge sind sehr unterschiedlich. Die Begleitung ist nicht kontinuierlich. Gespräche finden in verschiedenen Konstellationen in unterschiedlichen Settings an wechselnden Orten statt. Auch erlebe ich, dass getroffene Verabredungen von Familien offenbar als unverbindlich angesehen und nicht eingehalten werden. Es gibt häufig auch Zeiten ohne Kontakt. All das kenne ich von vielen Familienbegleitungen.

Es fällt mir schwer zu akzeptieren, wenn der Kontakt zu einer Familie immer wieder verloren geht, bis wieder etwas passiert – ein Rückfall, eine Krise oder was auch immer. Eine kontinuierliche Begleitung, auch in großen Abständen, erscheint mir hilfreicher. Manchmal denke ich, ich werde herangezogen, wenn „das Kind schon in den Brunnen gefallen“ ist. Vielleicht hätte es vermieden werden können.

Hier ist ein erster Perspektivwechsel hilfreich.

Durch die schwere Erkrankung eines Kindes und die damit einhergehende Behandlung wird das Bedürfnis einer Familie nach autonomer Entwicklung erschwert. Psychosoziale Begleitung sollte sich dieser Autonomiebestrebungen bewusst sein, diese wertschätzen und unterstützen. Denn es ist die Entscheidung einer Familie, wie sie ihr Leben gestaltet, solange keine Kindeswohlgefährdung, Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Das gilt es zu respektieren und auszuhalten. Daher ist es immer in jedem Fall außerordentlich wichtig, den konkreten Auftrag zu klären, und wenn dieser abgeschlossen ist und kein weiterer sich daraus entwickelt hat, sich dann zurückzuziehen. Und dieses mit einer anerkennenden Haltung gegenüber dem, was die Familie leistet, und mit einer offenen Haltung, falls es in Zukunft irgendwann wieder einen Auftrag von Seiten der Familie geben sollte.

Im Folgenden werde ich nicht nur die Perspektive wechseln, sondern das Geschehen von einer übergeordneten Metaebene aus betrachten. Denn ich möchte die Frage, wo mein Ort in diesem Geschehen ist, aus systemischer Perspektive reflektieren und abschließend darlegen, welche Konsequenzen ich daraus ziehe.

„Alles, was ein Therapeut macht oder sagt, ist in seiner Bedeutung von dem Kontext bestimmt, in dem es gemacht, gesagt oder gedeutet wird.“<sup>2</sup>

Über die konkrete Begleitung von Jonas Familie hinausragend beschäftigen mich die zuvor geäußerten Gedanken immer mal wieder. Wie ist es zu erklären, dass Familien, - die sich aufgrund der Erkrankung eines Kindes in existentieller Not befinden, die von sich aus Unterstützung durch mich wünschen, die mit meiner Beratung offensichtlich auch zufrieden sind – immer wieder aus den Kontakt zu mir gehen, auch wenn laufende Beratungsprozesse nicht abgeschlossen sind?

Wenn ich innerhalb des Beratungsprozesses keine hinreichende Erklärung dafür finde, gibt es dann vielleicht einen Grund, der „außerhalb“ liegt? Gibt es Bedingungen, die das Beratungssystem negativ beeinflussen? Davon ausgehend stelle ich mir die Frage: An welchem Ort im Leben der betroffenen Familien ist meine Beratung als eigenes System anzusiedeln? Bleibe ich in der Perspektive meiner Rolle als Berater (Kybernetik 1. Ordnung), dann bleibt bei unbefriedigenden Beratungsprozessen nur die Wahl, den „Fehler“ bei den Familien oder bei unpassenden Interventionen des Beraters zu suchen. Trete ich hingegen aus dem System heraus und frage aus einer Außenposition (Kybernetik 2. Ordnung) „Mit wem sitze ich in einem Boot?“<sup>3</sup>, so erweitert sich mein Horizont und ich kann sehen, welche zusätzlichen Rahmenbedingungen für den genannten Beratungsprozess wesentlich sind und wie diese sich gegenseitig zirkulär beeinflussen.

