

# **STARKE FAMILIEN**

**Gelingendes Zusammenspiel des systemisch-lösungsorientierten Ansatzes und der Akzeptanz- und Commitment-Therapie**

MAS Thesis von Nora Pfister

Eingereicht bei Dr. phil. Regula Berger

MAS Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und -therapie

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit

Olten im Mai 2021

## **Abstract**

Kinder erfreuen das Familienleben, bringen gleichzeitig Veränderungen, Herausforderungen und Verantwortung mit sich. Hat ein Kind eine kognitive Beeinträchtigung, ergeben sich daraus viele zusätzliche Herausforderungen. Betroffene Familien müssen einen Umgang mit den Anforderungen und Folgen finden, welche die Beeinträchtigung des Kindes mit sich bringt. Die notwendigen Anpassungsleistungen gelingen unterschiedlich gut.

Die vorliegende Arbeit geht der Fragestellung nach, wie durch Einbezug des systemisch-lösungsorientierten Ansatzes (SLOA) und der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) die Stärkung von Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung gelingen kann.

Durch den Einbezug des Modells familiäre Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit nach Rolland wird aufgezeigt, mit welchen psychosozialen Faktoren diese Familien konfrontiert sind. Die beiden Ansätze, der SLOA und die ACT, werden beschrieben und anschließend miteinander verknüpft. Durch die Anknüpfung an das Modell von Rolland wird herausgearbeitet, wie betroffene Familien bei der Anpassungsleistung unterstützt werden können.

Die Arbeit zeigt auf, dass der SLOA mit seiner Ressourcenorientierung nützlich ist und viele Techniken enthält, um betroffene Familien zu stärken. Durch die Methoden der ACT kann die Familie zusätzlich unterstützt werden, um einen förderlichen Umgang mit den ambivalenten Gefühlen zu bekommen und einen Weg zu finden, die Situation zu akzeptieren. Es wird ersichtlich, dass sich die beiden Ansätze gut kombinieren lassen und für die Arbeit mit betroffenen Familien einen grossen Mehrwert darstellen.

Diese Arbeit soll Personen, welche mit dem SLOA arbeiten, als Anregung und Motivation dienen, sich mit der Kombination der beiden Ansätze auseinanderzusetzen und dadurch ihr Methodenrepertoire für die Praxis zu erweitern.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
1.1 Ausgangslage und Motivation .....	1
1.2 Eigenes Interesse .....	2
1.3 Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung .....	3
1.4 Zentrale Fragestellung .....	4
1.5 Methodisches Vorgehen .....	4
1.6 Aufbau der Arbeit .....	5
2. Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung.....	6
2.1 Definitionen .....	6
2.1.1 Behinderung/ Beeinträchtigung.....	6
2.1.2 Kognitive Beeinträchtigung .....	7
2.1.3 Stärkung und Unterstützung von Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung .....	9
2.1.4 System Familie .....	10
2.2. Kontext Beratung .....	10
2.3. Das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit nach Rolland .....	11
3. Grundlagen des SLOA und der ACT.....	18
3.1 Der SLOA.....	18
3.1.1 Entstehung/ Herkunft .....	18
3.1.2 Grundbegriffe des SLOA.....	19
3.1.3 Systemisch-lösungsorientierte Grundannahmen .....	20
3.1.4 Rolle und Haltung von systemisch-lösungsorientierten Beratenden.....	22
3.1.5 Systemisch-lösungsorientierte Interventionen .....	23
3.1.6 Der SLOA und Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung .....	26
3.2 Die ACT.....	27
3.2.1 Entstehung/ Herkunft .....	27
3.2.2 Grundbegriffe der ACT.....	28

3.2.3 Grundannahmen .....	29
3.2.4 Rolle und Haltung von ACT Therapeuten und Therapeutinnen .....	34
3.2.5 Interventionen/ Methoden .....	35
3.2.6 Die ACT und Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung .....	38
4. Die Anwendung des SLOA und der ACT bei Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung .....	40
4.1. Der SLOA und die ACT Kernelemente im Vergleich .....	40
4.1.1 Gemeinsamkeiten .....	40
4.1.2 Unterschiede .....	42
4.1.3 Möglichkeiten und Grenzen .....	43
4.2 Verknüpfung des SLOA und der ACT für die Arbeit mit Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung .....	44
4.3 Anknüpfung des SLOA und der ACT an das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit .....	45
5. Schlussbetrachtung/ Fazit .....	52
5.1 Beantwortung der Fragestellung .....	52
5.2 Bedeutung für die Beratung/ für die eigene Praxis .....	53
5.3 Kritische Würdigung .....	55
6. Literaturverzeichnis .....	57
Eidesstattliche Erklärung .....	60
Anhang .....	61

## Abkürzungsverzeichnis

ACT	=	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
BehiG	=	Behindertengleichstellungsgesetz
BfS	=	Bundesamt für Statistik
BFTC	=	Brief Family Therapie Center
BRK	=	UN-Behindertenrechtskonvention
bzw.	=	beziehungsweise
ICD 10	=	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	=	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KVT	=	Kognitive Verhaltenstherapie
resp.	=	respektive
SLOA	=	Systemisch-lösungsorientierter Ansatz
u.a.	=	unter anderem
WHO	=	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	=	zum Beispiel

# 1. Einleitung

In diesem Kapitel wird zuerst die Ausgangslage und Motivation erläutert und danach folgt die Darstellung des eigenen Interesses. Die Herleitung der Fragestellung führt die Leserschaft dann zu der zentralen Fragestellung. Anschliessend wird auf das methodische Vorgehen eingegangen und das Kapitel schliesst mit der Darlegung des Aufbaus der Arbeit ab.

## 1.1 Ausgangslage und Motivation

Wenn ein Kind zur Welt kommt, stellt dies das Leben der Eltern und der Familie auf den Kopf: Abläufe, Haltungen und Rollen in Familien ändern sich grundlegend. Hat das Kind zudem eine Beeinträchtigung oder ist es chronisch krank, birgt dies viele zusätzliche Herausforderungen mit sich. Kinder mit entsprechenden Einschränkungen sind auf grosse Fürsorge und Unterstützung angewiesen und so bleiben die Eltern meist für einen grossen Lebensabschnitt in einer verantwortlichen Position, oft bis weit über die Volljährigkeit hinaus. Diese Familien können mit grossen Unsicherheiten, der Schuldfrage sowie mit sich ständig verändernden psychischen, physischen, sozialen und finanziellen Herausforderungen konfrontiert sein (vgl. Retzlaff 2019: 16).

Erkrankungen machen somit immer etwas mit der Familie. Wie jedoch die Familie mit der Krankheit, bzw. mit einer Beeinträchtigung umgeht, ob sie zu einer günstigen oder weniger günstigen Konstruktion von Wirklichkeit findet, hängt von der Familie selbst, von den behandelnden Personen sowie weiteren sozialen Systemen ab. Besonders relevant sind der Bedeutungsprozess und die Erzählung um die Krankheitsgeschichte herum (vgl. Retzlaff 2010: 36f). Der amerikanische Psychiater John S. Rolland (2000, nach Walter 2020: 203) hat das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit, in dieser Arbeit auch als Modell nach Rolland genannt, entwickelt, welches die familiären Anpassungen an die Behinderung aufzeigt. Er beschreibt Faktoren, die bestimmen, mit welchen psychosozialen Anforderungen betroffene Familien konfrontiert sind.

Die ressourcen- und lösungsorientierte Vorgehensweise hat sich gemäss Retzlaff (2019) bei der Beratung von Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung als sinnvoll herausgestellt. Jedoch darf nicht vergessen gehen, dass sich Menschen in ihrer biologischen Ausstattung unterscheiden. Eine Beeinträchtigung lässt sich durch eine Intervention nicht einfach auflösen (vgl. Retzlaff 2019: 16). Die Herausforderung in der Beratung dieser Familien ist, dass das Ziel nicht darin besteht, die Beeinträchtigung direkt zu beeinflussen, sie zu reduzieren oder zu heilen. Vielmehr geht es darum, einen Weg zu finden, mit diesen Beeinträchtigungen zu leben, sowohl als ganze Familie als auch als Kind mit einer Beeinträchtigung. Die Betroffenen sollen gestärkt werden für die Besonderheiten, Unsicherheiten und Herausforderungen,

die mit der Beeinträchtigung einhergehen (vgl. Walter 2020: 9f). Der systemisch-lösungsorientierte Ansatz<sup>1</sup> (SLOA) kann hierfür hilfreich sein, kann aber auch an seine Grenzen stossen. Im Einbezug und der Verknüpfung des SLOA mit der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) sieht die Autorin eine gewinnbringende Möglichkeit, das Handlungsrepertoire zu erweitern und so die Chance, Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung, in ihren Besonderheiten, Unsicherheiten und Herausforderungen, welche mit der Beeinträchtigung einhergehen, in der Beratung angemessener zu unterstützen und zu stärken.

Die Verknüpfung des SLOA mit dem ACT-Ansatz im Rahmen dieser Arbeit soll dabei als eine erste Annäherung verstanden werden. Die Arbeit zeigt die Möglichkeiten, aber auch Grenzen dieser Kombination auf. Sie soll systemisch und lösungsorientiert beratende Fachpersonen motivieren, sich neugierig mit der ACT auseinanderzusetzen und dadurch ihre Handlungsoptionen und Sichtweisen zu erweitern. Zum Beispiel ermöglicht es den beratenden Fachpersonen, den Aspekt der Achtsamkeit in die systemisch lösungsorientierte Beratung zu integrieren. Dies kann zu einer grossen Bereicherung und einer gesteigerten Qualität in der Beratungspraxis führen.

## **1.2 Eigenes Interesse**

In ihrer Beratungstätigkeit begegnet die Autorin Familien, die ein Kind mit einer Beeinträchtigung haben. Die Mitarbeitenden der Beratungsstelle begleiten diese Familien meist jahrelang. Des Öfteren ist die Autorin sehr beeindruckt, wie die Familien diese Herausforderungen meistern. Ihre Unterstützung liegt zurzeit bei der Vermittlung von materieller Hilfe sowie bei der Klärung von Sozialversicherungsfragen. Gerne würde sie über das vertiefte Verständnis und die Techniken verfügen, um diese Familien neben der Lösung von Sachfragen auch in psychosozialen Bereichen Beraterisch zu unterstützen und zu stärken.

Die Autorin hat grosses Interesse, ihr Beratungsrepertoire hinsichtlich Achtsamkeit zu erweitern. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der ACT gibt die spannende Möglichkeit, sich mit der Thematik Achtsamkeit in der Beratung zu beschäftigen. Es ermöglicht der beratenden Person Zugang zu den Emotionen und Gefühlen der ratsuchenden Personen. Durch die Techniken von der ACT bekommt die Autorin entsprechende Interventionen, die ratsuchenden Personen zu unterstützen.

---

<sup>1</sup> Die beiden Begriffe "systemisch" und "lösungsorientiert" gehören aus Sicht der Autorin zusammen. Dies, weil sich das lösungsorientierte Arbeiten auf vielen Prämissen der systemischen Haltung bezieht. Der Ursprung der lösungsorientierten Kurzzeittherapie von Steve de Shazer liegt in der systemischen Familientherapie (vgl. Bamberger 2005:16f.).

### 1.3 Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung

Das Leben mit einem Kind, welches eine chronische Erkrankung oder eine Beeinträchtigung hat, stellt Eltern vor unerwartete Herausforderungen.

Das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit von Rolland zeigt verständlich die Anpassung der Familien an die Behinderung auf. Für Rolland ist es relevant, zu verstehen, wie die Familien mit einer Behinderung oder Krankheit innerhalb der Familie umgehen und was bei der Begleitung von Familien berücksichtigt werden muss, damit ein geeigneter Umgang mit der Situation gefunden werden kann (vgl. Rolland 2000, nach Walter 2020: 203). Nach Rolland (1994, nach Retzlaff 2019: 37f) variieren die Anforderungen, die sich aus einer Behinderung ergeben mit behinderungsübergreifenden Faktoren. Das von ihm entwickelte Modell bildet, vielschichtiger als einfache medizinische Diagnosen, das krankheits- und ressourcenbezogene Erleben der betroffenen Familien ab. Dabei werden Faktoren aufgezeigt, die bei unterschiedlichen Formen von Behinderungen und Krankheiten wirksam sind und erheblich bestimmen, mit welchen psychosozialen Anforderungen betroffene Familien konfrontiert sind. Als zentrale Faktoren für den Anpassungsprozess werden der Schweregrad der Krankheit, spezifische krankheitsbedingte Einschränkungen, die Prognose der Krankheit, Zeitphasen der Krankheitsentwicklung und Verlaufscharakteristika genannt. Hinzu kommen Faktoren wie die Balance zwischen Stressoren und Ressourcen der Familien, die Phase im Lebenszyklus, generationsübergreifende familiäre Vorerfahrungen und die Qualität der Familienfunktion. Weiter bilden auch familiäre Prozesse und familiäre Glaubenssysteme eine weitere Schlüsselfunktion für die Anpassung an die Beeinträchtigung (vgl. Retzlaff 2019: 37f). Einige dieser aufgezählten Faktoren werden eine wichtige Rolle einnehmen, da sie in der vorliegenden Arbeit die Anknüpfungspunkte für die beraterischen Ansätze darstellen.

Wie oben bereits erwähnt, wird der SLOA mit der ressourcen- und lösungsorientierten Vorgehensweise als sinnvoll angesehen. Mit dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Methoden und Techniken des SLOA betroffene Familien unterstützen können, die Herausforderung bestmöglich zu meistern. Dieser Ansatz mit seiner Fokussierung auf Lösungen, Ressourcen und Veränderungen wird jedoch bei betroffenen Familien auch an seine Grenzen stoßen. Denn letztlich müssen Familie und Kind ihren individuellen Weg finden, mit diesen Beeinträchtigungen und deren Folgen zu leben und die Beratung kann dabei nur unterstützend wirken.

Die ACT ist ein achtsamkeitsorientiertes Verfahren, welches durch seine Sichtweisen und Handlungsoptionen den SLOA in dieser Thematik gut ergänzen und bereichern könnte. Der ACT-Ansatz ist nicht störungsorientiert. Die ACT will, dass sich der Mensch nicht von den Problemen ablenken lässt, sondern, dass dieser ein Leben führt, das seinen Wünschen entspricht. Dafür muss der Person jedoch bewusst sein, was ihr im Leben wirklich wichtig ist und wofür es sich lohnt, sich zu engagieren. Gleichzeitig muss die Person die Bereitschaft zeigen,

Dinge, die sie einschränken, die zurzeit oder endgültig nicht veränderbar sind, zu akzeptieren und damit zu leben (vgl. Böser 2018: 158f).

Die Autorin hat die Hypothese, dass sich diese zwei Ansätze, insbesondere bei der Thematik, die in dieser Arbeit besprochen wird, bestens ergänzen könnten. Den Fokus nur auf die Ressourcen und auf die Lösung zu richten, würde den Familien mit Kindern mit Einschränkungen bei den vielen Herausforderungen und Anforderungen nicht gerecht werden. Durch die ACT besteht die Möglichkeit, andere Sichtweisen und Techniken miteinzubeziehen und damit die Lebensrealität, die sie haben und die bleiben wird, entsprechend zu würdigen und sie zu unterstützen, einen förderlichen Umgang mit den schwierigen Gefühlen und Gegebenheiten, die nicht veränderbar sind, zu finden.

Vertiefte deutschsprachige Literatur zu dieser Verknüpfung gibt es kaum. Böser (2018: 158) beschreibt, dass die ACT an die systemische Therapie gut anschlussfähig sei und eine Bereicherung darstellen könne. Das Thema Achtsamkeit im Beratungskontext, so auch in der systemisch-lösungsorientierten Beratung hat in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen (vgl. Schmidt 2016: 336).

Diese Arbeit soll aufzeigen, ob und wie das Methodenrepertoire des SLOA durch die ACT sinnvoll erweitert werden kann, um Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung zu unterstützen und zu stärken.

Aus diesen Ausführungen ergibt sich folgende zentrale Fragestellung:

## **1.4 Zentrale Fragestellung**

- **Wie gelingt in der Beratung die Stärkung von Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung durch Einbezug des systemisch-lösungsorientierten Ansatzes und der Akzeptanz- und Commitment-Therapie?**

Aus der Fragestellung ergeben sich folgende Unterfragestellungen:

- Mit welchen Anforderungen sind Familien mit einem kognitiv beeinträchtigten Kind konfrontiert?
- Wie ergänzen sich die Ansätze ACT und SLOA, damit betroffene Familien optimal unterstützt werden können?
- An welchen Faktoren des Modells der familiären Anpassung an Behinderung und chronischen Krankheit von Rolland kann die nach SLOA/ACT beratende Person anknüpfen?

## **1.5 Methodisches Vorgehen**

Die Fragestellung wird anhand theoretischer Literatur und empirischer Studien bearbeitet.

## **1.6 Aufbau der Arbeit**

Im zweiten Kapitel werden die Begriffe kognitive Beeinträchtigung, Stärkung und das System Familie sowie der Kontext Beratung definiert. Weiter wird in diesem Kapitel das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit von Rolland vorgestellt. Mit diesem Modell werden Anforderungen der Familien sowie wichtigen Faktoren für die Anpassung beleuchtet.

Das dritte Kapitel befasst sich mit den Beratungsmethoden. Zuerst wird der SLOA sowie der ACT Ansatz erläutert. Die Grundbegriffe, Grundsätze, Annahmen, die Rolle und Haltung der beratenden Person sowie die Methoden und Techniken des jeweiligen Ansatzes werden beschrieben. Weiter werden erste Überlegungen zu der Anwendung der jeweiligen Ansätze bei der Arbeit mit betroffenen Familien ausgearbeitet. Die Leserschaft bekommt in diesem Kapitel einen Überblick über diese zwei Ansätze.

Im vierten Kapitel werden die zwei Ansätze miteinander verknüpft. Es wird aufgezeigt, wie sich die ACT und der SLOA ergänzen, mit dem Ziel, Familien mit einem kognitiv beeinträchtigten Kind zu unterstützen. Weiter wird das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronischen Krankheit mit den Ansätze SLOA und ACT verknüpft. Es wird ausgearbeitet, wie und wo eine Anknüpfung der beiden Ansätze am Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronischer Krankheit möglich und sinnvoll sein können.

Im fünften und letzten Kapitel erfolgt eine Schlussbetrachtung, in der die Fragestellungen beantwortet werden und die Bedeutung für die Praxis erläutert wird. Mit einer kritischen Würdigung wird geschlossen.

## 2. Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung

In diesem Kapitel wird der Terminus Beeinträchtigung festgelegt und anschliessend werden wichtige Begriffe für die Arbeit definiert. Kognitive Beeinträchtigung, der Begriff Stärkung, Familie und der Kontext Beratung werden erläutert. Anschliessen wird das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronischen Krankheit von Rolland beleuchtet.

### 2.1 Definitionen

#### 2.1.1 Behinderung/ Beeinträchtigung

Um den Begriff kognitive Beeinträchtigung definieren zu können, muss auch der Terminus, festgelegt werden, ob nun von Behinderung, Beeinträchtigung oder Einschränkung gesprochen wird. Diese Begriffe werden sehr unterschiedlich verwendet. So wird zum Beispiel im Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) der Schweiz, wie bereits der Name des Gesetzes zeigt, von Menschen mit einer Behinderung gesprochen (vgl. BehiG: 2002: 1).

In diesem Gesetz bedeutet *Mensch mit Behinderung (Behinderte, Behinderter)* eine Person, der eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben. (BehiG 2002: 1, Art. 1).

In der UN- Behindertenrechtskonvention (BRK) wird darauf hingewiesen, dass das Verständnis von Behinderung nicht als definiertes Konzept verstanden werden soll. Es ist viel mehr von gesellschaftlichen Entwicklungen abhängig. Nach dieser Definition entsteht Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigung und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern (vgl. BRK, Art. 1).

Laut der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010: 23) wird eine Behinderung als die Auswirkung, eines angeborenes oder erworbenes Gesundheitsproblems auf das alltägliche Leben der Person beschrieben. Danach wird die Person erst als behindert klassifiziert, wenn sie aufgrund einer körperlichen Schädigung oder funktionalen Störung in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft oder in ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt ist. Behinderung wird durch die Beziehung zwischen der betroffenen Person und ihrer Umwelt bestimmt. Diese Wechselwirkung kann förderlich, aber auch behindernd wirken. Eine Beeinträchtigung wird erst durch Barrieren der Umwelt zu einer Behinderung. Nicht jedes Merkmal, welches als Schädigung oder

Funktionseinschränkung klassifiziert wird, muss dadurch zu einer Behinderung führen (vgl. WHO 2010: 23f).

Organisationen, welche sich für Menschen mit einer Beeinträchtigung einsetzen, wie z.B. die Pro Infirmis, sehen sich als Fachorganisation, die sich für Menschen mit Behinderung für Selbstbestimmung und Inklusion einsetzen (vgl. Pro Infirmis 2021). Vor dem Hintergrund des oben erwähnten Verständnisses von Behinderung, ist dieser Sprachgebrauch nachvollziehbar, weil Menschen mit einer Beeinträchtigung vor allem Unterstützung einer Organisation benötigen, wenn durch Barrieren der Umwelt, z.B. Inklusion nicht oder nur erschwert möglich ist. Im Bachelorstudium der Autorin wurde ein grosses Augenmerk auf die Wahl der Begriffe gelegt. Dadurch wurde sie mit dem Begriff der Beeinträchtigung sozialisiert. Im Wissen, dass die Sprache einen grossen Einfluss auf unser Denken, Erleben und Realitäten hat, ist die Begriffswahl eine wichtige Entscheidung. Im Austausch mit betroffenen Personen beobachtet die Autorin, dass auch in diesem Kontext kein einheitlicher Begriff verwendet wird.

Aufgrund der oben aufgeführten Ausführungen, dass eine Beeinträchtigung erst durch eine Barriere zu einer Behinderung wird und aufgrund der Sozialisation der Autorin wird in dieser Arbeit der Terminus «Beeinträchtigung» gewählt. Wird jedoch aus Fachliteratur zitiert oder sinngemäss wiedergegeben, wird auch von Behinderung gesprochen (vgl. Rolland 2000).

### **2.1.2 Kognitive Beeinträchtigung**

Der Fokus der Arbeit richtet sich auf Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung. Jedoch ist der Autorin bewusst, dass es sich in der Realität oftmals um Mehrfachbeeinträchtigungen handelt und eine klare Einteilung schwierig ist. Die Autorin hat sich für diese Gruppe entschieden, da die Familien mit einem betroffenen Kind meist ein Leben lang mit speziellen Herausforderungen konfrontiert sind. Denn obwohl in der Schweiz, gemäss Bundesamt für Statistik (BfS) (2019: 1-4), bei Kindern Körperbehinderungen mit 43% der Fälle am häufigsten vorkommen, wird die Auswirkung auf das Leben der Kinder jedoch als eher gering eingestuft. Geistige Behinderungen jedoch, welche viel weniger vorkommen, 16% der Fälle, haben meistens grosse Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Personen und somit auch auf die ganze Familie. Es wird beschrieben, dass jede zweite schwere Beeinträchtigung in der Schweiz eine geistige Behinderung sei (vgl. BfS 2019: 1-4).

Wie oben genannt, ist kognitive Beeinträchtigung in der Fachliteratur noch immer als geistige Behinderung benannt. Jedoch besteht keine einheitliche Definition des Begriffes. Gemäss Speck (2013: 147f) beinhaltet der Fachausdruck «geistige Behinderung» verschiedene Dimensionen und Aspekte. Er bezieht sich nicht nur auf eine psycho-physische Schädigung des Gehirns, sondern schliesst den gesamten Entwicklungsprozess und seine umweltlichen Kontextfaktoren mit ein. Die biologisch-organische Beeinträchtigung sieht Speck als Ausgangspunkt für die Entstehung der kognitiven Beeinträchtigung. Diese kann pränatal verursacht sein,

z.B. durch Genmutation oder Infektionen, perinatal, durch Frühgeburten, aber auch postnatal durch entzündliche Erkrankungen oder Hirntumore. Auch Krankheiten oder Unfälle können in einem späteren Verlauf des Lebens zu kognitiven Beeinträchtigungen führen. Für die weitere Entwicklung wird der Schweregrad der Hirnschädigung, aber auch die individuellen und externen (sozialen) Entwicklungs- und Aufwuchsbedingungen als massgebend angesehen (vgl. Speck 2013: 147f).

Bei einer kognitiven Beeinträchtigung wird üblicherweise von einer seit der Kindheit bestehenden Intelligenzminderung und einer aktuell gegebenen Beeinträchtigung der sozialen Anpassungsfähigkeit ausgegangen, welche häufig dazu führen, dass die betroffenen Personen meist ihr Leben lang auf besondere Unterstützung angewiesen sind (vgl. Davison/Neale 2002, nach Retzlaff 2019: 26).

Nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) wird der Grad der kognitiven Beeinträchtigung in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste geistige Behinderung unterteilt. Kinder mit leichten geistigen Beeinträchtigungen entwickeln sich langsamer als die Norm, können jedoch meist im Erwachsenenalter ein selbständiges Leben führen. Bei einer mittelschweren Intelligenzminderung kommen oftmals noch die Schwierigkeiten beim Spracherwerb hinzu. Diese Personen sind ihr Leben lang auf Unterstützung angewiesen. Bei Menschen mit schwerer geistiger Beeinträchtigung kommen meist gleichzeitig gewichtige motorische Einschränkungen hinzu. Menschen mit schwerster geistiger Beeinträchtigung sind meist in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt und vielmals nur zu sehr einfachen Formen der nonverbalen Kommunikation fähig (vgl. WHO 2000: 256-259).

Diese Sichtweise wird jedoch von Kritikern und Kritikerinnen als zu defizitorientiert und personenbezogen angeschaut (vgl. Spitzcok von Brisinski 1999). Von ihnen wird eine Einschätzung der situativen Funktionsfähigkeit anhand des ICF vorgezogen. Die Einschätzungen beruhen auf einem bio-psycho-sozialen Modell von Beeinträchtigung (vgl. Doege 2017: 5). Sie erfolgen auf den Ebenen Körperfunktion, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe, unter Einbezug von Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren. Auf jeder Ebene werden Kompetenzen und Schädigungen eingeschätzt. Jedoch muss hier das Vorliegen einer Schädigung nicht automatisch eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bedeuten. Die Behinderung wird weniger als ein Merkmal der Person verstanden, sondern die Unterscheidung von individuellen und gesellschaftsbezogenen Aspekten sollen die dynamischen Interaktionen zwischen Individuum und Umwelt berücksichtigen. Es wird keine spezielle Codierung der geistigen Beeinträchtigung vorgenommen, da generell nicht unterschieden wird, welche Ursachen für die Ausprägung der einzelnen Funktionen verantwortlich sind (vgl. WHO 2010: 5f).

Für Speck (2003: 147f) führt der Begriff geistige Behinderung bei betroffenen Personen zu zusätzlichen Stigmatisierungen. Der Begriff ist sehr umstritten und wird als abwertend angesehen, da er suggeriert, dass der Geist oder Verstand betroffen ist. Ein Ersatz sei noch nicht gefunden worden.

#### 2.1.2.1. Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen

Die Angaben zur Prävalenz von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Bevölkerung sind abhängig von den jeweils gewählten Diagnosekriterien und den Stichproben. Retzlaff (2019: 28) bezieht sich auf eine Studie von Davison/Neale (2002), nach der ein Intelligenzquotient von unter 70% bei 3 % der Bevölkerung vorkommt. Davon hätten 1 - 2% eine schwere kognitive Beeinträchtigung. Gemäss BfS (2019: 1-4) leben in der Schweiz rund 10'000 Kinder mit einer schweren Beeinträchtigung und weitere 44'000 Kinder mit einer leichteren Beeinträchtigung. Die Studie umfasst Kinder zwischen 0 bis 14 Jahren. 16% dieser Fälle weisen eine kognitive Beeinträchtigung auf.

Die Prävalenzrate von kognitiven Beeinträchtigungen bei Kindern beläuft sich auf 0.5 bis 1%, gemäss Vergleichszahlen von verschiedenen europäischen Ländern. Bei Knaben ist die Diagnose 1,5-fach häufiger als bei Mädchen (vgl. Bielski 1998, nach Retzlaff 2019: 28).

#### **2.1.3 Stärkung und Unterstützung von Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung**

Die Arbeit geht der Frage nach, wie man Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung stärken kann. Was wird nun aber unter dem Begriff «Stärkung der Familien» verstanden? Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung sind nicht homogen. Betroffene Familien werden mit grossen Anforderungen und Folgen, welche die Beeinträchtigung mit sich bringt, konfrontiert. Die dadurch geforderten Anpassungsleistungen erfolgen sehr unterschiedlich. Dabei spielen die vorhandenen Ressourcen einer Familie eine grosse Rolle. Nicht bei allen Familien mit einem Kind mit einer schweren Beeinträchtigung muss es zu Stresssymptomen oder dysfunktionalen Beziehungsmustern kommen (vgl. Retzlaff 2019: 16).

Familien werden als gestärkt angesehen, wenn sie in der Lage sind, die Anpassungsleistungen und Anforderungen, die die Beeinträchtigung mit sich bringt, zu meistern und dadurch ihre Lebenssituation günstig zu beeinflussen. Eine positive Behinderungsanpassung wird als essenziell angesehen, um den Anforderungen gewachsen zu sein und nicht auszubrennen (vgl. Retzlaff 2019: 179).

### **2.1.4 System Familie**

Für Haller ist Familie ein System, das aus Vater und/oder Mutter sowie Kindern und möglicherweise noch aus weiteren Personen besteht. Familie wird als eine mehrgenerationale, auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft gesehen (vgl. Haller 2005, nach Retzlaff 2019: 16).

Berg (2002: 111) versteht unter Familie die Einheit, «in der eine oder mehrere Generationen vertreten sind, wobei jedE als miteingeschlossen gilt, die die KlientIn als zu ihrer 'Familie' gehörig definiert.» Unabhängig davon, welche Kriterien dieser Einschätzung zu Grunde liegen, ob diese biologisch, rechtlich oder soziologisch sind. Die beratende Person schaut, wie die Klientin, bzw. der Klient dies definiert. Somit kann eine Familie aus Mutter und Vater und einem Kind bestehen, oder aus Grosseltern, Eltern und Kind oder aus weiteren Verwandten. Es können aber auch andere gelebte Beziehungen unterschiedlicher Dauer als Familien angesehen werden (vgl. Berg 2002: 111).

Beide Definitionen lassen die Möglichkeit für weniger traditionelle Familienmuster als bislang vertreten offen. Als traditionelle Familien werden in der Regel verheiratete und nichtverwandte Eltern unterschiedlichen Geschlechts verstanden, mit mindestens einem eigenen Kind (vgl. Schneewind 2019: 14). Die erweiterte Sicht erscheint der Autorin wichtig, da neben traditionellen Familienstrukturen eine Reihe an anderen Familienformen an Bedeutung gewonnen hat, wie z.B. Patchworkfamilien oder Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil (vgl. Schneewind 2019: 14). Die Vorgehensweise, dass die ratsuchende Person die Familie eigenständig definiert, wird zudem als konsequente Art der systemisch-lösungsorientierten Denkweise gesehen und daher in diese Arbeit adaptiert. Somit definieren die ratsuchenden Personen in der Beratung bei der Verfasserin selbständig, wer zu der Familie gehört.

## **2.2. Kontext Beratung**

Die Autorin arbeitet in einer Sozialberatung für Menschen mit einer Beeinträchtigung. Die Beratungsstelle bietet den Menschen mit einer Beeinträchtigung und ihren Angehörigen umfassende Beratung, Begleitung und Information. Das Angebot ist freiwillig und kostenlos. Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung werden langjährig begleitet und unterstützt. Das Angebot umfasst bei diesen Familien zurzeit vor allem Informationen und materielle Unterstützung. Vertiefte psychosoziale Beratung wird diesen Familien nicht explizit angeboten. Die beratenden Fachpersonen werden aber oftmals mit den Herausforderungen und Anpassungsanforderungen der Familie konfrontiert, ohne geeignete methodische Werkzeuge dafür zu haben.

### **2.3. Das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit nach Rolland**

Das Modell von Rolland soll Familien die Möglichkeit geben, mit Hilfe einer systemisch orientierten Sichtweise, einen umfassenden biopsychosozialen Zugang zu ihrer familiären Situation zu erhalten, um die Herausforderungen und Belastungen bewältigen zu können (vgl. Rolland 2000: 62). Es geht von diagnoseübergreifenden Faktoren aus, die bei unterschiedlichen Krankheiten und Beeinträchtigungen wirken und bestimmen, mit welchen psychosozialen Anforderungen die Familien konfrontiert sind (vgl. Rolland 1994, nach Retzlaff 2019: 37).

Es benennt eine wechselseitige Verknüpfung dreier Entwicklungslinien, welche wichtig sind, um den Umgang mit den Folgen einer Behinderung verstehen zu können:

1. *Art der Krankheit oder Behinderung*
2. *Individuelle, familiäre und krankheitsbezogene Lebenszyklen und Familienstrukturen*
3. *Familiäre Grundüberzeugungen sowie ethnische und kulturelle Zugehörigkeiten*

Das Modell soll Möglichkeiten für Interventionen eröffnen bei Familien, die mit chronischen, aber auch mit lebensbedrohlichen Krankheitsverläufen oder Behinderungen konfrontiert sind. Familiäre Beziehungen werden dabei als Ressourcen angesehen. Der Fokus wird nicht auf die Verstrickung und Risiken gerichtet, sondern auf die Möglichkeit von Flexibilität und Wachstum (vgl. Rolland 2000: 63f).

Als zentrale Faktoren für den Anpassungsprozess werden der Schweregrad der Krankheit, spezifische krankheitsbedingte Einschränkungen, die Prognose der Krankheit, Zeitphasen der Krankheitsentwicklung und Verlaufscharakteristika genannt. Diese Faktoren werden zu der Entwicklungslinie «*Art der Krankheit oder Behinderung*» eingeordnet. Hinzu kommen Faktoren wie die Phase im Lebenszyklus und die Qualität der Familienfunktion, die zu der Entwicklungslinie «*individuelle, familiäre und krankheitsbezogene Lebenszyklen und Familienstrukturen*» eingeordnet werden. Weiter sind auch familiäre Prozesse und familiäre Glaubenssysteme eine Schlüsselfunktion für die Anpassung. Auch Einstellungen, Erwartungen und Überzeugungen bezüglich der Behinderung sind wichtig. Diese Faktoren finden in «*Familiäre Grundüberzeugung sowie ethische und kulturelle Zugehörigkeit*» ihren Platz (vgl. Rolland 2000, nach Retzlaff 2019: 37). Auf einige dieser Faktoren für den Anpassungsprozess wird folgend eingegangen:

#### *Art der Krankheit und Behinderung*

Das Modell verknüpft biologische und psychosoziale Kategorien, um auf diese Weise auf die Wechselwirkung zwischen chronischer Erkrankung und der Familie zu fokussieren. Für unterschiedliche Krankheiten und Behinderungen werden Kategorien definiert, die mit ähnlichen psychosozialen Belastungen einhergehen. Hierbei werden folgende Variablen benannt:

Ausbruch der Erkrankung bzw. Auftreten der Behinderung: Bei akuten Erkrankungen oder Beeinträchtigungen kommt es für eine Familie in einer kurzen Zeit zu emotionalen und faktischen Veränderungen. Es ist somit eine schnelle Aktivierung von Ressourcen gefordert. Krankheiten mit einem schleichenden Beginn ermöglichen Familien hingegen eine längere Phase der Anpassung (vgl. Rolland 2000, 2010, nach Walter 2020: 204f).

Verlauf der Erkrankung oder Beeinträchtigung: Hier wird zwischen progredient, dauerhaft-konstant oder periodisch- rezidivierend unterschieden. Bei einer progredienten Erkrankung wird die Beeinträchtigung schrittweise oder kontinuierlich schlimmer. Das hat für die Familie die Folge, dass jederzeit damit gerechnet werden muss, Rollenadjustierungen machen zu müssen. Zeiten der Entlastungen sind selten. Das kann zu Erschöpfungszuständen und zu wachsenden Belastungen der Familienangehörigen führen (vgl. Rolland 2000: 65f).

Bei einem dauerhaften- konstanten Verlauf wie z.B. Trisomie 21 muss sich die Familie mit einer Krankheit oder Beeinträchtigung auseinandersetzen, bei der die Funktionseinschränkung und ihre Auswirkung vermutlich dauerhaft bestehen und dauerhaft gleichbleibt. Hier kann es zu Phasen der Erschöpfung kommen (vgl. Rolland 2000,2010, nach Walter 2020: 205).

Bei Krankheiten mit periodisch- rezidivierendem Verlauf kommt es zwischen stabilen Phasen immer wieder zu Phasen mit akuten Beschwerdezunahmen, bis hin zu lebensbedrohlichen Beschwerden. Dies erfordert eine enorme familiäre Anpassungsfähigkeit, da eine Zeitlang der normale Alltag gelebt werden kann, jedoch immer im Wissen, dass ein Rückfall jederzeit eintreten kann (vgl. Rolland 2000: 67).

Merkmale der Behinderung: Eine Beeinträchtigung bringt für die Familie verschiedenste Belastungen mit sich, die abhängig vom Ausmass, der Art und den zeitlichen Umständen sind. Hier nennt Rolland als zusätzliche Belastungsfaktorkörperliche Stigmatisierungen durch sichtbare Beeinträchtigungen, die von Mitmenschen als entstellend wahrgenommen werden. Auch Auffälligkeiten im Verhalten können zu erhöhtem Stress in der Familie führen. In Studien wird dabei meist kein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Beeinträchtigung und dem Stresserleben gefunden (vgl. Retzlaff 2010, nach Walter 2020: 206).

Rolland weist auch auf die Entwicklungsphasen von Krankheiten hin. Krankheit wird als eine dynamische Entwicklung mit prozesshaft- zeitlichem Ablauf verstanden und nicht als statischer Zustand. Er teilt die familiären Krankheitserfahrungen in drei Phasen ein, welche für die Belastungen, Anforderungen und Verarbeitungsprozesse wichtig sind (vgl. Rolland 2010, nach Walter 2020: 206). Die akute Phase umfasst die Diagnosestellung, der Beginn der Neuorientierung nach der Diagnose und die medizinische Behandlung. Der Zeitpunkt der Diagnosestellung ist je nach Beeinträchtigung verschieden. Der Durchschnitt bei Kindern mit kognitiver Beeinträchtigung liegt bei 15.6 Monaten. Jedoch bildet dieser Durchschnittswert die Bandbreite nicht wirklich ab. Über ein Drittel der Kinder mit kognitiver Beeinträchtigung wird erst nach dem

zweiten, davon 5% erst nach dem vierten Lebensjahr diagnostiziert. Kinder mit Trisomie 21 erhalten Diagnose in den ersten Tagen nach der Geburt. (vgl. Krause 2002: 18f). Dieses Stadium der Diagnosestellung wird oftmals als Krisensituation erlebt. Die Diagnose einer Beeinträchtigung stellt einen existenziellen Einschnitt in das Familienleben dar. Meistens kommt die Feststellung einer Beeinträchtigung sehr überraschend. Die Familie wird mit maximaler Ungewissheit konfrontiert. Es geht darum, für zukünftige Ziele flexibel zu sein und neue Hoffnung und Träume zu entwerfen, wenn bisherige Hoffnungen und Träume zerbrechen. Es gilt auch die Beeinträchtigung zu akzeptieren. Das professionelle Helfernetz hat in dieser Phase einen grossen Einfluss, wie kompetent sich die Familie erlebt und welche Ressourcen sie mobilisieren kann (vgl. Retzlaff 2010, nach Walter 2020: 206). Nach der akuten Phase geht es über zu der chronischen Phase. Bei einer kognitiven Beeinträchtigung kann sich die chronische Phase über eine sehr lange Zeit erstrecken. Die Familie muss zu einem Alltag mit der Beeinträchtigung finden. Neben der Verarbeitung der Situation muss Pflege, Betreuung, Förderung geplant und durchgeführt werden. In dieser Phase gibt es besondere Herausforderungen. Eine zentrale Aufgabe ist es, das normale Leben trotz allem weiterzuführen und Überforderungen zu vermeiden, persönliche Entwicklungen zu fördern und Autonomie zu bewahren (vgl. Rolland 2000: 74f). Im Übergang von der akuten zu der chronischen Phase wird eine Beratung oder therapeutische Begleitung als sehr sinnvoll angesehen, da oftmals eine Neubewertung der gesamten Lebenssituation notwendig wird (vgl. Retzlaff 2010, nach Walter 2020: 207). Bei Krankheiten und Beeinträchtigungen mit progredientem Verlauf kommt die terminale Phase hinzu. Hier bestimmt die Unvermeidlichkeit des Todes das Familienleben. Ressourcen wie emotionale Offenheit und praktische Alltagsbewältigung sind für die Bewältigung dieser Phase besonders hilfreich (vgl. Retzlaff 2010, nach Walter 2020: 207).