Dadurch gelange ich zu folgendem Ergebnis:

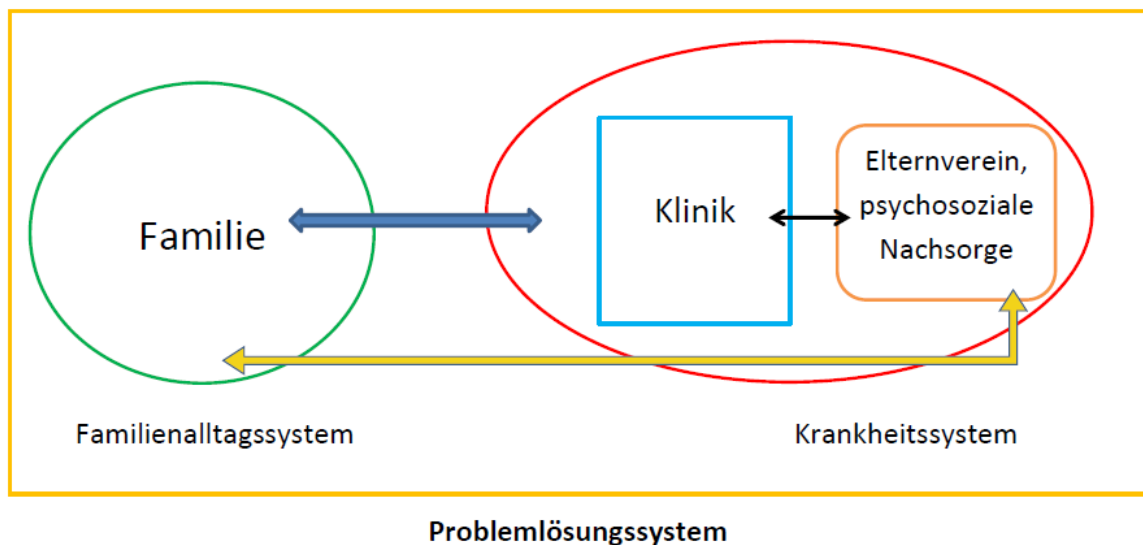
1. Ich denke, mein Beratungssystem ist Teil des krankheitsassoziierten Systems der Familie, hier gemeint als Gegensatz zum Alltagssystem oder zum gesundheitsassoziierten System. Die Erkrankung des Kindes ist wesentliche Voraussetzung für das Beratungsangebot. Schon bevor ich überlege, wie ich interveniere, konstruiere ich durch die Tatsache, dass ich interveniere, soziale Wirklichkeiten. Interessanterweise bilden sich diese so konstruierten Wirklichkeiten auch räumlich ab. Während die Familien überwiegend viele Kilometer fahren müssen, um in die Kinderklinik zu kommen, befindet sich mein Arbeitsplatz in deren unmittelbarer Umgebung.
2. Somit steht meine Beratung am Rande eines ungewollten Systems, des Krankheits-systems, außerhalb des „normalen“ Familienalltags.

---

<sup>2</sup> Simon / Weber, S. 11

<sup>3</sup> Simon / Weber, S. 12

Zentral für das Krankheitssystem wiederum ist die medizinische Behandlung in der Klinik. Mein Beratungssystem ist also aus der Sicht der Familie Teil eines ungewollten Systems, in dem es eine eher nebeneordnete Rolle spielt.<sup>4</sup>



### 3. Was bedeutet das für meine Beratungen?

3.1 Als Teil des Krankheitssystems kann ich Impulse setzen, die der Familie helfen können, sich im Krankheitssystem besser zurechtzufinden.

Bestenfalls strahlen diese Impulse als Teil des Problemlösungssystems auf das Alltagsleben der Familie aus. Auch die von Pleyer verwendete Formulierung von der „Therapie als Übergangsritual mit Respekt und Wertschätzung“<sup>5</sup> gibt den Sachverhalt treffend wieder.<sup>6</sup>

Nimmt die Familie Abstand vom Krankheitssystem, dann auch von mir als Teil dieses Systems. Kurz gesagt: Die Familie kann den Kontakt zu mir abbrechen, wenn die Krankheit keine wichtige Rolle mehr spielt.