#### *Individuelle, familiäre und krankheitsbezogene Lebenszyklen und Familienstrukturen*

Die zweite Entwicklungslinie, welche neben den direkten mit der Beeinträchtigung oder Krankheit im Zusammenhang stehenden Faktoren zu berücksichtigen ist, sind die unterschiedlichen Lebenszyklen, die innerhalb der Familien existieren. Hier gibt es Phasen, welche die Krankheit bzw. Beeinträchtigung mit sich bringt sowie die Phasen, die die ganze Familie bezüglich der Krankheit betreffen und daneben die individuelle Entwicklungsphase jedes Familienmitglieds (vgl. Rolland 2000, nach Walter 2020: 207).

Im Lebenszyklusmodell werden typische Lebensphasen benannt, die unterschiedliche Entwicklungsaufgaben mit sich bringen. Diese Phasen werden durch Übergänge wie Einschulung, Auszug aus dem Elternhaus, Heirat eröffnet (vgl. Rolland 2000, nach Walter 2020: 208). Beim Durchlaufen des Lebenszyklus stellen sich Anforderungen, die sich mit dem Entwicklungsalter der Kinder verändern. Als kritische Übergangspunkte im Lebenszyklus der Kinder

werden Vorschulalter, die Zeit des Schuleintritts, die beginnende Adoleszenz und die Erreichung des Erwachsenenalters genannt. Das Erleben der Belastung der Familien ist abhängig von den Entwicklungsaufgaben, die sich zum jeweiligen Zeitpunkt stellen. Bei Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung bleibt der subjektive Belastungsgrad über die Lebenszyklusphasen hinweg konstant, da bestimmte Stressoren wie die andauernde Abhängigkeit des «Kindes», das «Anderssein» der Familie sowie die Unsicherheit und Angst bezüglich der Zukunft über den gesamten Lebenszyklus fortbestehen (vgl. Retzlaff 2019: 49).

Die verschiedenen Familienangehörigen sind je nach Generation in unterschiedlichen Lebenszyklusphasen. Wenn eine Behinderung oder Erkrankung in einer Übergangsphase des Lebenszyklus auftritt, kann dies besonders schwierig sein, da die Familie durch aktuelle Entwicklungsschritte und Rollenveränderungen bereits sehr belastend ist. Es gibt Phasen, da ist die Familie mehr auf Kohäsion ausgerichtet und Phasen, in denen die Angehörigen mehr Abstand zueinander oder von der Familie suchen. (vgl. Retzlaff 2019: 50).

Wenn ein Kind mit einer Behinderung auf die Welt kommt, wird der Zusammenhalt der Familie meist gestärkt, weil zusätzliche Aufgaben zu bewältigen sind. Die Umstände erfordern, dass Entwicklungsbedürfnisse von Geschwistern, aber auch Wünsche und Ideen von allen Familienangehörigen zurückgestellt werden müssen. Es kann sein, dass dieser Zustand eine lange Zeit beibehalten wird. Das Ergebnis ist dann oft eine Fokussierung auf das Kind mit der Beeinträchtigung. Wenn Eltern den Fokus zu sehr auf die Beeinträchtigung lenken, passiert es, dass altersentsprechende Entwicklungsbedürfnisse des Kindes oder anstehende Entwicklungsschritte und Kompetenzen leicht übersehen werden (vgl. Retzlaff 2019: 50).

Die Rollen, Funktionen und die Balance innerhalb der der Familie wandeln sich. Die Familie ist auch nicht immer gleich vulnerabel und belastbar. Ein Problem für Eltern ist oftmals die wachsende Diskrepanz zwischen der langsameren Entwicklung ihres Kindes mit der Beeinträchtigung und den schnelleren Fortschritten der gleichaltrigen Kinder. Dadurch wird ihnen die Verzögerung ihres Kindes noch mehr bewusst. Eine grosse Herausforderung bei Kindern mit einer schwersten Beeinträchtigung ist die Anforderung der andauernden Pflege und Beaufsichtigung. Das Verständnis von Freunden und Verwandten bezüglich des entsprechenden Zeitbedarfs kann bei Kleinkindern vorausgesetzt werden. Bei Kindern im Teenageralter fehlt dieses jedoch meist. Mit dem Schulbeginn kommt das Kind mehr mit der sozialen Umwelt in Kontakt. Dies führt oftmals zu Erfahrungen von ablehnenden Reaktionen. Beispielsweise fällt ein schreiendes Kleinkind in der Regel nicht gross auf, ein schreiendes Schulkind hingegen schon. Mit dem Start der Schule hat die Familie eine mittlere Anpassungsphase erreicht. Sie steht nun vor der Entwicklungsaufgabe, als Familie eine neue Balance zu finden. Durch die Einschulung an einer Schule für Kinder mit einer Beeinträchtigung werden sie erneut mit den

bleibenden Einschränkungen ihres Kindes konfrontiert (vgl. Retzlaff 2019: 51). Im Erwachsenenalter kann der Wunsch des Jugendlichen nach Emanzipation bei gleichbleibender Unterstützungsnotwendigkeit zu Spannungen führen. Im frühen Erwachsenenalter kann dann das Organisieren der Tagesgestaltung oder das Finden einer Arbeit/Beschäftigung sowie die Auseinandersetzung mit dem Thema Wohnen, soll dies nun weiter bei den Eltern oder in einer Einrichtung sein, sehr belastend sein (vgl. Retzlaff 2019: 51).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung, ihre Rollenmuster, Familienstrukturen und Lebensziele flexibel anpassen oder auch verändern müssen. Unterschiedliche Entwicklungsphasen der einzelnen Familienmitglieder, der Familie sowie des Beeinträchtigungsverlaufs müssen beachtet und die unterschiedlichen Bedürfnisse berücksichtigt und miteinander in Einklang gebracht werden. Es gibt Phasen, in denen Bedürfnisse der Familie oder der Familienmitglieder zweitrangig sind. Wichtig ist, dass die Entwicklung jedoch bei der Familie und den einzelnen Mitgliedern individuell weitergehen kann und nicht in einer akuten oder in einem in der anfänglichen Situation gefundenen Gleichgewicht erstarrt (vgl. Rolland 2000, nach Walter 2020: 210).

Wird eine Familie mit Krankheit oder Behinderung konfrontiert, so sollte sie das Ziel verfolgen, die Entwicklungsaufgaben, die ihr durch die Krankheit gestellt werden, zu bewältigen, ohne die Familienmitglieder zu zwingen, ihre eigene Entwicklung oder die der gesamten Familie zu opfern. (Rolland 2000: 89)

Bei der Bewältigung dieser sehr schwierigen Aufgaben sieht Rolland die Wichtigkeit einer professionellen Begleitung (vgl. Rolland 2000, nach Walter 2020: 210). Ressourcen innerhalb und ausserhalb der Familie sollen genutzt werden, um die eigene Freiheit zu vergrössern.

#### *Familiäre Grundüberzeugungen sowie ethnische und kulturelle Zugehörigkeiten*

In jeder Familie gibt es Werte und Grundüberzeugungen, die über Generationen entwickelt und weitergegeben werden und die das Handeln, Denken und Fühlen der Familie beeinflussen. Durch gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Werte werden diese individuellen Werte geformt. Diese Grundüberzeugungen sind wichtig, wenn eine Familie mit der Diagnose einer Beeinträchtigung konfrontiert wird. Sie haben Einfluss darauf, wie die Familie die Beeinträchtigung in ihr Leben einordnen und dem Geschehen einen Sinn geben kann. Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen ihres Einflusses, bezogen auf frühere sowie auf die jetzige Situation spielen hier ebenfalls eine Rolle (vgl. Walter 2020: 211).

In Familien werden konstruktive, aber auch weniger gute Erfahrungen im Umgang mit Krankheit oder Beeinträchtigungen gemacht. Es kann sinnvoll sein zu erfahren, wie sich die Familienmitglieder die Ursache erklären, welche Bedeutung sie der Beeinträchtigung zuschreiben

und welche Überzeugungen bestehen, ob und wie dies Einfluss auf die Beeinträchtigung haben (vgl. Walter 2020: 212).

Kulturelle geprägte Überzeugungen, was als normal und was als Abweichung gilt, haben eine grosse Auswirkung auf den Umgang mit Beeinträchtigung. Gemäss Retzlaff gelingt es Grossfamilien, die bereits mit schwierigen Umständen zu kämpfen haben, meist einfacher die schwierige Situation anzunehmen als einer Ein-Kind-Familie mit Leistungserwartungen (vgl. Retzlaff 2019: 58). Auch der kulturelle Hintergrund der Familie und ihre spirituellen Vorstellungen können Einstellungen zu einem Kind mit einer Beeinträchtigung beeinflussen. Es gibt Gruppen, die sehen beeinträchtigte Kinder als Makel und beurteilen das Annehmen von Unterstützung als Schwäche. Dies kann dazu führen, dass Hilfen gar nicht angenommen oder frühzeitig beendet werden. Auch Schuldzuschreibungen können in diesem Rahmen eine grosse Rolle spielen. So können sich zum Beispiel Glaubenssätze halten, dass die Mutter schuld an der Beeinträchtigung sei, da sie in der Frühschwangerschaft geraucht habe und dies, obwohl es sich um ein genetisch bedingtes Syndrom handelt (vgl. Walter 2020: 211). Glaubenssätze spielen auch eine wichtige Rolle beim Umgang mit der Beeinträchtigung. So können positive Glaubenssätze das familiäre Kohärenzgefühl stärken. Es wird davon ausgegangen, dass eine erfolgreiche Bewältigung leichter möglich ist, wenn die Familie eine realistische Einschätzung entwickelt bezüglich der Faktoren, die sie beeinflussen kann und welche Faktoren zu akzeptieren sind (vgl. Retzlaff 2019: 58). Gemäss Rolland ist ein flexibler Umgang mit der Frage was ist normal, sehr hilfreich (vgl. Rolland 2000: 92). Die Grundüberzeugungen darüber, was normal ist, was die Familie bewältigen kann, was Menschen ausserhalb der Familie wissen dürfen, spielen eine grosse Rolle dabei, ob die Familie Unterstützung von aussen annehmen kann (vgl. Walter 2020: 211).

Das komplexe Modell von Rolland schafft einen hilfreichen Rahmen für die Beratung. Es zeigt anhand der Faktoren eindrücklich auf, mit welchen unterschiedlichen Anpassungen eine Familie konfrontiert wird und wo mögliche Ansatzpunkte sind, welche im Rahmen der Beratung unterstützend genutzt werden können.

Die drei Entwicklungslinien helfen dabei, wichtige Aspekte nicht aus den Augen zu verlieren. Es macht Sinn, etwas über die Beeinträchtigung und ihre Anforderungen an die familiären Anpassungsprozesse zu erfahren. Auch ein Augenmerk auf die Lebensphase, in denen sich Familienmitglieder befinden, ist hilfreich. Was musste die Familie und jedes einzelne Familienmitglied, aufgrund der Beeinträchtigung, an Lebensplänen und Zielen verändern oder aufgeben? Geschah dies im Dialog? Werden diese Veränderungen als ungerecht und einseitig erlebt? Wo stehen die einzelnen Familienmitglieder und wo die Familie im Lebenszyklus? Solche Fragen können einen Reflexionsprozess in der Familie fördern und zu gegenseitigem Verständnis führen. Die dritte Dimension mit den Werten und der Grundüberzeugung ist wichtig,

um diese zu erkennen und sich bewusst zu machen, insbesondere wenn Grundüberzeugungen in der Familie dysfunktional sein könnten (Annahme von Unterstützung, Scham). So können Veränderungen herbeigeführt werden, die eine neue Akzeptanz gegenüber der Beeinträchtigung, eine Neubewertung der Situation sowie einen offenen Umgang miteinander ermöglichen können (vgl. Walter 2020: 212).

### **3. Grundlagen des SLOA und der ACT**

In diesem Kapitel werden die Beratungsmethoden SLOA sowie die Therapiemethode ACT einzeln erläutert. Die Leserschaft bekommt eine Ausführung über deren zugrundeliegenden Ideen und Annahmen, zur Rolle und Haltung der beratenden Person sowie deren Methoden und Techniken. Erste Überlegungen zur Beratung von Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung werden aufgezeigt.

#### **3.1 Der SLOA**

##### **3.1.1 Entstehung/ Herkunft**

In den 50er-Jahren konzentrierten sich viele Wissenschaftsbereiche nicht mehr nur auf die Beobachtung der Eigenschaften isolierter Dinge, sondern darauf, wie diese sich wechselseitig zueinander verhalten und gemeinsam eine zusammengesetzte übergeordnete Einheit, ein System, bilden. Es wurde ersichtlich, dass das Verhalten der einzelnen Einheiten besser durch die Kommunikation untereinander erklärt werden konnte als durch ihre individuellen Eigenschaften. Aus diesen Erkenntnissen ergab sich in der Psychologie eine neue Sichtweise. Der Fokus richtete sich nicht mehr auf einzelne Personen und ihre Probleme, sondern vermehrt auf deren soziale Beziehungen zueinander. Daraus entstand eine neuartige Psychotherapie, die Familientherapie (vgl. Bamberger 2005: 5f).

Das Konzept der Kurzzeittherapie, welches ursprünglich von Milton Erickson angestoßen wurde, gewann dann Ende der 1960er und Anfangs der 1970er-Jahre im systemischen Bereich an immer grössere Bedeutung (vgl. Bamberger 2005: 16). Ab Mitte der 1970er-Jahre wurde am Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee, Wisconsin, von Steve de Shazer gemeinsam mit seiner Frau Insoo Kim Berg und weiteren Teammitgliedern die lösungsorientierte Kurztherapie entwickelt (vgl. Schlippe/Schweizer 2007: 35). Im gleichen Zeitraum wurden in Palo Alto, Kalifornien sowie in Mailand ähnliche Zentren gegründet, in welchen ebenfalls die systemische Kurztherapie entwickelt wurden. Die drei Schulen kamen jedoch, trotz gemeinsamen systemischen Grundgedanken und gemeinsamen geistigen Vater, Milton Erickson, zu unterschiedlichen praktisch-therapeutischen Schlussfolgerungen (vgl. Bamberger 2005: 15f). Die ausgeprägte Lösungsorientierung ist im BFTC kennzeichnend. Die Kernaussage des Ansatzes beruht auf der Annahme, dass zwischen einem Problem und seiner Lösung kein zwingender Zusammenhang besteht. Ressourcen werden hier als vorhanden vorausgesetzt (vgl. Schlippe/Schweizer 2007:35).

Das Konzept der lösungsorientierten Kurztherapie hat sich auf einer pragmatischen Ebene entwickelt. Die Einflüsse stammen aus der frühen Forschung des Mental Research Institute

(MRI) in Palo Alto, Kalifornien, von Milton E. Erickson, der Philosophie von Ludwig Wittgenstein und dem buddhistischen Denken (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 22).

Hinter dem SLOA steht ein humanistisches Menschenbild. Der Mensch wird als aktiver Gestalter seiner Existenz gesehen. Er besitzt unendliche viele Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen, welche ihm für die Gestaltung seiner Existenz zur Verfügung stehen (vgl. Bamberger 2005: 44). Ziel der systemisch-lösungsorientierten Beratung besteht darin, die persönlichen Ressourcen und Kompetenzen der ratsuchenden Person zu identifizieren und zu aktivieren, um die Herausforderungen, die zurzeit als Problem wahrgenommen werden, besser meistern zu können (vgl. Bamberger 2005: 45). Der Beratungsprozess ist auf die baldmöglichste Beendigung angelegt. Somit ist es für den Beratungsprozess besonders wichtig, zu erheben, woran die ratsuchende Person und die beratende Person erkennen, dass das Problem gelöst ist (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 35).

### **3.1.2 Grundbegriffe des SLOA**

Wichtige Begriffe der systemischen Therapie und somit auch für den SLOA sind das Konzept der Kybernetik, die Zirkularität sowie der Konstruktivismus. Diese werden folgend genauer erläutert (vgl. Bamberger 2005: 8-14).

#### *Kybernetik:*

Kybernetik beschreibt ursprünglich technische Regelkreise, in denen verschiedene Elemente eines komplexen Systems zusammenwirken, um Veränderungen aufzufangen und auszugleichen. Das Gleichgewicht des Systems wird Homöostase genannt. Diese Prozesse wurden auch in nichttechnischen Systemen entdeckt. Der Blick auf «soziale Systeme» wie zum Beispiel Familien und deren dynamische Interaktionen ihrer Mitglieder, ergaben neue Möglichkeiten. Bei der Kybernetik erster Ordnung sieht sich die Therapeutin respektive der Therapeut als aussenstehende Beobachtungsperson. Sie analysiert das Klienten- bzw. Klientinnensystem in «objektiver» Weise und wählt geeignete Strategien zur Beeinflussung bzw. Veränderung aus, um ein dysfunktionales System wieder in eine optimal selbststeuernde Funktion zu bringen. Die Weiterentwicklung dieser Kybernetik führte zu der Kybernetik zweiter Ordnung. Die Beobachtungsperson wird als Teil des Systems betrachtet. Es wird aufgezeigt, dass die ratsuchende Person und die beratende Person in einem systemischen Zusammenhang aufeinander bezogen sind. Bereits die Anwesenheit der beratenden Person beginnt das System zu verändern. Sie wie auch der Klient, bzw. die Klientin sind immer Interaktionspartner, bzw. Interaktionspartnerinnen und fördern sowohl bewusst wie auch unabsichtlich bestimmte Interaktionsmuster mehr und andere weniger. Es gibt somit keinen objektiven Blick von aussen (Bamberger 2005: 8-10).

### *Zirkularität:*

In einem lebenden System sind die Verhaltensweisen des einen Menschen immer auch an diejenigen Verhaltensweisen seiner Mitmenschen gekoppelt. Gemäss Bamberger (2005: 10f) kann jedes Verhalten sowohl aus der Perspektive seiner Ursache als auch aus der Perspektive seiner Auswirkung analysiert werden. Es gibt hier keinen Ausgangspunkt welcher bestimmt, welche Verhaltensweise welche Reaktion hervorruft. Somit werden Probleme in der Beratung immer als Ergebnisse des Zusammenwirkens vieler Beteiligter angesehen. Das zentrale Merkmal respektive die eigentliche Qualität von lebenden Systemen ist die Wechselwirkung untereinander (vgl. Bamberger 2005: 10f).

### *Konstruktivismus:*

Der Konstruktivismus bildet eine der wichtigsten Grundlage im SLOA. Es wird davon ausgegangen, dass jedem Menschen nur subjektiven Realitäten zugänglich sind. Der Mensch registriert nur einen Ausschnitt aus der gegebenen Umwelt, welcher dann an sein Hirn weitergeleitet wird. Diese sinnesspezifischen Erregungen werden vom Gehirn analysiert, basierend auf früheren Lebenserfahrungen, Lebensumständen und Stimmungen und mit Bedeutungen versehen. Bamberger (2007: 12) fasst dies wie folgt zusammen: «Welt erschliesst sich für uns Menschen nicht in Form von Fakten, sondern entsteht aus individuellen Interpretationen und Bedeutungsgebungen sowie aus gesellschaftlichen Vereinbarungen und Traditionen.» Jeder Mensch konstruiert somit seine eigene Wirklichkeit. Niemand nimmt Objektives wahr, alle konstruieren Subjektives. Für die Beratung bedeutet dies, dass jede Person dadurch Experte resp. Expertin für sich selbst ist und am besten beurteilen kann, welche Konstruktionen für sein Leben nützlich sind. Auch ergibt sich daraus eine grosse Möglichkeit, weil etwas Konstruiertes auch immer umkonstruiert werden kann (vgl. Bamberger 2005: 10-12).

### **3.1.3 Systemisch-lösungsorientierte Grundannahmen**

Die systemisch-lösungsorientierte Beratung beruht auf unterschiedlichen Annahmen, welche in der praktischen Arbeit als Leitlinien dienen können. De Shazer und Dolan (vgl. 2008: 23-26) haben die folgenden Annahmen herauskristallisiert:

- *Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren.*

Das ist der wichtigste Lehrsatz des SLOA. Wenn kein Problem besteht, soll keine Therapie oder Beratung durchgeführt werden. Es geht nicht darum, Wachstum zu fördern oder tieferliegende Strukturen und Bedeutungen herauszuarbeiten.

- *Das, was funktioniert, sollte man häufiger tun.*

Eine wichtige Aufgabe der beratenden Person ist, Klienten resp. Klientinnen zu motivieren, mehr davon zu tun, was bereits funktioniert. Die Qualität der Lösungen wird nicht beurteilt.

Vielmehr geht es darum, ob die Lösung effektiv ist. Die beratende Person unterstützt die rat-suchende Person darin, die gewünschten Veränderungen zu festigen, indem eruiert wird, wie die Person reagiert oder sich verhält, wenn es ihr besser geht.