3.2 Meine Bedeutung für das System Familie kann nicht unabhängig von Krankheit und Behandlung gesehen werden. In dieser Sichtweise kann ich innerhalb des Krankheitsystems Rollen einnehmen, die sonst keiner innehat, um Ambivalenzen zum Ausdruck bringen zu können (z.B. Lebensmüdigkeit vs. Motivationsförderung, s. Punkt 3). Ich habe auch die Möglichkeit, auf nicht krankheitsassoziierte Themen zu fokussieren. Mein Arbeitsplatz außerhalb der Klinik erleichtert es, eine Rolle des „Gegenübers“ zur Klinik einnehmen zu können – nicht eine des „Gegen“. Ich habe keinen Behandlungsauftrag inne, muss Behandlungen also nicht unterstützen, auch wenn ich diese persönlich für richtig halte. Dafür ist eine Abstimmung unter den

<sup>4</sup> Ich formuliere dieses im Bewusstsein, dass eine Schematisierung das Geschehen immer vereinfacht und nicht in ihrer ganzen Komplexität wiedergeben kann.

<sup>5</sup> Korittko / Pleyer, S. 243

<sup>6</sup> Retzer konzeptualisiert systemische Therapie als Übergangsritual und den Therapeuten in der Rolle des Schamanen, S. 67 ff.

Akteuren innerhalb des Krankheitssystems hilfreich und sinnvoll, um einer Spaltung entgegenzuwirken.

#### 4. Was heißt das für mich persönlich?

Die Begrenzung dessen, was ich aufgrund meiner Rolle bewirken kann, ist zwar ernüchternd, aber zugleich auch entlastend. Fehlende Kontinuität und Verbindlichkeit, wiederkehrende Kontaktabbrüche habe ich oftmals als frustrierend oder gar kränkend erlebt. Ich habe nach Gründen gesucht, aber meist keine gefunden, was mich ratlos machte.

Jetzt kann ich diese Entscheidungen in einem ganz anderen Licht sehen. Aus Sicht der Familie ist es letztendlich ein Zeichen von Erfolg, ein wünschenswerter Zustand, keine Kontakte zum Krankheitssystem haben zu müssen. „Wir sind gesund. Uns geht es gut.“

## 5. Konsequenzen

### 5.1 Kooperation

In Punkt 3 ist bereits deutlich geworden, welche Möglichkeiten sich in der Kooperation mit der Kinderklinik bieten. Zwei Einrichtungen mit unterschiedlichen Aufträgen, die kooperieren und ihre jeweiligen Rollen innerhalb der Kooperation miteinander abstimmen und reflektieren, können die psychosoziale Begleitung einer Familie wesentlich bereichern. Ambivalenzen zum Schwingen bringen, die Rollen vom good cop und bad cop einnehmen, jeweils ein Elternteil stärken, getrennte Zuständigkeiten Eltern – Kind(er) ... das sind beispielhaft einige Möglichkeiten, die sich hier anbieten.

Daneben ist die Möglichkeit der aufsuchenden Arbeit aus Sicht der Klinik eine wertvolle Ressource, da sie diese nicht selbst anbietet.

### 5.2 Haltung

Mir ist die Frage wichtig, mit welcher inneren systemischen Haltung ich Familien auch über einen längeren Zeitraum unter den geschilderten Bedingungen begleiten kann, so dass die Begleitung auch für mich befriedigend verläuft.

Mir ist deutlich geworden, dass mein Wunsch nach einer prozessorientierten, kontinuierlichen Begleitung aus Sicht der Familien aufgrund meiner Rolle nicht erstrebenswert ist.

Welches innere Bild kann ich stattdessen nutzen, um meine vielen unterschiedlichen Kontakte z.B. zu Jonas Familie zu rahmen?

#### **Exkurs**

*Ein **Online-Seminar mit Tom Küchler**<sup>7</sup> gab mir neue Anstöße.*

*Tom erläuterte sein **Konzept der lösungsfokussierten Einmal-/Kurzzeitberatung**. Er knüpft damit an die Konzepte von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Yvonne Dolan und Peter Szabo an.*

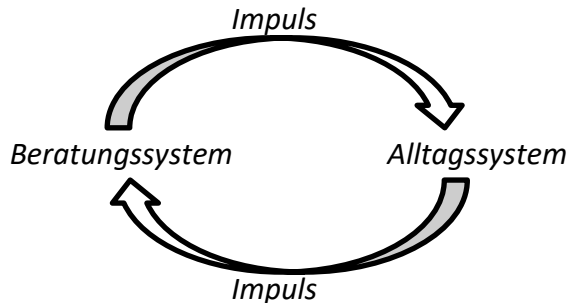
---

<sup>7</sup> Tom Küchler (Webinar Mai 2020) Lösungsfokussierte (Online-)Beratung als Form der Einmal-/Kurzzeitberatung. Minimal-invasive Intervention: so wenig wie möglich, so viel wie nötig.