- *Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas Anderes probieren.*

Auch wenn sich eine Lösung noch so gut anhört, wenn sie nicht funktioniert, ist sie nicht die Lösung. Wenn in der Vergangenheit etwas nicht funktioniert hat, soll etwas Anderes oder etwas Neues ausprobiert werden. Dies gilt auch für die Beraterin oder den Berater, wenn die Klientel die Hausaufgaben nicht gemacht hat oder eine Intervention nicht zum gewünschten Ergebnis führt. Dann soll etwas Anderes ausprobiert werden.

- *Kleine Schritte können zu grossen Veränderungen führen.*

Aus der Systemtheorie weiss man, dass kleine Impulse an einer Stelle in einem System zu Veränderungen an anderen Orten im selben System führen können und dies weiter zu grossen Veränderungen im System führen kann. Für die Beratung heisst dies, dass die Konstruktion der Lösung in mehreren kleinen, machbaren Schritten erfolgen kann und dies langsam und elegant zu dem gewünschten Zustand führen.

- *Die Lösung hängt nicht zwangsläufig mit dem Problem direkt zusammen.*

Der Blick ist von Anfang an auf die Lösung und nicht auf das Problem gerichtet. Es wird davon ausgegangen, dass keine notwendige Verknüpfung zwischen der Lösung und dem Problem besteht. Anstelle von Erklärungen steht vielmehr das Erreichen des Zielzustandes, im Sinne der Zieldefinition, im Vordergrund.

- *Die Sprache der Lösungsentwicklung ist eine andere als die zur Problembeschreibung.*

Das Sprechen über Probleme ist im Allgemeinen negativ gefärbt, handelt von Sachen aus der Vergangenheit und oftmals suggeriert sie das Fortbestehen des Problems. Dagegen ist die Sprache, mit der über Lösungen und Zukunftsvisionen gesprochen wird im Allgemeinen eher positiv gefärbt und impliziert Veränderbarkeit und Vergänglichkeit.

- *Kein Problem besteht ohne Unterlass; es gibt immer Ausnahmen, die genutzt werden können.*

Dieser Leitsatz enthält die Annahme, dass Probleme vergänglich sind und sie auch nicht die ganze Zeit bestehen, sondern es auch immer Ausnahmen gibt, auch wenn diese noch so klein sein können. Diese Ausnahmen aus der Vergangenheit können genutzt werden, um kleine Veränderungen vorzunehmen.

- *Die Zukunft ist sowohl etwas Geschaffenes als auch etwas Verhandelbares.*

Dieser Leitsatz stützt sich auf den sozialen Konstruktivismus und meint, dass die Zukunft ein Ort der Hoffnung ist und der Mensch sein Schicksal selber in der Hand hat.

### **3.1.4 Rolle und Haltung von systemisch-lösungsorientierten Beratenden**

Bamberger (2005: 40) stellt folgendes Profil für eine lösungsorientierte beratende Person zusammen:

- Promotor bzw. Promotorin für die Zukunft
- Entwickler und Entwicklerin von Möglichkeitssinn
- Aktivierende Person von Ressourcen
- Partner und Partnerin für Kooperation
- Ermutiger bzw. Ermutigerin für den ersten Schritt
- Bewundernde Person von Autonomie

Lösungsorientierte Beratende sehen Probleme als etwas völlig Normales, als etwas das einfach zum Leben dazugehört. Eine normale, zum Leben dazugehörigen Schwierigkeit, die somit eine Person mit Unterstützung bewältigen kann. Mit einem solchen Blick wird die Klientel eingeladen, die Herausforderungen der Zukunft anzunehmen. Die Beraterin resp. der Berater haben den Blick in die Zukunft gerichtet (vgl. Bamberger 2005: 33f).

Die beratende Person versucht Wahlmöglichkeiten zu schaffen. Sie vertritt die Annahme, dass es auf ein Problem hin immer unterschiedliche Möglichkeiten gibt, sich zu verhalten. Für Bamberger (2005: 35) heisst Beratung/Therapie: «die Verhaltensoptionen eines Klienten zu erweitern und ihm so in Teilen seines Lebens gewünschte Veränderungen zu ermöglichen.»

Die beratende Person hat den Fokus auf Ressourcen. Das Ziel der Beraterin resp. des Beraters ist es, auch die kleinsten Ressourcen ausfindig zu machen und der Klientel sichtbar zu machen, damit diese für die Lösungsfindung eingesetzt werden können (vgl. Bamberger 2005: 36f).

Grundlage für den Ansatz ist ein humanistisches Menschenbild. Der Mensch wird als aktiver Gestalter seiner Existenz gesehen. Er trägt in sich alle Ressourcen, die er benötigt um selbstwirksam zu handeln, sich zu verwirklichen und seinem Leben einen Sinn zu geben (vgl. Bamberger 2005: 28). Daraus resultiert, dass sich die Beraterin, der Berater nicht als Problemlöser resp. Problemlöserin, sondern als «Moderator resp. Moderatorin von Entwicklung» sieht. Sie sind überzeugt von dem Entwicklungspotential des Menschen und haben grossen Respekt vor der Autonomie individueller Lebensentwürfe (vgl. Bamberger 2005: 38).

Lösungsorientierte Beratende sehen sich als Begleiter bzw. Begleiterin für den ersten Schritt. Es spielt für sie keine Rolle, warum sich ein Problem ergeben hat. Wichtig für sie ist, wie die Klientel erkennt, dass das Problem gelöst ist. Dann können allenfalls neue Lösungsmuster erkannt werden. (vgl. Bamberger 2005: 39f).

Ein übergeordnetes Ziel ist, dass sich die ratsuchende Person bewusst wird, dass sie sich selbst regulieren kann und die Fähigkeit besitzt, mit möglichen Problemen zurecht zu kommen und sich so selbstwirksam erlebt (vgl. Bamberger 2005: 40).

Im Lösungsorientierten Ansatz ist die Haltung des Nichtwissens bei der beratenden Person sehr zentral. Dahinter steht die Einstellung, dass die Klientel die Experten bzw. die Expertinnen für die eigene Situation und auch für die Lösung ihrer Schwierigkeiten sind (vgl. Steiner/Berg 2006: 33).

### **3.1.5 Systemisch-lösungsorientierte Interventionen**

#### 3.1.5.1 Allgemeine Interventionen

De Shazer und Dolan (2008: 27-29) haben allgemeine Interventionen ausgearbeitet, welche nun folgend erläutert werden:

*Positive, kollegiale, auf eine Lösung ausgerichtete Einstellung:*

Die Haltung der Beraterin, des Beraters ist positiv, respektvoll und optimistisch. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen prinzipiell eine starke Resilienz besitzen und diese für Veränderung eingesetzt werden kann. Die Arbeit besteht eher auf Kooperation als auf Konfrontation. Der Widerstand wird nicht als ein solcher angesehen, sondern als natürlicher Schutzmechanismus, langsamer vorzugehen oder aufgrund der Wahl einer falschen Intervention anders vorzugehen.

*Suche nach früheren Lösungen:*

Die beratende Person weiss, dass die meisten Klienten und Klientinnen bereits zuvor viele Probleme gelöst haben.

*Suche nach Ausnahmen:*

Lösungsorientierte Beraterinnen und Beratern sind überzeugt, dass das Problem nicht andauernd besteht. Es gibt Ausnahmen, in denen das Problem grundsätzlich da sein könnte, de facto aber nicht da ist. Die Ausnahme bezieht sich auf etwas, was anstelle des Problems da ist.

*Fragen statt Direktiven und Deutungen:*

Fragen stellen das wichtigste Kommunikationswerkzeug dar. Interpretationen oder Konfrontationen werden nur sehr selten eingesetzt.

*Auf die Gegenwart und Zukunft gerichtete Fragen, anstelle von Fragen, die auf die Vergangenheit fokussieren:*

Die Fragen sind meistens auf die Gegenwart und Zukunft gerichtet. Dies beruht auf der Grundüberzeugung, dass Probleme am besten dadurch gelöst werden, indem der Fokus auf das gerichtet wird, was bereits funktioniert und darauf, wie der Klient, resp. die Klientin sich das eigene Leben zukünftig vorstellt.

### *Komplimente und Anerkennung:*

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, der ratsuchenden Person Komplimente und Anerkennung entgegenzubringen. Damit können erfolgreiche Versuche bestärkt, die Probleme gewürdigt und die Klientel dazu ermutigt werden, weiterzumachen.

### *Sanfte Anstösse zur Handlung, die schon funktioniert haben:*

Es wird auf Handlungen/ Lösungen, die bereits funktionierten, aufgebaut. Die ratsuchende Person wird ermutigt, erfolgreiche Handlungen fortzusetzen oder Veränderungen, auf die die Person selbst gekommen ist, als Experiment auszuprobieren.

### 3.1.5.2 Spezifische Interventionen

Weiter werden nun die von de Shazer und Dolan (2008: 29-40) spezifischen Methoden des SLOA beschrieben.

#### *Auf Lösung gerichtete Ziele:*

Klare, konkrete und spezifische Ziele sind auch in diesem Ansatz zentral. Wünschenswert sind eher kleinere, dafür erreichbarere Ziele. Die Ziele sollten als Lösung formuliert sein, nicht als die Abwesenheit eines Problems.

#### *Die Wunderfrage:*

Für Klienten und Klientinnen, die Mühe haben, ein Ziel zu formulieren, eignet sich die Wunderfrage. Der Berater, die Beraterin lädt die ratsuchende Person dazu ein, sich vorzustellen, dass sich das Problem über Nacht wie durch ein Wunder gelöst habe. Er wird danach gefragt, woran die ratsuchende Person aber auch das Umfeld bemerkt habe, dass das Wunder passiert sei? Die Frage zielt oft auf die Handlungsebene: Was würde die betroffene Person anders machen? Wie würde das Umfeld darauf reagieren?

#### *Skalierungsfragen:*

Diese Intervention dient dazu, kontinuierlich Fortschritte zu messen, Unterschiede sichtbar zu machen und ist zudem hilfreich bei der Erkundung von Ausnahmen. Dabei stellen 0 oder 1 den jeweils schlechtesten, 10 den besten Wert dar.

#### *Lösungen und Ausnahmen konstruieren:*

Die beratende Person ist darauf bedacht, keine Äusserung über Hinweise auf Fortschritte und Lösungen zu überhören und dort dann anzusetzen.

#### *Bewältigungsfragen:*

Diese Fragen werden eingesetzt, wenn berichtet wird, dass sich die Situation nicht verbessert hat. Bewältigungsfragen erkunden Ressourcen, die geholfen haben, die Situation auszuhalten und eine Verschlechterung zu verhindern.

#### *Eine Sitzungspause einlegen und anschliessen wieder zusammenkommen:*

Gegen Ende der Sitzung legt der Berater, die Beraterin eine kurze Pause ein. Falls Kollegen und Kolleginnen das Gespräch beobachtet haben, findet nun ein Austausch über Anregungen

von Interventionen und Komplimenten statt. Wenn kein Beobachtungsteam anwesend ist, nützt der Berater, die Beraterin die Pause, um die Gedanken zu ordnen, Komplimente auszusprechen und Ideen für die Hausaufgaben zu entwickeln.

#### *Experimente und Hausaufgaben:*

Am Ende der Sitzung wird dem Klienten, der Klientin oftmals eine Hausaufgabe mitgeben, welche im SLOA oftmals Experiment genannt wird. Diese Hausaufgaben stützen darauf ab, was die ratsuchende Person bereits macht, denkt oder fühlt und was sie näher zum Ziel führt. Die Idee für die Hausaufgabe kann sowohl von der ratsuchenden wie von der beratenden Person kommen.

*«Was ist seit unserem letzten Gespräch besser geworden, auch wenn es nur ein kleines bisschen besser ist?»*

Zu Beginn jeder Folgesitzung wird danach gefragt, was seit dem letzten Termin besser geworden ist. Fortschritte werden skaliert und mit Komplimenten verstärkt. Falls sich die Situation nicht verbessert oder gar verschlimmert hat, kommen Bewältigungsfragen zur Anwendung.

#### 3.1.5.3 Weitere Interventionen

Weitere Methoden, welche ihren Ursprung in der systemischen Beratung haben und welche unter anderem bei der Arbeit mit einem System wertvoll sein können, sind die Folgenden:

##### *Genogramm:*

Mit einem Genogramm erhebt man die Struktur der Familie. Dadurch bekommt man einen Blick auf das grosse Ganze. Es ermöglicht neue Blickwinkel der Beteiligten und es können Hypothesen für familiäre Zusammenhänge entwickelt werden (vgl. Hermes 2017: 71f)

##### *Skulpturenarbeit:*

Bei der Skulpturenarbeit geht es darum, Beziehungen innerhalb des Systems darzustellen. Anstatt darüber zu sprechen, werden die Personen im Raum aufgestellt. Oftmals wird die Aufstellung auch mit Figuren auf einem Brett gemacht. Mit dieser Methode gelingt es, Gegebenheiten in kurzer Zeit darzustellen und zu erkennen, was sich verbal oft nur schwierig erfassen lässt (vgl. Hermes 2017: 80).

##### *Externalisieren:*

Es wird versucht, das Problem und die persönliche Identität der ratsuchenden Person zu unterscheiden. Dadurch sollen die Muster der Beschreibung zerstört werden, welche das Problem aufrechterhalten und stabilisieren (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 169f).

##### *Metaphern:*

Metaphern geben die Möglichkeit, anders über Lösungen zu sprechen als herkömmlich (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 169f).

### *Reframing:*

Mit Reframing gibt man einem Geschehen oder einer Situation einen anderen Sinn, in dem dies in einen anderen Rahmen gestellt wird. Ein Reframing sollte verstörend auf die bisherige Sicht wirken (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 177-181).

### *Rituale:*

Als Rituale werden Verdichtungen von Abläufen verstanden, die sich im Sinne einer kollektiven, komprimierten und symbolischen Handlung wiederholen. Normalerweise ist ihre Funktion die Aufrechterhaltung von Ordnung und Struktur und die Bewahrung des Alten. In der Beratung können Rituale für unterschiedliche Themen eingesetzt werden, z.B. für den Übergang zu Neuem (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 191-197).

### **3.1.6 Der SLOA und Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung**

Gemäss Retzlaff (2019: 16) wurde das Thema «Familie und Behinderung» in der deutschsprachigen systemischen Therapie mit wenigen Ausnahmen vernachlässigt. Er weist darauf hin, dass dieser Ansatz eigentlich prädestiniert dafür wäre, da die Ressourcenorientierung für solche Familien unterstützend sei. Denn bei den betroffenen Familien ist es zentral den Blick auch auf das Gelingende und Positive zu richten, anstatt, wie so oft, auf die Defizite, z.B. was das Kind nicht kann. Walter (2020: 249) beschreibt, dass systemische Ansätze in den Familien und Erziehungsberatungsstellen eine wesentliche Rolle einnehmen. Auch für Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung sieht sie in den systemischen Ansätzen grosses Potential. Sie können die Familien wirksam auf ihrem Weg unterstützen, als Familie mit den Herausforderungen einer Beeinträchtigung zu leben.

Lebenslang bestehende Beeinträchtigungen können Familiensysteme, wie durch das Modell von Rolland ersichtlich wurde, vor grosse Herausforderungen stellen und diese auch verändern. Systeme können «erstarren» und Entwicklungen, Veränderungen und Autonomiebestrebungen gehemmt werden. Die systemische Arbeit kann hier nützlich sein, wieder neue Bewegung zuzulassen und somit auch Entwicklung und letztlich wieder eine neue Balance zu finden (vgl. Walter 2020: 250).

Walter (2020: 250f) sieht auch eine Chance darin, nicht nur mit dem ganzen System oder Familie zu arbeiten, sondern auch mit einzelnen Familienmitgliedern. Der SLOA, welcher sehr oft bei Kindern und Jugendlichen, mit vielen kreativen, erfahrungsorientierten und spielerischen Anteilen angewendet wird, kann auch für die meisten Kindern mit Beeinträchtigungen entsprechend angepasst und angewendet werden. Hierfür müssen die kommunikativen, motorischen und kognitiven Fähigkeiten der Kinder berücksichtigt werden. Visualisierungen durch Bilder, der Einbezug von Geschichten und Handpuppen sind nur einige Beispiele für diese Arbeit (vgl. Walter 2020: 250f). Hermes (2007: 9) hat zu dieser Thematik ein Buch mit dem

Titel, «Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung», verfasst. Die verschiedenen systemisch- lösungsorientierten Techniken und Interventionen sind auf die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung angepasst (vgl. Hermes 2007: 9).

Wichtig zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch, dass heutzutage in einer systemischen Therapie die Beeinträchtigung nicht als verursacht durch das System oder die Familie betrachtet wird. Es soll vermieden werden, dass hier falsche Zuschreibungen gemacht werden. Dies betrifft nicht nur die Beeinträchtigung, sondern auch die Rollenverschiebungen, Abhängigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes. Ein Kind mit einer Beeinträchtigung zu haben, ist eine besondere Situation und bedarf auch besonderer Entwicklungen und Wege. Beziehungen und Muster, welche bei anderen Familien als nicht förderlich angesehen würden, sind in Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung, zumindest für eine Zeit, überlebenswichtig (vgl. Walter 2020: 253).

Die oben genannten Ausführungen zeigen, dass systemisch-lösungsorientierte Ansätze, geeignet sind, mit Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung zu arbeiten. Ein systemisches Denken, der Einbezug der ganzen Familie und die ressourcen- und lösungsorientierte Art und Weise erleichtern es Familien, die gewünschte Veränderung zu erreichen (vgl. Walter 2020: 253).

Im Kapitel 4.2 wird vertieft darauf eingegangen, mit welchen Techniken der SLOA betroffene Familien stärken kann.

## **3.2 Die ACT**

### **3.2.1 Entstehung/ Herkunft**

Der ACT Ansatz ist eine gezielte Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)<sup>2</sup>. Wie bei der Verhaltenstherapie zielt die ACT darauf ab, der Klientel zu helfen, die oft ihr Leben beherrschenden Flucht- und Vermeidungsstrategien aufzugeben. Jedoch will der ACT Ansatz nicht nur negative Symptome abbauen, sondern das Verhalten der Klientel auf das Erreichen selbst gesetzter positiver Lebensziele ausrichten. Die ACT wird oft als dritte Welle der Verhaltenstherapie genannt. Die traditionelle Verhaltenstherapie wird als erste Welle, die KVT als die zweite Welle benannt (vgl. Eiffert 2011: 4). Die ACT ist bereits über 30 Jahre alt. Sie wird aber als eine relativ neue Behandlungsmethode angesehen. Bekanntheit erlangte sie erst mit dem ersten populärwissenschaftlichen Buch über die ACT von Hayes und Smith 2005 (vgl.

---

<sup>2</sup> Die KVT ist die Weiterentwicklung der traditionellen Verhaltenstherapie. Die traditionelle Verhaltenstherapie spaltet sich zwei Richtungen, die Verhaltensanalyse mit ihrem Selektivismus und die Reiz-Reaktions-Lerntheorie. Beide Traditionen bieten keine gute Erklärung für Sprache und höhere Kognitionen. Die KVT nahm dies in ihrem Konzept auf. Irrationale Gedanken oder kognitive Irrtümer sollen erkannt und korrigiert. Das Therapieziel der KVT ist meist die Symptomreduktion mit kognitiven Veränderungsmaßnahmen. (vgl. Hayes/Lillis 2013: 26-28).

Hayes/Lillis 2013: 23). Die ACT wurde von Vertretern der kognitiven Verhaltenstherapie, unter anderen von Steven C. Hayes, entwickelt. Diese stellten fest, dass der Verhaltenstherapie ein Konzept fehle, wie mit Leiden umgegangen werden könnte, welches trotz Therapie nicht verschwindet. Sie begannen, ein neues Modell zu entwickeln, mit einem klaren Behandlungsschwerpunkt -der psychischen Flexibilität. Die ACT geht davon aus, dass psychische Flexibilität der Schlüssel für ein zufriedenes Leben ist und man diese erlernen und üben kann. Das Behandlungsmodell ist störungsunspezifisch (vgl. Böser 2018: 159). Die theoretische- empirische Grundlage der ACT baut auf den Ergebnissen der Bezugsrahmentheorie auf, einer psychologischen Theorie über menschliche Sprache und Kognition (vgl. Böser: 2016:11).

ACT wird als Lebenshaltung verstanden. Dies wird durch die folgende Aufschlüsselung des Wortes ACT ersichtlich:

«A: Accept – Akzeptieren

C: Choose – Wählen

T: Take Action – Handeln»

(Böser 2018: 164)

### **3.2.2 Grundbegriffe der ACT**

Für eine erste Annäherung werden nun wichtige Begriffe und Grundlagen für die ACT definiert und erläutert.