Zwei in diesem Seminar genannten Aspekte der Beratung beeinflussten meine Sichtweise auf die von mir begleiteten Beratungsprozesse:

1. Tom Küchler sieht seine Arbeit nicht als Begleitung von Alltagsprozessen, sondern – aus einem künstlich erschaffenen Beratungssystem heraus - als Form einer Impulsgebung für den Alltag, was im systemischen Verständnis dann wiederum rekursiv geschieht.



Die Aufgabe des Beraters ist es, die Beratungsbeziehung so zu gestalten, „dass sich unser Beitrag so zurückhaltend und so nachhaltig wie möglich erweist“.

(unveröffentlichtes Handout)

Damit fokussiert auch Tom Küchler auf den Kontext der Beratung. Indem er diese rahmt, gibt er ihr unabhängig vom inhaltlichen Prozess eine eigene Bedeutung. Diese Sicht der „Therapie-als-System“ sieht den Therapeuten / die Therapeutin als Mitglied des betrachteten Systems und befasst sich mit der „Interaktionssituation, zu der Klienten, Therapeut(en) und die Umgebung, in der sie arbeiten, gehören“.<sup>8</sup>

2. Tom Küchler denkt die Lösungsfokussierung extrem. Er fragt nicht nach dem erwünschten Ergebnis einer einzelnen Sitzung und relativiert damit deren Wichtigkeit. Tom Küchler denkt konsequent zukunftsorientiert, nämlich bis zum Ende des Lebens. Er fragt: „Wofür willst du gelebt haben?“ Oder in seinen saloppen Worten formuliert: „Was w chtest du, dass ein Redner nach deinem Tod auf der Trauerfeier für dich über dich sagt?“ Er spricht von einem erwünschten Paradigmenwechsel vom „gesollten“ zum „gewollten“ Leben. Er fokussiert damit nicht auf das Geschehen in der Beratung selbst, sondern auf die Auswirkungen der Beratung im Leben des zu Beratenden danach.

Beide Aspekte scheinen mir hilfreich für meine Arbeit zu sein.

Mein Anliegen, Familien nach der Krebserkrankung ihres Kindes in ihrem Alltag und bei der Lösung ihrer Probleme zu begleiten, bringt mich immer wieder in Situationen, die für mich unbefriedigend sind. Denn Prozessbegleitungen mit einem guten Abschluss entwickeln sich selten (mögliche Gründe dafür wurden ausgiebig in Punkt 4 dargelegt). Da wirkt die Haltung, punktuell Impulse zu geben und von einmaligen (oder wenigen) Gesprächen als in sich abgeschlossene Beratungsprozesse auszugehen, verlockend und angemessen. Eine lang andauernde on-off-Begleitung wäre demnach eine Aneinanderreihung von einzelnen lösungsfokussierten Interventionen. So gesehen stellen auch die häufigen Wechsel der Settings oder der/des zu beratenden Familienmitglieds in der Regel kein Problem dar.

<sup>8</sup> de Shazer, S. 80

Die Prämissen für diese Sichtweise ist wiederum der radikale Konstruktivismus, der besagt, dass soziale Realität durch Kommunikation konstruiert wird.

Denn jede Beratung wird in sich abgeschlossen gesehen, es sei denn, es ist explizit anderes vereinbart worden. Mit jedem erneuten Rückzug nach abgeschlossener Beratung respektiere und stärke ich zudem Kompetenzen und Wunsch der Familie nach Autonomie.

Mein übergeordnetes Ziel ist es, als Auftrag meines Arbeitgebers, eine Familie im Umgang mit der Krankheit zu unterstützen. Daher ist es auch nicht widersprüchlich, wechselweise einzelne Mitglieder oder Konstellationen einer Familie zu beraten.

Auch die Lösungsfokussierung auf die Frage, wofür ich mal gelebt haben möchte, ist angesichts einer Krebserkrankung angemessen und hilfreich. Denn die durch Tom Küchlers Sichtweise aufgeworfene existentielle Fragestellung entspricht meiner Erfahrung nach der Lebenssituation von Eltern nach der Diagnose einer lebensgefährdenden Erkrankung beim eigenen Kind. Eltern sehen ihre Kompetenz grundsätzlich in Frage gestellt. Angesichts einer lebensbedrohlichen Erkrankung muss das elterliche Ziel, eigene Kinder vor jeglichem Unheil schützen zu wollen, als undurchführbar angesehen werden.