#### *Psychische Flexibilität:*

Psychische Flexibilität ist das Behandlungsziel von der ACT. Dies bedeutet, «dass eine Person in vollem Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment und je nachdem, was die aktuelle Situation und die selbst gesetzten wertebezogenen Ziele erfordern, ihr Verhalten ändern oder beharrlich beibehalten kann – völlig unabhängig von der Diagnose.» (Böser 2016: 10f)

#### *Werte:*

«Werte als für das eigene Leben gewählte Orientierung, die fortlaufend durch Verhaltensmuster repräsentiert werden.» (Eifert 2011: 14) Somit beinhaltet Werte, dass wir auf eine Art und Weise leben, die für uns bedeutsam ist. Es bedeutet eine Richtung zu wählen und sich dann dementsprechend zu verhalten, um sich den gewählten Lebenszielen anzunähern. Werte können zum Beispiel "eine gute Mutter sein" oder "die Umwelt schützen" sein. Dies ist ein kognitiver Prozess, der jedoch überhaupt nicht logisch oder rational sein muss (vgl. Eifert 2011: 14).

#### *Achtsamkeit:*

Bei der Achtsamkeit handelt es sich eine absichtliche und möglichst wertfreie Aufmerksamkeitslenkung auf das gegenwärtige Erleben. Es geschieht im Hier und Jetzt. Dadurch, dass

das Erleben keine Bewertung erhält, besteht nicht die Notwendigkeit, mit unwirksamen Verhalten zu reagieren. Somit schafft Achtsamkeit mehr Raum für Verhaltensmöglichkeiten und neue Perspektiven (vgl. Eifert 2011: 21f). In der ACT stellt Achtsamkeit die Basisfertigkeit dar (vgl. Böser 2018: 13).

#### *Akzeptanz:*

«Akzeptanz bedeutet, eine absichtlich offene, empfängliche, flexible und nicht wertende Haltung einzunehmen und dem momentanen Erleben mit Respekt zu begegnen.» (Hayes/Lillis 2013: 98) Aushalten, Annehmen oder wenigsten Billigen können wichtige Schritte auf dem Weg zur Akzeptanz sein (vgl. Böser 2018: 162).

### **3.2.3 Grundannahmen**

Die ACT geht davon aus, dass man nicht alle Probleme oder Schwierigkeiten lösen kann und dass man lernen muss, mit diesen zu leben. Die ACT sieht Schmerz und Leid als einen natürlichen Bestandteil des menschlichen Lebens. Jeder Mensch kennt Leid und Schmerz, jeder geht anders damit um. Schmerz wird als etwas von aussen angesehen, das einem zustösst, beispielsweise ein Unfall, eine Beeinträchtigung, der Tod eines Angehörigen. Auf diese Schicksalsschläge hat man meist keinen Einfluss. Wenn man unter Leid nun aber den eigenen Umgang mit Schmerz versteht, hat man einen Einflussbereich. Denn wie man mit einem Schicksalsschlag umgeht, ob man neue Umgangsweisen zulässt, kann man aktiv beeinflussen. Die ACT ermutigt den Umgang mit Schmerz und Leid so zu verändern, dass in schwierigen Situationen unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten zur Wahl stehen und die Menschen wählen können und so ein zufriedeneres Leben führen können (vgl. Böser 2016: 7f).

Das ACT-Modell «psychische Flexibilität» lässt sich als Hexagon darstellen. Es ist der Unterbau von ACT und das bekannteste Behandlungskonzept der ACT. Es sind sechs spezifische Prozesse, die zu zunehmender psychischer Inflexibilität und der Einengung des Verhaltens- und des Lebensspielraums führen (Abb. 1). Weiter gibt es sechs verwandte Prozesse, die die psychische Flexibilität somit auch die psychische Gesundheit und menschliches Gedeihen fördern (Abb. 2) (vgl. Hayes/Lillis 2013: 50).

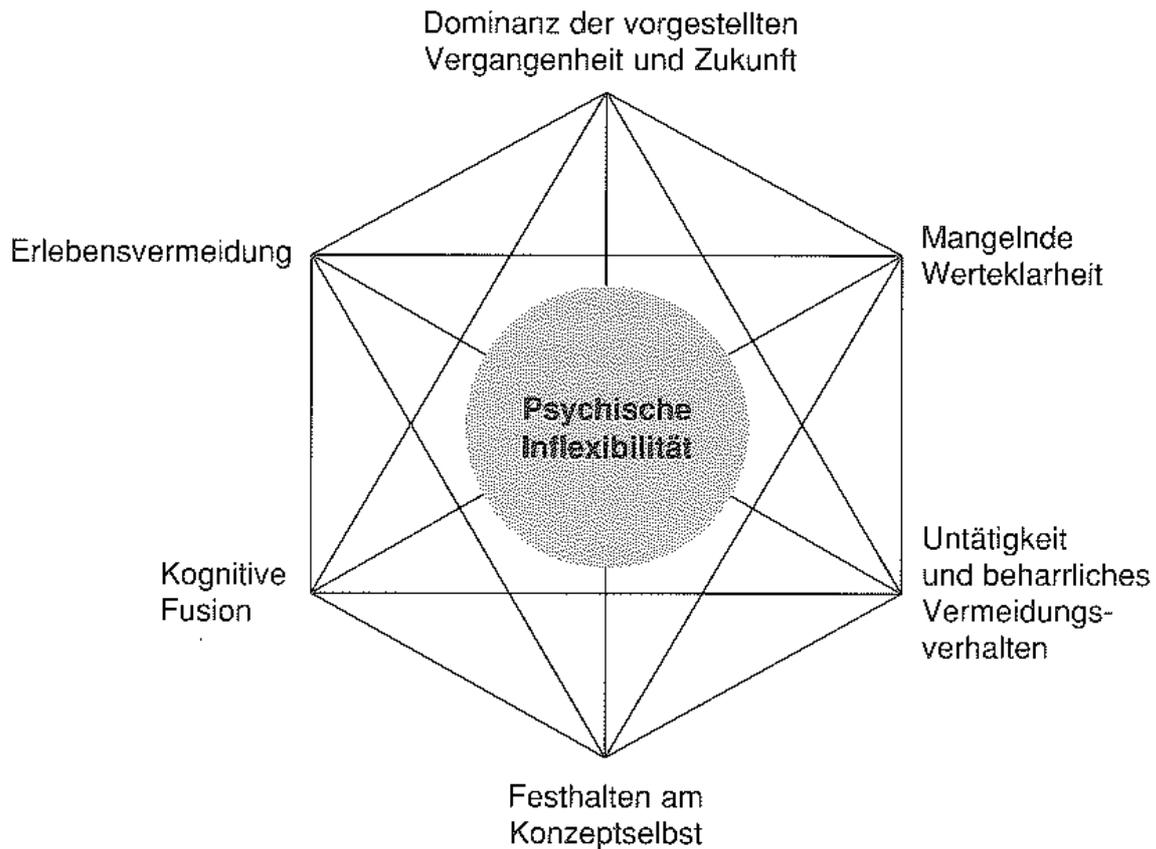


Abb. 1: Psychische Inflexibilität (Eifert 2011: 9)

Dieses Hexagon zeigt die sechs interagierenden Prozesse, welche zu zunehmender psychischer Interflexibilität und Einengung des Verhaltens und Lebensspielraums führen (psychische Leiden) (vgl. Eifert 2011: 8). Es wird davon ausgegangen, dass diese Prozesse in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität bei verschiedenen psychischen Störungen eine Rolle spielen. Eine Abgrenzung von normalen Verhalten hin zur Verhaltensstörung ist dabei fließend.

Die Erlebnisvermeidung sowie die kognitive Fusion sind die beiden wichtigsten Prozesse, mit dem grössten Einfluss auf die anderen Prozesse (vgl. Eifert 2011: 8).

Die ACT hat das Ziel, alle sechs störungsrelevanten Prozesse zu verändern. Zu jedem störungsrelevanten Prozess lassen sich ein Behandlungsprozess sowie konkrete Behandlungsziele zuordnen. Diese sind in Abbildung 2 abgebildet (vgl. Eifert 2011: 16).

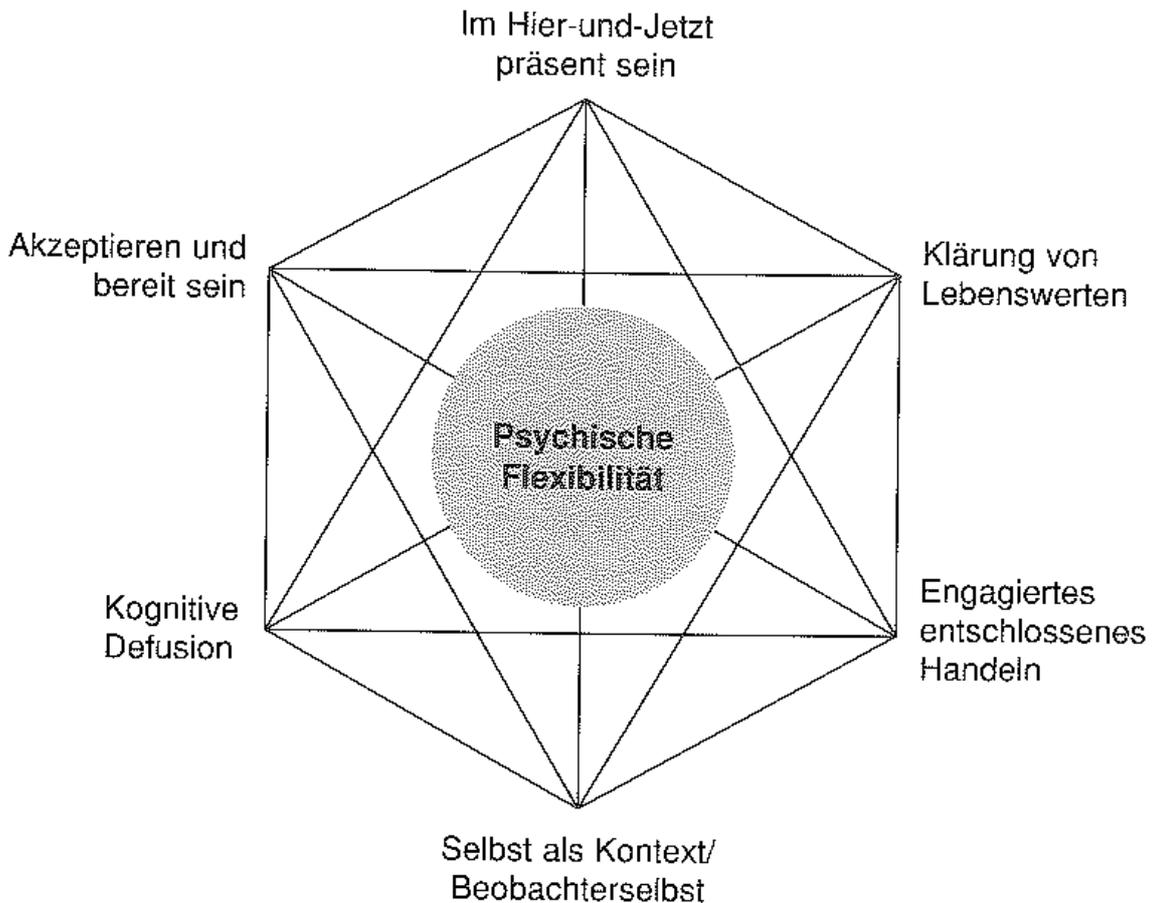


Abb. 2: Psychische Flexibilität: Die sechs zentralen therapeutischen Prozesse der ACT (Eifert 2011: 16)

Das übergreifende Behandlungsziel von der ACT ist, grössere psychische Flexibilität zu schaffen.

Auf der funktionalen Eben gibt es drei primäre Behandlungsziele:

- Abbau unwirksamer Erlebensvermeidung und -kontrolle: Das Ziel ist, dass der Klient, die Klientin lernt unangenehme Gedanken, Gefühle und Momente so zu akzeptieren wie sie sind.
- Hinterfragen und Reduzieren der verhaltensregulierenden Funktion und der nicht lebezielfördernden Kognitionen.
- Förderung eines engagierten lebenszielorientierten Handelns (vgl. Eifert 2011: 16).

Folgend werden nun die Prozesse beschrieben:

#### *Dominanz der vorgestellten Vergangenheit versus Hier und jetzt*

In diesem Prozess geht es darum, dass Erlebnisvermeidung und Fusion die Person aus dem Hier-und-Jetzt reissen. Die Person hält dadurch in einer unproduktiven Beschäftigung an der Zukunft oder der Vergangenheit fest. Dadurch geht das Empfinden für den Augenblick und seine Möglichkeiten verloren (vgl. Eifert 2011: 13).

Den Fokus auf die Gegenwart zu richten, zieht sich wie einen roten Faden durch den Verlauf der Therapie. Die Präsenz im Hier-und-Jetzt zu haben, erhöht die psychische Flexibilität und schafft Möglichkeiten. Denn die Zukunft ist noch nicht da und die Vergangenheit ist nicht mehr zu verändern. Was zählt ist die Gegenwart, welche aktiv verändert und gestaltet werden kann. Die Konzentration auf die Gegenwart und das Verleben im jetzigen Erleben muss geübt werden (vgl. Eifert 2011: 21f).

#### *Erlebensvermeidung versus Akzeptanz und bereits ein*

Die Erlebnisvermeidung ist der Versuch, die Form und Häufigkeit von negativ bewerteten inneren Erlebnissen wie Gefühlen, Vorstellungen, Gedanken und Erinnerungen zu vermeiden, zu unterdrücken oder zu ändern. Es sind Versuche, vor dem eigenen Erleben wegzulaufen. Die Funktion dieses Vermeidungsverhaltens ist, das Erleben widerstrebender innerer Ereignisse zu kontrollieren oder zu verkleinern. Diese Erlebnisvermeidung und -kontrolle führt oft zur kurzfristigen Verbesserung des Wohlbefindens. Langfristig führt dieses Verhalten aber zu einer weitreichenden Einschränkung des Verhaltens und des Lebensraums (vgl. Eifert 2011: 9).

In der ACT wird Akzeptieren als Alternative zur Erlebnisvermeidung gesehen. Akzeptanz bedeutet Erlebnisse so zu erleben, wie sie sind, mit einer offenen Haltung, ohne sie verändern zu wollen und ohne Widerstand. Es wird von einer aktiven Akzeptanz ausgegangen. Dies bedeutet, den Kampf mit dem, was nicht kontrollierbar und nicht veränderbar ist, aufzugeben. Dies gibt die Freiheit zu handeln und Verhalten zu zeigen, bezüglich dem, was wirklich gewollt wird. Dies kann die Person näher zu ihrem Lebensziel führen. Ein wichtiges Ziel von der ACT ist es, eine Balance zwischen aktivem Akzeptieren und bedeutungsvollen Veränderungen für das Leben zu finden. Oft ist es die akzeptierende Haltung, die überhaupt erst eine Veränderung ermöglicht. Die Akzeptanz bietet die psychische Flexibilität und den Raum um wichtige Veränderungen umzusetzen, die zur Verfolgung wichtiger Lebensziele notwendig sind. (vgl. Eifer 2011: 17f.).

#### *Kognitive Fusion versus kognitive Defusion*

Unter der Kognitiven Fusion versteht man die Verstrickung mit den eigenen Gedanken und Gefühlen. Die Gedanken und Vorstellungen werden hier nicht mehr als Produkt des Verstandes gesehen, sondern werden wörtlich genommen und als Wahrheiten und Fakten angesehen. Im Zustand der Fusion wird der Mensch zu seinen Gedanken und Gefühlen und verhält sich demzufolge. Kognitive Fusion wird nicht per se als gut oder schlecht angesehen. Wichtige Fragen hierbei sind, ob und wann die Fusion hilfreich ist und ob das Hören auf die Gedanken und entsprechendem Handeln nützlich ist oder nicht? Im ACT Ansatz geht es auch immer um

die Frage, ob für den Klienten, die Klientin etwas brauchbar und praktikabel ist (vgl. Eifert 2011: 11f).

Kognitive Defusion beinhaltet die Fähigkeit, jeden Gedanken als Gedanken zu sehen anstatt als Tatsache. Es macht einen Unterschied, ob man sagt, ich bin zu dick (Fusion) und diesem Gedanken zu glauben oder zu sagen, ich habe den Gedanken, ich bin zu dick (Defusion) und so diesen Gedanken als Gedanke zu erkennen. Kognitive Defusion gibt der Klientin, dem Klienten die Wahl ob er, bzw. sie auf einen Gedanken mit Verhalten reagiert oder nicht. Mit Defusionsübungen wird gelernt, Erleben zu beobachten und den Kopf weniger ernst zu nehmen (vgl. Eifert 2011: 19f).

### *Festhalten am Selbstkonzept versus Selbst als Kontext*

Menschen haben ein Bild, wer sie sind und wer nicht. Meistens hat man das Gefühl, immer die gleiche Person zu sein. Jedoch verändert sich das Selbst ständig, ohne dass die Person dies bemerkt. Dies ist gut ersichtlich, wenn Fotoalben angeschaut werden, fühlt sich das Betrachten von Bildern von sich selbst und den äusseren Veränderungen manchmal fremd an. Wenn Rollen mit der Identität fusionieren, kann dies zu Schwierigkeiten führen. Zum Beispiel bei der Pensionierung, wenn eine Rolle verloren geht, welche eine hohe Definitionsmacht hat. Dies kann eine Krise auslösen, da scheinbar nicht die Rolle, sondern die Identität verloren ging (vgl. Böser 2016: 16).

«Selbst als Konzept» kann als die Fähigkeit verstanden werden, dass man sich nicht über eine Rolle definieren lässt, sondern verschiedene Selbst- und Fremdbeschreibungen zulassen kann. In der Regel ist man nicht nur in einer Rolle, sondern besteht aus vielen Rollen und Geschichten über und mit einem. Die Person besteht aus all dem, was in ihr stattfindet, so auch das Unbewusste. Jede Person trägt die Verantwortung über ihre Lebensführung. Sie entscheidet selbst, welche Geschichten oft und welche weniger oft erzählt werden. In der Therapie wird darauf immer wieder einen Fokus gelegt. Es wird geschaut, welche Selbstbeschreibungen sich wiederholen, welches die Erklärungen dafür sind und ob sich neue Sichtweisen entwickeln lassen (vgl. Böser 2018: 163).

### *Mangelnde Werteklarheit versus Klärung von Lebenswerten und -Zielen*

Das Kontrollieren und Beseitigen von Symptomen kann eine derart grosse Priorität einnehmen, so dass der Kontakt zu den Werten verloren geht, oder es unklar wird, was die eigenen Werte sind (vgl. Eifert 2010: 14f).

Für die Klärung von Werten und Lebenszielen werden von ACT Therapeuten und Therapeutinnen folgende Fragen gestellt:

- Wofür soll ihr Leben stehen?
- Was liegt Ihnen wirklich am Herzen?

- Was würden Sie mit Ihrem Leben anfangen, wenn Sie nur noch ein Jahr zu leben haben? (vgl. Eifert 2011: 23)

Die Werte dienen im Leben als Polarstern, der zur Orientierung für das eigene Handeln dient. Sie stellen eine Entscheidungshilfe dar, um den Weg zu finden, den man gehen möchte. Im Englischen wird das Wort «value» benutzt. Hier wird ersichtlich, dass es bei dem Begriff Wert nicht um philosophische Prinzipien geht, sondern um Wichtigkeit (vgl. Böser 2018: 162). Die Werteorientierung wird als sehr wichtig angesehen, da dadurch der Blick von Kaputtem und Negativem auf das Positive und Gesunde gerichtet wird. Werte werden oftmals mit Zielen verwechselt. Ziele sind Teilschritte, um näher zu den Werten zu kommen. Ziele stellen Handlungen dar, welche abgehakt werden können. Werte beinhalten eine lebenslange Reise (vgl. Eifer 2011: 23f).