Auch für Jugendliche, die selbst erkrankt sind und deren im Entstehen befindlicher Lebensentwurf dadurch torpediert wird, ist die existentielle Fragestellung angemessen. Das bisherige Leben bricht in sich zusammen. Die Frage nach dem Sinn des Lebens ploppt auf, ebenso die Frage: „Wofür lohnt es sich weiterzuleben?“ Wertevorstellungen verändern sich im Laufe der Therapie, Wichtigkeiten verschieben sich. Es scheint insgesamt eine Neuorientierung stattzufinden.<sup>9</sup>

Im Rahmen der Beratung von krebserkrankten Menschen und ihren Familien kann demnach vielleicht statt von einer „lösungsfokussierten“ besser von einer **gesundheitsfokussierten Einmal-/Kurzzeitberatung** gesprochen werden. „Orientiere dich an der Frage: Was hält Menschen gesund? Stärke das Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Machbarkeit, Sinnhaftigkeit) und die Lebensbalance der Menschen und nutze Gesundheitsförderung als Leitziel in der Begleitung von Veränderungsprozessen.“<sup>10</sup> Die Gesundheit steht im Fokus eines jeden Gesprächs. „Was kann ich selbst dazu beitragen, um wieder gesund zu werden? Wofür lohnt es sich, gesund zu werden? Wie möchte ich, dass mein Leben nach der Krebserkrankung aussieht? Was wird mir zukünftig besonders wichtig sein? Worauf möchte ich am Ende meines Lebens stolz und zufrieden zurückblicken können?“

Diese und ähnliche Fragestellungen könnten übergeordnet handlungsleitend für meine Interventionen mit Betroffenen oder Eltern sein.

## 6. Abschluss

Ich stellte mir die Frage, mit welcher Grundhaltung ich Familien für mich zufriedenstellend begleiten kann, jenseits von konkreten Aufträgen oder Anliegen. Zu Beantwortung dieser Frage fand ich Anregungen bei Tom Küchlers lösungsfokussierter Einmal-/Kurzzeitberatung. Im Sinne seines Ansatzes kann ich, auch bei jahrelangen Begleitungen von Familien, jede Einmal-/Kurzzeitintervention als Beratung für sich, in sich abgeschlossen denken. Das

---

<sup>9</sup> Die hier skizzierten Prozesse finden natürlich nicht in jedem Fall statt. Doch erlebe ich sehr häufig, wie sehr Menschen angesichts einer Todesgefahr bereit sind, ihr bisheriges Leben zu überdenken und das eigene Wertesystem in Frage zu stellen.

<sup>10</sup> Küchler, S. 104

übergeordnete Ziel dieser Interventionen ist die Wiederherstellung von Gesundheit im Allgemeinen. „Die Förderung von Gesundheit kann als ein Metaziel, ein übergeordnetes Ziel bzw. ein allumfassender Rahmen unserer Veränderungswünsche angesehen werden.“<sup>11</sup> Daher ist es für mich hilfreich, meine Beratungen (als Teil des Krankheitssystems) als gesundheitsfokussierte Interventionen (die ins Alltagssystem der Familie hinein strahlen) zu betrachten.

An dieser Stelle einer meiner Lieblingscomics, der mir angemessen erscheint, diesen Artikel abzuschließen.



---

<sup>11</sup> Küchler, S. 58

## **Literatur**

de Shazer, Steve (2015) Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie, Heidelberg

Korittko, Alexander / Pleyer, Karl Heinz (2014) Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege, Göttingen

Küchler, Tom (2016) Veränderung muss S.E.X.Y. sein! Lösungsorientierte Anregungen für das (Selbst-)Management von Veränderungen, Basel

Retzer, Arnold (2002) Passagen. Systemische Erkundungen, Stuttgart

Simon, Fritz B. / Weber, Gunthard (2012) Vom Navigieren beim Driften. „Post aus der Werkstatt“ der systemischen Therapie, Heidelberg

Tomm, Karl (1994) Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie, Heidelberg