*Untätigkeit und beharrliches Vermeidungsverhalten versus engagiertes entschlossenes Handeln:*

Wenn man sich darauf konzentriert, keine Angst zu haben, nicht traurig zu sein, sich besser zu fühlen, führt dies dazu, dass man keine Zeit und Energie mehr dafür hat, was einem eigentlich wirklich wichtig wäre (vgl. Eifer 2011: 15). Die ACT ist der Ansicht, dass «je unflexibler Menschen aufgrund ihrer Erlebensvermeidung und Verstrickung mit ihren Kognitionen werden, desto untätiger werden sie in Bezug auf ihre Werte.» (Eifer 2011: 15)

In diesem Prozess werden konkrete Ziele von den Werten abgeleitet. Es reicht nicht sich bloss für Werte zu entscheiden, man muss die Werte aktiv leben. Hier kommen alle Erkenntnisse der traditionellen Verhaltenstherapie zum Zuge. Es wird darauf abgezielt, dass die Klienten, die Klientinnen lernen, engagiert zu handeln. Handlungen, die sie näher zu den Werten führen, werden gefördert. Bei den unvermeidlich auftretenden Rückschlägen wird ihnen von der Fachperson geholfen, «sich immer wieder erneut zu verpflichten (‘commitment’) das zu verändern, was sie ändern können – ihr Verhalten – und nicht in alte Erlebensvermeidungs- und Kontrollmuster zu verfallen.» (Eifert 2011: 25)

### **3.2.4 Rolle und Haltung von ACT Therapeuten und Therapeutinnen**

Der Therapeut, die Therapeutin hat die Rolle, die ratsuchende Person dabei zu unterstützen, mehr oder vollständig sich selbst zu werden. Das heisst, mit ihren Gefühlen und Gedanken ein vitales Leben in Übereinstimmung mit ihren Werten zu verfolgen und zu leben. Indem die therapeutische Fachperson selbst in Übereinstimmung mit ihren Werten handelt, kann dies bei er ratsuchenden Person psychische Flexibilität anstossen. Wichtig hierfür ist, dass der Therapeut, resp. die Therapeutin die ACT Prozesse vorlebt, zum Beispiel emotionale Offenheit nicht nur versucht anzustossen, sondern diese auch vorlebt (vgl. Hayes/Lillis 2013: 74). Dies

dient als Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung sowie auch als Modell. Die Anwendung von ACT- Prinzipien im täglichen Leben der Fachperson wird als hilfreich gesehen. Dadurch fällt es leichter und gelingt authentischer, diese Prozesse anzuleiten. Es gibt empirische Anhaltspunkte, dass diese Haltung der Therapeuten, der Therapeutin zu besseren Therapieergebnissen führt (vgl. Eifer 2011: 35f).

Die ratsuchende Person und der Therapeut resp. die Therapeutin befinden sich auf Augenhöhe. Erlebnisvermeidung und die Verstrickung mit den eigenen Gedanken und Bewertungen wird als normal angesehen und bei jedem Menschen vorkommend. Auch Therapeuten und Therapeutinnen sind davon betroffen. Sie verheimlichen nicht, wenn sie Ähnliches oder Gleiches erlebt haben und nehmen so einen gleichgestellten, verwundbaren, echten und teilnehmenden Gesichtspunkt ein. Dadurch kann eine mitfühlende und kongruente Haltung gegenüber dem Leiden eingenommen werden. Die Erkenntnis dieser Gleichstellung und fundamentalen Ähnlichkeit ist zentral, denn dadurch wird verhindert, dass die Fachperson als Experte bzw. Expertin dominiert. Sie belehren und überreden nicht, noch versuchen sie die ratsuchende Person zu überzeugen. Vielmehr versuchen die ACT Beratenden Erfahrungen der Klienten und Klientinnen aufzunehmen. Es wird danach gefragt, welche Folgen ein bestimmtes Verhalten hatte oder ob eine bestimmte Strategie in der Vergangenheit funktioniert habe? Das Fokussieren auf die Erfahrungen soll der Klientel helfen, aus versuchten Lösungen zu lernen um beim Herbeiführen von wichtigen Lebensveränderungen nicht immer wieder in die gleichen Verhaltensmuster zu verfallen. Der Therapeut resp. die Therapeutin baut durch verschiedene Übungen Akzeptanz und Bereitschaft auf, um schwierige Gefühle, Ideen und Erinnerungen ohne Lösung, stehen lassen zu können (vgl. Eifer 2011: 34f). Der ACT- Therapeut bzw. Therapeutin benötigt für die Behandlung keine Diagnosen (vgl. Böser 2018:159).

### **3.2.5 Interventionen/ Methoden**

Wie bereits erwähnt, zielen die Behandlungsstrategien auf die Veränderungen der psychischen Flexibilität ab. Die sechs Prozesse sind alle miteinander verbunden und überschneiden sich. Deshalb werden auch in den Sitzungen jeweils mehrere Prozesse behandelt. Da die Werte einen zentralen Platz bei der ACT einnehmen, werden diese in der ersten oder zweiten Sitzung besprochen. Es gibt keinen fixen Ablauf einer Therapie. Die Lehrbücher zeigen zur Orientierung mögliche Strukturierungen und Abläufe auf (vgl. Eifert 2011: 36).

Die ACT ist eine erlebens- und erfahrungsorientierte Therapie. Paradoxien, Metaphern und Humor nehmen einen sehr wichtigen Teil in der Behandlung ein. Durch die Metaphern und andere Erlebensübungen sollen die Klienten und Klientinnen den direkten Kontakt mit den eigenen Gedanken, Vorstellungen und körperlichen Empfindungen erhalten, welche sie in der Vergangenheit vermieden haben (vgl. Eifert 2011: 37).

### *Metaphern:*

Metaphern werden in allen Phasen von der ACT angewendet. Bei Metaphern handelt sich um verbal vermittelte Geschichten. Sie können nicht unbedingt wörtlich genommen werden und untergraben damit die Dominanz von Sprache und kognitiven Fusionsprozessen. Die Metaphern erlauben es, aus einer neuen Perspektive Kontakt mit Aspekten des eigenen Erlebens aufzunehmen. Dadurch wird ein Abstand geschaffen, zwischen sich selbst als Person und der Art und Weise, wie man den Problemen begegnet (vgl. Eifert 2011: 37). Im Anhang A ist eine Metapher, welche das Thema Akzeptanz aufgreift, zu finden.

### *Behandlungsorientierung des Klienten/ der Klientin:*

Bereits in der ersten Sitzung wird der Fokus auf ein lebenszielorientiertes Leben gerichtet. Das heisst auch, es sollen neue Fähigkeiten erlernt werden im Reagieren auf emotionale Probleme. Mit folgenden Fragen wird die Klientel in diese Richtung geleitet: «Stellen Sie sich vor, ich hätte einen Zauberstab und ich könnte mit einem Schwenken des Stabes Ihre Angst, Depressionen, Schamgefühle usw. verschwinden lassen, was würden Sie dann tun? Was wäre dann in Ihrem Leben anders und was würden Sie dann Anderes tun? Was halten Sie davon, wenn wir solche Veränderungen in Ihrem Verhalten zum Massstab dafür machen, wie gut oder erfolgreich diese Therapie für Sie ist?» (Eifert 2011: 38)

### *Aufgeben der Kontroll- und Bekämpfungsagenda:*

Hier wird dafür plädiert, die bisherigen Problemlösungs- und Bewältigungsversuche, welche nicht funktioniert haben, aufzugeben. Dies wird mit der kreativen Hoffnungslosigkeit praktiziert. Nicht die Klientel ist hoffnungslos, sondern die bisherigen Problemlösungsversuche. Dieser Ansatz besteht darin, ungewolltes inneres Erleben zu akzeptieren, statt es zu bekämpfen. Mit Metaphern wird der Klientel eine Vorstellung von Loslassen und Akzeptieren vermittelt, ohne sich in verbale Analysen zu verstricken. Durch verbale Exploration werden vergangene Problemlösungsversuche erläutert und die Folgen dieser Kontrollversuche für die eigene Lebensqualität aufgezeigt. Dabei sollte die therapeutische Fachperson nicht versuchen zu erklären, weshalb bestimmte Vermeidungsstrategien nicht hilfreich waren, sondern die Erfahrungen der Klientel miteinbeziehen. Die kreative Hoffnungslosigkeit soll motivieren, alte Veränderungstaktiken aufzugeben und etwas Neues zu wagen. Diese Bereitschaft und die neue Richtung ist der kreative Aspekt (vgl. Eifert 2011: 40-44).

### *Unterscheidungslernen: Wann funktioniert Kontrolle und wann nicht:*

«Akzeptiere mit Gelassenheit, was Du nicht ändern kannst,  
habe den Mut zu ändern, was Du ändern kannst,  
und entwickle die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.» (Eifert 2011: 44)

Das oben zitierte Gelassenheitscredo soll durch die ACT in die Tat umgesetzt werden. Mit Metaphern und Analogien wird der Klientel aufgezeigt, was sie kontrollieren können und was nicht. Hier wird aufgezeigt, dass Kontrolle funktioniert, wenn wir dies mit unseren Händen und Füßen tun, d.h. das Verhalten kontrollieren. Dagegen fällt eine Veränderung der Gefühle und Gedanken sehr schwer (vgl. Eifert 2011: 44-49).

#### *Klärung von Lebenswerten und- zielen:*

Die Frage, «was ist Ihnen wirklich wichtig?», wird zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der ACT Therapie gestellt. Diese zentrale Frage dient dazu, den oft einseitigen Fokus auf Symptom erleichterung zu hinterfragen. Der Fokus auf das Veränderbare, werteorientierte Verhalten soll auch die Therapiemotivation fördern. Werte werden oft als Kompass bezeichnet oder mit einem Leuchtturm verglichen. Es wird immer wieder betont, dass Werte kein Gefühl sind, sondern dass Werte eine Aktivität bedingen. Es geht also darum, etwas zu tun. Auch hier wird mit Metaphern gearbeitet, aber auch mit Übungen, z.B. Erstellung eines Lebenskompasses (vgl. Eifert 2011: 50-54).

#### *Lernen von Akzeptieren, Achtsamkeit und Bereitschaft:*

Die oben genannten Wörter sind die Gegenmittel zu rigider Erlebensvermeidung und -kontrolle. Bei emotionalen Problemen heisst aktives Akzeptieren, aversive Emotionen und Kognitionen nur zu beobachten, anzunehmen und zuzulassen, ohne sie beseitigen oder verändern zu wollen. Mit Achtsamkeitsübungen wird Achtsamkeit erlernt. Denn Achtsamkeit bringt den Menschen in den direkten Kontakt zu dem, was im Augenblick erlebt wird (vgl. Eifert 2011: 54-58).

Bereitschaft wird als Offenheit dem gesamten eigenen Erleben gegenüber bezeichnet. Dies beinhaltet innere Erfahrungen zuzulassen, zu erleben und sich in die Richtung der eigenen Werte zu bewegen. Auch hier liegt der Fokus wieder darauf, dass Bereitschaft kein Gefühl ist, sondern Handeln beinhaltet. Dabei handelt es sich um eine Alles-oder-nichts-Handlung. Mit verschiedenen Metaphern und Übungen wird dies veranschaulicht und umgesetzt (vgl. Eifert 2011: 54-60).

Die Übung Blätter im Fluss (Anhang B) ist eine Achtsamkeitsübung. Sie gibt der ratsuchenden Person die Möglichkeit, ihr Erleben zu beobachten und gleichzeitig Raum zu schaffen zwischen ihrem bewertenden Verstand und ihrer Erfahrung (vgl. Eifert 2011: 56).

#### *Kognitive Defusion: Lösen aus Gedankenverstrickung:*

Defusionstechniken werden als hilfreich beschrieben, wenn die ratsuchenden Personen problematische Denkgewohnheiten haben und bestimmte Gedanken oder Wörter für wahr halten. Defusion hilft Gedanken als Wörter und Vorstellungen bestehenden Ereignisse im Kopf zu sehen, die von alleine kommen und wieder gehen. Der Klientel soll es gelingen, Abstand zu

gewinnen und nicht hilfreiche Gedanken bloss als eine Vielzahl von Wörtern zu sehen. Mit speziellen Übungen wie z.B.: Sich aus Gedankenfalle befreien, kann geholfen werden, zumindest einigen Gedankenfallen aus dem Weg zu gehen (vgl. Eifert 2011: 66-70).

### **3.2.6 Die ACT und Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung**

Verhaltenstherapeutische Methoden werden in der Anwendung mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung kontrovers diskutiert. Es gibt Meinungen, die dies als einzig wirkungsvolle Vorgehensweise ansehen, andere wiederum als ethisch fragwürdig, zu manipulativ und wenig den Bedürfnissen der Menschen mit einer Beeinträchtigung angepasst. Die Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie, bei dem auch die therapeutische Beziehung sowie Achtsamkeit und Schemata einbezogen werden, wird bei Walter (2020: 245-247) jedoch als mögliche Methode gesehen, um mit Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung zu arbeiten. Zu dieser Weiterentwicklung lässt sich der ACT Ansatz einordnen. Für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit kognitiver Beeinträchtigung müssen Methoden und Vorgehensweisen angepasst werden. Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Auswahl der Methoden und Vorgehensweisen der kognitive und emotionale Entwicklungsstand zwingend berücksichtigt werden muss. Die Therapie soll nicht alleine auf Sprache und Kognition beschränkt sein, sondern auch mehr praktische Inhalte aufweisen (vgl. Walter 2020: 245f.).

Deutschsprachige Literatur zur Anwendung des ACT Ansatzes bei Familien mit einem Kind mit Beeinträchtigung ist nicht verfügbar. Dennoch wird berichtet, dass sich die Anwendung der ACT auch bei Menschen mit einer Beeinträchtigung als wirksam erwiesen hat (vgl. Hayes/Lillis 2013: 142).

Retzlaff (2019: 227f) weist explizit darauf hin, dass das Annehmen und Akzeptieren der Beeinträchtigung ein wichtiger Prozess ist. Genau hier sieht die Autorin eine Stärke der ACT.

Die Idee von der ACT, bisherige Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien die nicht funktioniert haben, aufzugeben, ist hier nützlich. Es geht darum, ungewolltes inneres Erleben zu akzeptieren, statt es zu bekämpfen. Familien lernen, dass die Kontrolle und Vermeidung ihrer Gefühle und Ängste in der Vergangenheit nicht wirklich funktioniert haben. Mit dem ACT Ansatz lernen sie, was sie verändern können und was nicht. Das ist wichtig, weil ansonsten zu viel Energie verbraucht wird, um Sachen, die nur schwer zu verändern sind, wie z.B. Gedanken und Gefühle oder auch die Beeinträchtigung verändern zu wollen. Der Fokus sollte auf das Veränderbare gerichtet werden und das wäre das Verhalten (vgl. Eifert 2011: 40-45). Durch die Förderung der Achtsamkeit kann die Akzeptanz für die schwierigen Gefühle hergestellt werden. Die Achtsamkeit wird mit Achtsamkeitsübungen gefördert. Die ACT kann die Familie dabei unterstützen, die Ängste, Schuldgefühle und andere aversive Emotionen und Kognitionen zuzulassen und anzunehmen, ohne zu versuchen, sie zu beseitigen oder zu verändern. Akzeptieren bedeutet offen zu sein fürs Erleben. Es heisst nicht, dass die Familien

das Erleben der Ängste und Schuldgefühle bejahen müssen. Akzeptieren hat hier viel mit Gegenwartsorientierung und Mitgefühl und Güte dem eigenen Erleben gegenüber zu tun. Durch die Anwendung der neuen radikalen Strategien, das Akzeptieren und Loslassen, werden neue Möglichkeiten und Freiräume eröffnet. (vgl. Eifert: 2011: 54-58).

Somit wird ersichtlich, dass die Stärke von der ACT bei Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung vor allem das Annehmen und Akzeptieren der nur schwer veränderbaren Emotionen ist.

## **4. Die Anwendung des SLOA und der ACT bei Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung**

Im vorigen Kapitel wurden der SLOA sowie die ACT ausführlich erläutert. In diesem Kapitel werden diese zwei Ansätze nun miteinander verglichen in dem die Gemeinsamkeiten und Unterschiede ausgearbeitet werden. Möglichkeiten und Grenzen werden ebenfalls beleuchtet. Mit dem Fokus auf die Anwendung bei Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung werden die beiden Ansätze kombiniert. Abschliessend wird aufgezeigt, wie und wo eine Anknüpfung der beiden Ansätze am Modell nach Rolland möglich und sinnvoll sein kann.

### **4.1. Der SLOA und die ACT Kernelemente im Vergleich**

Folgend werden nun die beiden Ansätze miteinander verglichen. Zuerst werden Gemeinsamkeiten ausgearbeitet und in einem weiteren Schritt Unterschiede aufgezeigt.

#### **4.1.1 Gemeinsamkeiten**

De Shazer und Dolan (2008: 22) weisen darauf hin, dass der SLOA auch Wurzeln im buddhistischen Denken habe. Achtsamkeit, ein sehr wichtiges Merkmal von ACT, findet sich ebenfalls im Buddhismus wieder (vgl. Hayes/Lilliy 2013: 105).

Für den SLOA ist der Konstruktivismus existenziell. Es gibt keine wirkliche Wahrheit, sondern jeder Mensch konstruiert sich seine eigene Wirklichkeit. Diese Annahme eröffnet in der Beratung die Möglichkeit, dass diese Konstruktionen mit Fragen umkonstruiert werden können (vgl. Bamberger 2007: 12). Auch die ACT hat durch die Bezugsrahmentheorie eine konstruktivistische Sichtweise. Gerade in der kognitiven Fusion spielt dies eine grosse Rolle. Da wird Sprache immer mehr zu Wirklichkeit und Gedanken können zu Wirklichkeiten werden, welche dann gewichtiger werden können als die unmittelbare Erfahrung (vgl. Böser 2018: 160).

Der ACT- sowie der SLOA Ansatz sind beide störungsunspezifische Ansätze. In der systemischen Therapie werden Diagnosen primär als soziales Konstrukt verstanden und nicht als eine objektive Beschreibung einer Person. Die ACT und der SLOA brauchen keine Diagnosen für die Behandlung der Klientel (vgl. Retzlaff 2019: 22, vgl. Böser 2018: 159).

Der Fokus bei der ACT liegt nicht darauf, psychische Belastung zu verringern, sondern Veränderungen in Gang zu setzen, die einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der ratsuchenden Personen haben (vgl. Eifer 2011: 90). Auch hier besteht eine grosse Überschneidung zu dem SLOA, denn eine lösungsorientierte Maxime lautet: «Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren!» (Bamberger 2005: 29) Im SLOA geht man davon aus, dass die Lösung nicht im Zusammenhang mit dem Problem stehen muss (vgl. Bamberger 2005: 27). Auch sehen Fachpersonen beider Richtungen Probleme und Leiden als etwas Normales, etwas zum

Leben Dazugehöriges (vgl. Bamberger 2017: 33, vgl. Böser 2018: 159). Die ACT sowie der SLOA sind u.a. aufgrund ihrer Ressourcenorientierung positive Ansätze (vgl. Eifert 2011: 90, vgl. Bamberger 2005: 36).

Weitere Gemeinsamkeiten bestehen in der Haltung. Die ratsuchende Person wird als Expertin, resp. als Experte ihres/ seines Lebens angesehen (vgl. Eifert 2011: 35, vgl. Steiner/Berg 2006: 33). Es wird auf die Erfahrungen der Klientel zurückgegriffen, um z.B. zu schauen, welches Verhalten oder Strategien in der Vergangenheit gut funktioniert haben. In beiden Ansätzen stehen die ratsuchende Person und die beratende Person auf der gleichen Ebene. Die Gestaltung des Beratungs- oder Therapieprozess liegt in den Händen der beratenden Person. (vgl. Eifert 2011: 35f, vgl. Bamberger 2005: 38). Wertschätzung und Wohlwollen gegenüber der Klientel, aber auch gegenüber sich selbst, sind wichtige Qualitäten, welche die beratende Person praktizieren sollte und bei der ratsuchenden Person zu fördern versucht (vgl. Eifert 2011: 34f, vgl. Bamberger 2005: 140f). In beiden Ansätzen wird auf die Unterscheidung von Beobachtungen, Erklärungen und Bewertungen grossen Wert gelegt (vgl. Böser 2018: 160). Auch bei den Techniken gibt es mehrere Überschneidungen bzw. Ähnlichkeiten. In der ACT werden sehr oft Metaphern angewendet, um aus einer neuen Perspektive heraus Kontakt zum eigenen Erleben aufnehmen zu können (vgl. Eifert 2011: 37). Auch in der systemisch-lösungsorientierten Beratung wird mit Metaphern gearbeitet, um über Lösungen zu sprechen (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 173f). Die Wunderfrage, welche eine zentrale Technik im SLOA darstellt, wird auch in der ACT in einer vereinfachten Version angewendet. In der ACT wird diese Frage vor allem dann angewendet, wenn es darum geht, die Fokussierung auf ein lebenszielorientiertes Leben zu lenken. Die Therapeutin oder der Therapeut kann zum Beispiel danach fragen, was sich am Verhalten der ratsuchenden Person ändern würde, wenn er/sie mit einem Schwenken des Zauberstabs z.B. die Schamgefühle, die Ängste, usw. verschwinden lassen könnte (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 30f, vgl. Eifert 2011: 28).

Beiden Ansätzen ist eine Fokussierung auf das Handeln und das Verhalten eigen. Für die ACT ist die Übersetzung von Werten in das alltägliche Leben ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Es wird angenommen, dass Menschen zufriedener sind, wenn sie nach ihren Werten handeln können (vgl. Böser 2018: 163). Beim SLOA zielen viele Fragen und Interventionen auf das Verhalten der Klientel, z.B.: «machen Sie mehr davon, was funktioniert.» Dadurch wird der Klient, die Klientin zu einer aktiv handelnden Person (vgl. Bamberger 2005: 77f).

Beide Ansätze haben die nicht die Intention, ein Thema durchzuarbeiten. Vielmehr geht es darum, Neues anzustossen und/oder um das Begleiten der ersten Schritte hin zu Neuem.

Nicht die explizite Beseitigung des Problems ist das Ziel, sondern, die Klientel in ihren Fertigkeiten zu stärken, um den Herausforderungen besser gerecht zu werden (vgl. Böser 2018: 164, vgl. Bamberger 2005: 39-45).

Wichtig in beiden Ansätzen ist die Arbeit mit konkreten und erreichbaren kleinen Zielen. Bei der ACT werden die Ziele als einzelne Schritte (Handlungen) angesehen, um den Werten näher zu kommen (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 30, vgl. Eifert 2011: 75f).

#### **4.1.2 Unterschiede**

Die beiden Ansätze stammen von zwei sehr unterschiedlichen Therapierichtungen ab. Der SLOA hat seine Wurzeln in den systemisch basierten Familientherapien der 50er und 60er und ist geprägt von der Arbeit von Milton H. Erickson. Der Ansatz wird als systemische Therapie klassifiziert (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 25). Die ACT findet ihren Ursprung in der Verhaltenstherapie, insbesondere in der kognitiven Verhaltenstherapie. Jedoch wird bei der ACT der Fokus anstelle von Kontrolle und Veränderung des inneren Erlebens, auf Achtsamkeit, Akzeptanz und persönliche Werthaltungen gerichtet (vgl. Eifert 2011: 5).

In der ACT wird die ratsuchende Person oft angeleitet, wenn es um die Durchführung der unterschiedlichen Achtsamkeitsübungen geht (vgl. Eifert 2011: 54f). Wobei anzumerken ist, dass die traditionelle KVT mit ihren Manualen, viel mehr verschreibende und direktive Momente hat als die ACT (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 225). Der SLOA hingegen verzichtet bewusst darauf, den Klienten, den Klientinnen etwas zu lehren oder zu verschreiben. Ein wichtiges Prinzip des SLOA ist, dass die ratsuchende Person die Ziele und ihren Weg zum Ziel selbstständig wählt.

Ein Unterschied liegt auch in der gewählten Fokussierung. Beim SLOA ist der Fokus auf die Zukunft gerichtet. Denn für den SLOA kann die Ursache des Problems in der Vergangenheit sein, die Lösung liegt aber bestimmt in der Zukunft (vgl. Bamberger 2005: 29). Fragen, die mit SLOA beratende Personen stellen, sind meist auf die Zukunft gerichtet (vgl. Bamberger 2005: 28). Die ACT hat ihren Fokus auf der Gegenwart. Dies zieht sich durch den ganzen Verlauf der Therapie. Was zählt ist das Hier-und-Jetzt, denn die Zukunft ist noch nicht da und die Vergangenheit ist nicht mehr zu ändern. Die Gegenwart hingegen kann aktiv gestaltet werden (vgl. Eifert 2011: 21f).

In der SLOA geht es darum, Klienten und Klientinnen darin zu unterstützen, dysfunktionale Gedanken zu erkennen und diese zu reframe (umdeuten). Die ACT geht hier weiter. Für sie geht es nicht darum, den Gedanken zu bewerten, sondern ihn als Gedanke zu bemerken (Defusion) und nicht als Aussage über eine Wirklichkeit zu sehen. Den Gedanken als Gedanken zu erkennen, ergibt die Möglichkeit das System Gedanke und somit auch das System Sprache anders zu beobachten. Dieser Perspektivenwechsel ergibt neue Handlungsoptionen (vgl. Böser 2016: 10).

Einen weiteren Unterschied gibt es beim Umgang mit den Emotionen. Die explizite Auseinandersetzung mit den Emotionen findet beim SLOA nicht statt. Vielmehr wird auf das Verhalten der Klientel fokussiert. Gefühle dürfen in der Beratung durchaus Platz einnehmen, wenn dies für die Klientel hilfreich ist. Jedoch wird die mit SLOA beratende Person das Gespräch über Gefühle nicht fördern (de Shazer/Dolan 2008: 217). In der ACT spielen Emotionen eine grosse Rolle, es wird daran gearbeitet, schwierigen Emotionen zu akzeptieren und anzunehmen, ohne sie verändern zu wollen (vgl. Eifert 2011: 16).

#### **4.1.3 Möglichkeiten und Grenzen**

De Shazer und Dolan (2008: 255) vertreten die Haltung, dass man Techniken aus anderen Ansätzen gut mit dem SLOA verknüpfen kann und dies eine grosse Bereicherung darstellen kann. Es wird aber darauf hingewiesen, dass Techniken, die vom Therapeuten resp. der Therapeutin eine direktive Haltung abverlangen, ihn/ sie als Experten bzw. Expertin wirken lassen oder der ratsuchenden Person die Richtung der Therapie vorschreiben, nicht kompatibel sind mit den Prinzipien des SLOA und deshalb nicht angewendet werden sollen.

Das bei der ACT mögliche direktive Vorgehen, wenn der Therapeut die Therapeutin z.B. Achtsamkeitsübungen verschreibt, könnte der Arbeitsweise vom SLOA widersprechen, weil dies als Anweisung geben oder als Ratschläge erteilen, verstanden werden könnte. Gemäss de Shazer und Dolan (2008: 219) können aber auch systemisch- lösungsorientierte Beratende Vorschläge machen. Wichtig ist aber, dass diese Vorschläge als Alternative angeboten werden, welche die ratsuchende Person annehmen oder verwerfen kann. Es besteht eine Wahlmöglichkeit. Auch kann sich der Therapeut bzw. die Therapeutin von dem Vorschlag distanzieren, indem der Vorschlag einer anderen Person zu geschrieben wird: «Eine andere Klientin, anderer Klient hat einmal unter diesen Umständen einen Kurs besucht. Kommt ihnen das sinnvoll vor?» Auch könnten solche Übungen als Experiment mit offenem Ausgang vermittelt werden. (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 36f). Wenn also der ratsuchenden Person eine Achtsamkeitsübung als Vorschlag oder Experiment angeboten wird und die Person wählen kann, ob sie diese umzusetzen möchte oder nicht, sieht die Autorin keinen Grund, dass dies nicht mit dem SLOA kompatibel sein sollte.

Eine Schwierigkeit oder Verunsicherung könnte bei der Fokussierung der Zeit sein. So richtet sich der Blick beim SLOA meistens auf die Zukunft (vgl. Bamberger 2005: 29). Bei der ACT ist das Hier und Jetzt im Fokus (vgl. Eifert 2011: 21). Eine klare Kommunikation der Fachperson, worauf der Fokus gerichtet werden soll, wenn beide Methoden kombiniert werden, kann hilfreich sein, um Verunsicherungen zu verhindern.

Ansonsten sieht die Autorin keine unüberwindbaren Schwierigkeiten, weshalb eine systemisch-lösungsorientierte Fachperson Techniken der ACT nicht anwenden könnte, um dadurch ihr Methodenrepertoire zu erweitern.

Der ACT Ansatz wird explizit als ein integrativer und positiver Ansatz gewertet (vgl. Eifert 2011: 90) Auch ACT Therapeuten und Therapeutinnen können durch die Techniken des SLOA ihren Ansatz erweitern.

#### **4.2 Verknüpfung des SLOA und der ACT für die Arbeit mit Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung**

Wie oben aufgeführt, gibt es sehr viele Überschneidungen der beiden Ansätze. Die Verknüpfung kann für die Fachpersonen sowie für die ratsuchenden Personen gewinnbringend sein. Die Autorin sieht in der Verknüpfung der Ansätze bei der Arbeit mit betroffenen Familien eine erweiterte Sichtweise und neue Handlungsoptionen für die systemisch-lösungsorientierte Beratende.

Die systemisch-lösungsorientierte Beratung mit ihrem Ziel der Identifizierung und Aktivierung der persönlichen Ressourcen, damit die Herausforderungen bewältigt werden können, ist für die Arbeit mit betroffenen Familien prädestiniert (vgl. Retzlaff 2019: 16). Mit der Grundhaltung und den Interventionen des SLOA - Klienten, Klientinnen werden als Experten/ Expertinnen des eigenen Lebens gesehen, Erfolge werden durch Komplimente intensiviert und der Fokussierung auf Ausnahmen - werden Familien gestärkt (Berg 2010: 67f). Somit ist der Ansatz sehr geeignet, die Familien bei ihren Herausforderungen und Anpassungsleistungen an die Beeinträchtigung zu unterstützen.

Der Ansatz mit seiner Fokussierung auf Ressourcen und Veränderungen kann jedoch an einem gewissen Punkt bei einer Familie mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung auch an seine Grenzen stossen. Die Familie und das Kind müssen einen Weg finden, mit diesen Beeinträchtigungen und deren Folgen über eine lange Zeit zu leben. Die Beeinträchtigung des Kindes lässt sich durch die Interventionen nicht auflösen (vgl. Retzlaff 2019: 16). Der Umgang mit der Trauer, den Schuldgefühlen und Ängsten können daher in der Beratung grosse Bedeutung erlangen.

Die ACT ist, wie der SLOA, handlungsorientiert, verfügt aber zusätzlich über Techniken, um die Klienten und Klientinnen in diesen Themen zu unterstützen und zu stärken (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 217, vgl. Eifert 2011: 16). Mit den Strategien des Annehmens und Akzeptieren von nur schwer oder nicht veränderbaren Emotionen und Kognitionen, bietet die ACT den Familien eine Möglichkeit, einen Umgang damit zu finden. Achtsamkeitsübungen, die in unterschiedlichen Situationen eingesetzt werden können, sind das Werkzeug dafür. Damit kann gelernt werden, im Hier-und-Jetzt zu sein und Gefühle als Gefühle wahrzunehmen und zuzulassen, ohne zu versuchen, sie zu verändern. Dies kann neue Möglichkeiten und Freiräume schaffen (vgl. Eifert 2011: 54-58).

Wie beim SLOA liegt auch bei der ACT einen Fokus auf dem, was verändert werden kann und dies ist das eigene Verhalten. Das werteorientierte Handeln kann sehr gewinnbringend sein für die Familie und es untermauert die Zielorientierung der SLOA. Es kann die Familie unterstützen, trotz der Beeinträchtigung ihr Leben zu leben, welches ihnen wichtig ist und ihren Werten entspricht (vgl. Böser 2018: 158).

Die konstruktivistische Grundhaltung der beiden Ansätze ist hilfreich, um nicht förderliche Glaubenssätze, Vorstellungen und Wirklichkeiten neu zu konstruieren. Hierfür haben beide Ansätze unterschiedliche Interventionen/ Fragetechniken, um neue Perspektiven und Realitäten zu gestalten. (vgl. Bamberger 2005: 11-13, vgl. Böser 2018: 158).

Zusammenfassend kann aus den vorangehenden Überlegungen Folgendes festgehalten werden: Mit den Methoden und Interventionen des SLOA können die Ressourcen einer Familie mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung aktiviert und ihre Wirklichkeiten können neu konstruiert werden. Mit ACT lernt die Familie, unangenehme Gedanken, Gefühle und Momente zu akzeptieren, so dass das engagierte lebenszielorientiertes Handeln gefördert werden kann. Nachfolgend wird aufgezeigt, wie eine Anwendung dieser beiden Ansätze unter Einbezug des Modells von Rolland konkret aussehen könnte.

### **4.3 Anknüpfung des SLOA und der ACT an das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit**

Anhand von ausgewählten Faktoren der drei Entwicklungslinien (Art der Krankheit oder Behinderung, die individuellen, familiären und krankheitsbezogenen Lebenszyklen und Familienstrukturen, die familiären Grundüberzeugungen sowie ethische und kulturelle Zugehörigkeiten), die durch das Modell von Rolland führen, wird nun folgend aufgezeigt, wie eine Anknüpfung der beiden Ansätze aussehen könnte, mit dem Ziel, dass die Anpassungsleistungen an die kognitive Beeinträchtigung bei Familien gelingen können.

#### *Art der Krankheit und Behinderung*

In diese Linie fällt die Zeit der akuten Anpassungsphase. Dabei wird die Diagnosestellung als ein existenzieller Einschnitt in das Familienleben beschrieben, welcher eine sehr grosse Anpassungsleistung erfordert. Krisen mit Trauer, Schuldgefühlen, Unsicherheit und Ängsten sind in dieser Phase dominant. Es muss gelernt werden, mit den Gefühlen von Unsicherheit, Trauer, Einsamkeit, usw. umgehen zu können und die Beeinträchtigung zu akzeptieren (vgl. Retzlaff 2019: 182).

Der Übergang von der akuten in die chronische Phase wird ebenfalls als eine grosse Herausforderung erlebt. Hier muss sich die Familie eine Neubewertung der gesamten Lebenssituation erarbeiten (vgl. Rolland 2000: 72). Bei Kindern mit kognitiver Beeinträchtigung kann diese

Phase bis zum Ende des Lebens dauern. Eine Herausforderung besteht hier auch durch die Stigmatisierung der Beeinträchtigung und durch ablehnende Reaktionen der sozialen Umwelt (vgl. Retzlaff 2019: 182).

Der Verlauf der Krankheit spielt, bezüglich der Anforderungen mit welchen die Familie konfrontiert wird, ebenfalls eine Rolle. Bei Beeinträchtigungen wie z.B. Trisomie 21 oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen ist der Verlauf dauerhaft und konstant. Die daraus entstehenden Betreuungs- und Überwachungsaufgaben durch Familienmitglieder führen zu hoher Belastung und zu Erschöpfungszuständen (vgl. Walter 2020: 205).

Unterstützend für die erforderlichen Anpassungsleistungen und Anforderungen in der Akutphase, ist der Erwerb von relevantem Wissen über die Beeinträchtigung, über Ursachen, Verlauf und Therapieformen. Auch die Sicherstellung von Entlastungs- und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten wird als sehr wichtig angesehen (vgl. Retzlaff 2019: 182). Dies soll in der Beratung bereitgestellt werden. Eine systemische Standortintervention besteht darin, Wissen bereitzustellen und damit die Handlungsoptionen der Klienten und Klientinnen zu erweitern. Hier kann die psychosoziale Typologie von Rolland (Art der Krankheit und Behinderung) mit den Familien eingehend besprochen werden. Weiter können das Auftreten und der Verlauf der kognitiven Beeinträchtigung und die Anforderungen, welche dies mitbringt erörtert werden (vgl. Retzlaff 2019: 189). In diesem Bereich kann der SLOA mit der Ressourcenorientierung die Familie unterstützen, die akute Krise zu bewältigen und das Gefühl von Handlungsfähigkeit wieder zurückzugewinnen (vgl. Retzlaff 2019: 187f). Eine wichtige Anpassungsleistung in der ersten Anpassungsphase ist die Mobilisierung der Unterstützung innerhalb der Familie. Eine gelungene Aufgabenteilung und die Anpassung der Familienstruktur an die neue Situation, sind wichtige Massnahme um die Familie zu stärken und Überforderungen zu verhindern. Oftmals sind die Abläufe rund um die Beeinträchtigung von Routinen der anderen Familienmitglieder oder Routinen, die es ohne Beeinträchtigung geben würde, geprägt. Hier kann die Ausarbeitung eines positiven Rituals, z.B. ein Zubettgeh-Ritual, förderlich für die ganze Situation sein (vgl. Retzlaff 2019: 187).

Wichtig ist, dass Gefühle von Trauer, Verlorenheit, Scham- und Schuld Platz haben dürfen. Es kann hilfreich sein, wenn aufgezeigt wird, dass solche Gefühle von Stress und Überlastung nicht ein persönliches Versagen darstellen, sondern eine häufige und nachvollziehbare Reaktion einer Extremsituation sind (vgl. Retzlaff 2019: 191). Zu diesem Zeitpunkt können Interventionen von ACT miteinbezogen werden. Achtsamkeitsübungen können die Familie unterstützen, einen Umgang mit den Gefühlen zu erlangen. Es soll nicht darum gehen, diese zu vermeiden, sondern bewusst wahrzunehmen, zuzulassen und nicht zu verändern wollen (vgl. Eifert 2011: 54-58).

### *Familiäre und krankheitsbezogene Lebenszyklen und Familienstrukturen*

Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung müssen die Familienstruktur, die Rollenmuster sowie die Lebensziele flexibel anpassen. Entwicklungsbedürfnisse, Wünsche oder Ideen von Geschwistern und anderen Familienangehörigen müssen manchmal zurückgestellt werden (vgl. Retzlaff 2019: 50). Eine grosse Belastung kann die andauernde Pflege und Beaufsichtigung sein, die sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Kinder mit kognitiver Beeinträchtigung brauchen diese Unterstützung oftmals (vgl. Retzlaff 2019: 51).

Es ist sinnvoll, das Modell der Lebenszyklen der einzelnen Familienmitglieder in der Beratung miteinzubeziehen. Die Beeinträchtigung des Kindes hat grossen Einfluss auf die Lebensziele, die Lebensstruktur und somit auch auf die aktuelle Lebenszyklusphase (vgl. Rolland 2000, in Walter 2020: 209). Hier wird die Wichtigkeit betont, dass die Entwicklungsaufgaben, die durch die Beeinträchtigung gestellt werden, nicht die Entwicklung einzelner Familienmitglieder oder der gesamten Familie gefährden oder sogar stoppen sollten (vgl. Rolland 2000: 89).

Als kritische Punkte in Lebenszyklen der Kinder werden Vorschulalter, die Zeit des Schuleintrittes, die beginnende Adoleszenz und die Erreichung des Erwachsenenalters genannt. Die wachsende Diskrepanz der Entwicklung des Kindes mit der Beeinträchtigung mit den schnelleren Fortschritten der gleichaltrigen Kinder, wird oft als sehr schmerzhaft erlebt. Gerade bei der Einschulung werden die Eltern mit den bleibenden Einschränkungen konfrontiert (vgl. Retzlaff 2019: 51). In einem bestimmten Alter bemerken die betroffenen Kinder oder Jugendlichen, dass sie nicht die gleichen Möglichkeiten wie ihre Geschwister haben. Hier ist wichtig, dass die eigene Identität nicht primär an der kognitiven Beeinträchtigung festzumachen ist, sondern nur einen Teilaspekt ausmacht (vgl. Retzlaff 2019: 244). Im frühen Erwachsenenalter kann die Auseinandersetzung mit dem Thema Wohnen, ob dies nun in einer Einrichtung oder weiter bei den Eltern sein soll, sehr herausfordernd sein. Der Loslösungsprozess, welcher meist aktiv von Eltern angegangen werden muss, verlangt von ihnen aktive Schritte, damit die Autonomie des Kindes gelingen kann. Dies bedingt aber auch, dass die Eltern Kontrolle abgeben müssen (vgl. Retzlaff 2019: 245).

Für den Umgang mit den kritischen Punkten in Lebenszyklen, bei denen gehäuft Krisen auftreten, soll das Beratungsangebot gezielt Unterstützung zur Bewältigung der allfallenden Herausforderungen bieten. Dies kann mit zukunftsorientierten hypothetischen Fragen des SLOA erfolgen. Dadurch kann die Auseinandersetzung mit denkbaren Szenarien ermöglicht werden (vgl. Retzlaff 2019: 207).

Es kann wertvoll sein, dass tendenziell ungünstige Muster, welche für eine gewisse Zeit notwendig gewesen sind, hinterfragt werden. Das kann z.B. sein, dass die Geschwister zu viel übernehmen müssen oder dass Unterstützungsangebote von aussen abgelehnt werden. Hier

können mit zirkulären Fragen Unterschiede zwischen den Familienmitgliedern herausgearbeitet werden (vgl. Retzlaff 2019: 213). Anstelle von Konfrontationen soll hier mit passenden offenen Fragen gearbeitet werden (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 28).

Die Bedürfnisse des Kindes mit der Beeinträchtigung und die Interessen und Bedürfnisse der anderen Familienangehörigen müssen in eine Balance gebracht werden. Gewohnte Abläufe, Feiertrage und Rituale sollten, falls abhandengekommen, wieder eingeführt werden. Es soll verhindert werden, dass die Beeinträchtigung des Kindes für das Familienleben bestimmend wird. Wenn die Belastung zunimmt, können im Gegenzug Entlastungsangebote intensiviert und Ressourcen gesteigert werden. Damit können der Familie Wahlmöglichkeiten aufgezeigt werden. Nützliche Instrumente des SLOA sind hier zum Beispiel die Skalierungstechnik. Jedes Familienmitglied, welches malen oder schreiben kann, soll auf ein Blatt einen Kreis malen. Dann soll eingezeichnet werden, wieviel Energie in welchen Bereichen gerade verwendet wird. Folgende Bereiche werden genannt: für sich selbst, Familie, Beruf oder Schule, Partnerschaft, Beeinträchtigung von.... Auf ein zweites Bild soll dann das Wunschbild bezüglich der Einteilung der Energie gemalt werden. Danach werden die verschiedenen Bilder mit der Familie besprochen (vgl. Retzlaff 2019: 215f).

Das Einsetzen einer Externalisierung kann hier hilfreich sein. So können Familien gefragt werden, wer in der Familie der Chef ist, die Eltern, das Kind oder die Beeinträchtigung? Fragen wie, habt ihr Mitspracherecht oder macht sie oder er, was er/sie möchte? Dies ermöglicht einen anderen Zugang, um über Familienmuster und über die Rolle der Beeinträchtigung in der Familie zu sprechen (vgl. Retzlaff 2019: 216).

Durch die kognitive Beeinträchtigung des Kindes müssen sich Familienangehörige oftmals zurücknehmen. Lebensziele müssen angepasst werden. Das wertorientierte Handeln von der ACT kann hier hilfreich sein, damit Familienangehörige trotz Einschränkungen wieder die Kontrolle über ihr Handeln übernehmen können indem sie sich bewusst auf die selbst gesteckten Ziele fokussieren und auch danach handeln und indem sie ihr Verhalten kontrollieren, haben sie wieder Kontrolle und Gestaltungsmöglichkeit über ihr eigenes Leben.

Eine wertvolle SLOA Methode ist die Anerkennung der schwierigen Situation und das Entgegenbringen von Komplimenten. Dies stärkt die Familie in ihrem Handeln (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 28).

### *Familiäre Grundüberzeugungen und generationenübergreifende Muster*

Familiäre Grundüberzeugungen und generationenübergreifende Muster werden als ein sehr wichtiger Faktor gesehen, wie Familien die Beeinträchtigung eines Mitglieds in ihrem Leben einordnen und dem Geschehen einen Sinn geben (vgl. Walter 2020: 211f).

Auch die kulturell geprägte Überzeugung, was als normal und was als Abweichung gesehen wird, hat grossen Einfluss auf den Umgang mit der Situation. Gemäss Rolland (2000: 92) ist

ein flexibler Umgang mit dem Thema, «was normal ist», hilfreich. Die Glaubenssätze prägen die Art und Weise, wie mit dieser schwierigen Situation umgegangen wird. Positive Glaubenssätze können das familiäre Kohärenzgefühl<sup>3</sup> und somit die Familie stärken (vgl. Rolland 2000: 92).

Die familiären Erfahrungen mit Beeinträchtigungen und Krankheiten werden als generationsübergreifende Muster weitergegeben. Das können zum Beispiel Rollenmuster im Umgang mit einer Beeinträchtigung sein, Mythen oder Schuldzuschreibungen, wie zum Beispiel Versäumnisse von Eltern, aber auch positive Leitbilder. Solche Problemmuster und Lösungsstrategien für den Umgang mit Beeinträchtigung und Gesundheit können mit einem medizinischen Genogramm aufgezeigt werden. Dadurch können wiederkehrende Problemmuster, Ressourcen sowie Entwicklungsschritte visualisiert werden. Die familiären Überlieferungen über Krankheiten und Beeinträchtigungen sind dabei zentral, wie die Familie die existierenden Erfahrungen einordnet und daraus Handlungen ableiten kann. Dies geschieht in einem narrativen Kontext. Die Narrative, ob die Familie, die Herausforderungen gut oder weniger gut gemeistert hat, beeinflusst stark, ob die Familie ein Gefühl der Selbstkompetenz oder der Ohnmacht verinnerlicht hat (vgl. Retzlaff 2019: 56f). Hier kann mit der Wirklichkeitskonstruktion gearbeitet werden. Der Prozess der kognitiven Defusion der ACT kann hier nützlich sein, um dies aufzuweichen, indem nicht hilfreiche Kognitionen abgeschwächt werden. Sie lernen im Rahmen des Prozesses, die Gedanken und Gefühl der Ohnmacht mit Mitgefühl zu beobachten und sich dazu zu entscheiden, nicht hilfreiche Produkt des Verstandes, einfach als ein Gedanke sein zu lassen. Diese Fertigkeit kann mit Defusionsübungen geübt werden. Auch die Förderung des Beobachtenden-Selbst kann hier angewendet werden, um einen anderen Umgang damit zu erlangen. Die Familie soll erfahren, dass sie nicht diese Erfahrungen sind, sondern nur den Kontext für die Erfahrungen bereitstellen. Sie sind nicht ihre Gedanken, Gefühle und ihre Lebensgeschichten, sondern machen nur einen Teil von ihnen aus. Sie sollen eine Unterscheidung zwischen dem Prozess des Erlebens und dem Inhalt des Erlebens machen. Mit Metaphern und Übungen kann den Familien direktes Erleben der Beobachterperspektive ermöglicht werden.

Kulturelle Werte und Normen wirken auf die Familie und das betroffene Kind zurück. Eine erfolgreiche Bewältigung gelingt besser, wenn die Familie einen Bezugsrahmen hat, der das

---

<sup>3</sup> Aaron Antonovsky ist der Begründer des salutogenese Modells. Sein Modell ist systemisch und Krankheit und Gesundheit wird nicht als statische Zustände angesehen, sondern als eine veränderbares, durch verschiedene Faktoren regulierendes System betrachtet. Das zentrale Konstrukt ist das Kohärenzgefühl, was ein Grundgefühl, eine gewisse Orientierung des Menschen meint. Es ist eine Sicht der Welt, die beeinflusst wie sie wahrgenommen wird (vgl. Walter 2020: 200 f). Das familiäre Kohärenzgefühl beschreibt die gemeinsame Einschätzung der Gesamtsituation der Familie, kombiniert mit dem Gefühl der Handhabbarkeit, der Vorhersagbarkeit der Lebensereignisse und der Kontrolle über aktuelle und zukünftige Ereignisse (vgl. Walter 2020: 121).

Geschehen normalisiert und wenn eine realistische Einschätzung besteht, bezüglich der Faktoren, welche als solche akzeptiert werden müssen und welche verändert werden können. Kulturelle Normen, welche die Grenzen der Medizin akzeptieren, die Selbstwirksamkeit der Familie betonen und offen sind für verschiedene Behandlungsansätze, sind einem positiven Umgang mit der Beeinträchtigung förderlich. Glaubenssysteme werden nicht als statisch angesehen, sie wandeln sich und müssen immer wieder neu angepasst werden (vgl. Retzlaff 2019: 57-59). Somit kann die Arbeit mit den Glaubenssystemen eine wichtige Ressource für die Beratung darstellen. Hier zieht Rolland das familiäre Kohärenzgefühl von Antonovsky hinzu. Er beschreibt, dass positive Glaubenssätze das familiäre Kohärenzgefühl stärken (vgl. Rolland 2000: 92). Der SLOA bietet hier durch den ressourcen- und lösungsorientierten Fokus eine gute Grundlage. Die Ausgangslage, dass die Glaubenssätze nicht starr, sondern wandelbar sind, kann genutzt werden. Mit Fragetechniken, wie zirkulären Fragen oder Fragen zur Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktion können Glaubenssätze aufgeweicht werden (vgl. Schlippe/Schweitzer 2007: 137-147). In der Literatur wird beschrieben, dass es sinnvoll ist, offene Fragen zu beeinträchtigungsbezogenen Überzeugungen und Erwartungen zu stellen. Dadurch lernt man die Glaubenssätze der Familien kennen und kann dysfunktionale Haltungen, Grundüberzeugungen und Glaubenssysteme hinterfragen (vgl. Retzlaff 2019: 190).

Die Stärkung des Selbstwirksamkeitsgefühls kann die Familie bei der Schaffung von positiven Glaubenssätzen unterstützen. Dies kann zum Beispiel durch die Ausnahmefrage oder die Lösungsversuchsfrage geschehen. Dadurch kann eruiert werden, was die Familie bereits probiert haben, was funktioniert hat und was nicht. Sind erfolgreiche Lösungsstrategien darunter, so soll mehr von diesen gemacht werden (vgl. Retzlaff 2019: 208f.).

Auch die Förderung eines positiven Selbstbilds der Familie kann in diesem Prozess unterstützend wirken. Ein guter Zusammenhalt innerhalb der Familie und ein positives Wir-Gefühl sind förderlich, für einen positiven Umgang mit der Beeinträchtigung. In der Beratung kann dazu mit der Familie ihr Leitmotiv oder eine Familienhymne, welche die Stimmung oder die zentralen Glaubenssätze wiedergeben, ausgearbeitet werden (vgl. Retzlaff 2019: 220f.).

Auch kann die Gestaltung einer Familien-Collage einen Zugang zu den emotionalen Erfahrungen und Belastungen ermöglichen. Die Collage gibt die Möglichkeit zu Externalisieren und eine Beobachterperspektive einzunehmen. Der Collage soll ein Titel gegeben werden. Anhand der Collage kann möglicherweise leichter über die Beeinträchtigung, die Zukunft und die Hindernisse gesprochen werden (vgl. Retzlaff 2019: 220f.).

Beim Umgang mit Schuldgefühlen oder anderen schwierigen Gefühlen, die lähmend und zermürend wirken können, können Methoden der ACT unterstützend sein. Schuldgefühle auszureden ist nicht zweckmässig. Es muss einen Umgang gefunden werden, die Gefühle anzu-

nehmen, auszuhalten und zu akzeptieren und zu versuchen, ihnen keine besondere Bedeutung zuzuschreiben (vgl. Retzlaff 2019: 192f). Hier können die Achtsamkeitsübungen von der ACT helfen, diesen Umgang mit Gefühlen zu fördern und eine Akzeptanz zu entwickeln. Auch kann die ACT hilfreich sein, die Beeinträchtigung und die damit verbundenen Einschränkungen zu akzeptieren. Die Einsicht in die Begrenzung der eigenen Einflussmöglichkeit ist ein wichtiger Schritt hierfür (vgl. Eifert 2010: 75f). Durch die Akzeptanz der Anteile, die nicht verändert werden können, ergibt sich für die ganze Familie die Möglichkeit, die Situation neu zu beurteilen und den Blick in die Zukunft zu richten. Dazu kann das werteorientierte Handeln nach der ACT hilfreich sein.

## 5. Schlussbetrachtung/ Fazit

In diesem Kapitel wird die zentrale Fragestellung beantwortet. Danach werden daraus resultierenden Schlussfolgerungen für die Praxis abgeleitet. Abschliessend folgt eine kritische Würdigung der Arbeit.

### 5.1 Beantwortung der Fragestellung

Diese Arbeit hat die Beantwortung folgender Fragestellung verfolgt:

- Wie gelingt in der Beratung durch Einbezug des systemisch-lösungsorientierten Ansatzes und der Akzeptanz- und Commitment-Therapie die Stärkung von Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung?

Wie jeder Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung einzigartig ist, so anders und speziell ist jede einzelne Familie. Einigen Familien gelingt es leicht, die geforderten Anpassungsleistungen zu meistern, andere hingegen, haben grosse Mühe damit. Es darf nicht unhinterfragt davon ausgegangen werden, dass jede Familie mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung emotional bedürftig ist und auf Beratung oder Therapie angewiesen ist. Kinder mit kognitiver Beeinträchtigung sind öfters stärker beeinträchtigt als Kinder mit einer körperlichen Einschränkung (BfS: 2019: 2).

Betroffene Familien sind gestärkt, wenn sie in der Lage sind, die Anpassungsleistungen und Anforderungen, die die Beeinträchtigung mit sich bringt zu meistern und dadurch die Lebenssituation der Familien günstig beeinflusst wird.

Mit Hilfe des Modells der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit von Rolland steht der beratenden Person ein Instrument zur Verfügung, um die möglichen Anforderungen an die Familie, aufgrund der Beeinträchtigung, zu eruieren. Die drei Entwicklungslinien: Art der Krankheit oder Behinderung, die individuellen, familiären und krankheitsbezogenen Lebenszyklen und Familienstrukturen, die familiären Grundüberzeugungen sowie ethische und kulturelle Zugehörigkeiten, geben unterschiedliche Anknüpfungspunkte für die Beratung. Als die für die Beratung relevanteste Entwicklungslinie, sieht die Autorin die letztere. Die familiären Glaubenssysteme können als weiche Wirklichkeitskonstruktionen gesehen werden und die Beratung kann hier gut anknüpfen und Veränderungen anstossen (vgl. Retzlaff 2019: 17f). Aber auch bei den zwei anderen Entwicklungslinien werden Anforderungen und Faktoren aufgezeigt, wie z.B. die Familienstrukturen, wo die Beratung den Familien konkrete Angebote machen kann, um die Herausforderungen besser meistern zu können.

Die Arbeit zeigt, dass der SLOA mit seiner Ressourcenorientierung dafür prädestiniert ist, die betroffenen Familien zu stärken. Er weist viele unterschiedliche und kreative Techniken

auf, die gewinnbringend für eine erfolgreiche Anpassungsleistung sein können. Die Stärken im Ansatz für die Beratung der Familien sieht die Autorin in der Aktivierung der Ressourcen und in den kreativen Techniken, welche Beratung für die ganze Familie einfacher zugänglich macht. Auch die konstruktivistische Grundhaltung und die dazugehörigen Techniken, um «Wirklichkeiten» zu verstören und Neue zu kreieren, muss als hilfreich hervorgehoben werden. Den Blick auf das Positive und auf das was bereits gut funktioniert zu richten sowie die Wertschätzung und Komplimente für bisher Erreichtes durch die Beratenden, kann Familien in ihrer Selbstwirksamkeit stärken und unterstützen, um die Herausforderung und Anpassungsleistungen zu meistern.

Um einen Weg zu finden, um mit der Beeinträchtigung leben zu können, kann die ACT wichtige Unterstützung bieten. Lernen, welche Gegebenheiten verändert werden können oder auf welche nur erschwert oder kein Einfluss genommen werden kann, ist hilfreich, um die Energie an entsprechenden Orten einsetzen zu können. Im Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronischer Krankheit wird sehr oft auf die Gefühle wie Schuld, Scham und Wut hingewiesen, mit denen betroffene Familienangehörige konfrontiert sind (vgl. Rolland 2000, nach Walter 2020: 206f). Die Stärke der ACT bei der Beratung von den Familien ist, dass sie über Techniken verfügt, die Familien dabei zu unterstützen diese Gefühle anzunehmen und zu akzeptieren. Dadurch kann ein anderer Umgang damit gefunden werden. Die erlernten Achtsamkeitsübungen können in unterschiedlichen Situationen im Leben hilfreich sein. Mit der Defusionstechnik können nicht förderliche Glaubenssätze, Vorstellungen oder problematische Denkgewohnheiten bzgl. der Beeinträchtigung geschwächt werden. Dadurch kann es der Klientel gelingen, sich nicht mehr von ihren negativen Bewertungen, Geschichten und Gedanken tyrannisieren zu lassen. Auch die Werteorientierung, die bei der ACT eine grosse Bedeutung hat, kann Familienangehörigen eine neue Perspektive aufzeigen hin zu einer positiven Lebensgestaltung mit einem beeinträchtigten Familienmitglied.

Die Ausführungen zeigen, dass die beiden Ansätzen viele geeignete Techniken mitbringen und sich gut ergänzen, um Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung zu stärken. Die konkrete Anknüpfungsmöglichkeiten und mögliche Interventionen sind im Kapitel 4.3 beschrieben.

## **5.2 Bedeutung für die Beratung/ für die eigene Praxis**

Durch die Arbeit wird ersichtlich, dass das Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit, der beratenden Person eine sehr gute Orientierungshilfe sein kann. Es zeigt auf, mit welchen psychosozialen Anforderungen die Familien konfrontiert sein können und ermöglicht der beratenden Person einen Zugang zu den möglichen Herausforderungen.

Die Autorin sieht in der Verknüpfung der beiden Ansätze bzw. durch den Einbezug der Techniken der ACT in die systemisch-lösungsorientierte Beratung eine grosse Chance. Die Techniken der ACT, zum Beispiel die ausgeschmückten Metaphern oder auch die Achtsamkeitsübungen bereichern den SLOA. Die systemisch-lösungsorientierte Fachperson erhält dadurch ein Repertoire von neuen Möglichkeiten, die Klienten und Klientinnen im Umgang mit schwierigen Emotionen zu unterstützen. Die gelernten Achtsamkeitsübungen können die Klientel aber auch die beratende Person in andere Bereiche des Lebens adaptieren.

Die Arbeit zeigt, dass sich diese zwei Ansätze sehr gut miteinander verknüpfen lassen. Die Vermutung liegt auf der Hand, dass dieses Duo in unterschiedlichen Beratungskontexten zielführend sein und einen Mehrwert darstellen kann.

Für eine Anwendung der ACT Techniken ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Ansatz notwendig. Es wird beschrieben, dass die beratende Person, für eine erfolgsversprechende Anwendung mit der ACT Haltung vertraut sein muss und diese auch vorleben sollte (vgl. Eifert 2010: 36). Hier rät die Autorin zu einem Besuch einer entsprechenden Weiterbildung oder zumindest zur Durcharbeitung von entsprechender Literatur.

Die Fokussierung dieser Arbeit auf die Arbeit mit Familien mit einem Kind mit kognitiver Beeinträchtigung, hat die Autorin auf die Herausforderungen und Anforderungen der betroffenen Familien sensibilisiert. Es zeigt ihr auf, dass diese im Vergleich zu körperlichen Beeinträchtigungen enorm sein können. Stigmatisierung und die Reaktion der Umwelt kommen bei den betroffenen Familien zusätzlich belastend hinzu. Auch sind Kinder, die eine kognitive Beeinträchtigung haben, oft das ganze Leben auf Unterstützung angewiesen.

Wichtig für die beratende Person ist das Bewusstsein, dass sie aktiv beteiligt ist, wie die Beeinträchtigung erlebt wird, denn durch den Akt der Benennung und Versprachlichung wird die Beeinträchtigung zu einer sozialen Konstruktion. Die Fachpersonen konstruieren das Phänomen mit, mit dem sie zu tun haben. Deshalb ist eine sensible Auftragsklärung wichtig, da nicht davon ausgegangen werden darf, dass jede betroffene Familien Mühe mit den Anpassungsleistungen hat (vgl. v. Schlippe in Retzlaff 2019: 11).

Viele Familienmitglieder haben ambivalente Gefühle und Erfahrungen in Bezug auf das Kind mit kognitiver Beeinträchtigung. Eine Beeinträchtigung kann Menschen und Familien auch dazu herausfordern, ungeahnte Stärken zu entwickeln. Es gibt zudem Familien, die die Beeinträchtigung als «Glück» bezeichnen. Sie beschreiben die Erfahrung als eine besondere Qualität. Im Alltag empfinden sie es beispielsweise in vielen Momente als Geschenk, lebendig zu sein oder nehmen die Beziehung zueinander intensiver wahr (vgl. v. Schlippe in Retzlaff 2019: 9f). Auch diese Möglichkeit ist wichtig in der Beratung mit zu berücksichtigen.

Die Beratung kann die ganze Familie, inklusive des betroffenen Kindes, aber auch nur einzelne Familienmitglieder in Anspruch nehmen. Zu berücksichtigen ist jeweils, dass die Techniken und Interventionen, entsprechend dem Kreis der Teilnehmenden, angepasst werden müssen.

Die Wissensvermittlung über Hinweise zu Entlastungsangeboten sowie finanzielle Ressourcenbeschaffung wird als ein sehr wichtiges Angebot benannt, damit Familien die Anpassungsleistungen an die Behinderung erfolgreich meistern können (vgl. Retzlaff 2019: 179). Dies wird im Beratungsangebot der Beratungsstelle der Autorin bereits angeboten. Es ist sicher sinnvoll, wenn das Fachwissen über Beeinträchtigungen und zu Angeboten der Behindertenhilfe an einem Ort angesiedelt sind. Auch eine Trennung der Beratung von Familien mit einem beeinträchtigten Kind und die Beratung bzgl. Behindertenhilfe wird von der Autorin, nach dem Verfassen dieser Arbeit, als wenig zielführend angesehen. Oft kann die Sachhilfe ein Tor dafür sein, dass Familien in einem weiteren Schritt psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen oder sich diese Themen in der Beratung auch überschneiden.

### **5.3 Kritische Würdigung**

Die Arbeit bezieht sich auf die Beratung der ganzen Familie. Explizit auf die Bedürfnisse und Anforderungen der betroffenen Kinder wurde, wenn überhaupt, nur ansatzweise eingegangen. In einer weiteren Arbeit könnte der Fokus auf die betroffenen Kinder gelegt werden. Es könnte beleuchtet werden, welche Anpassungen bei den Beratungsmethoden für Kinder mit einer (kognitiven) Beeinträchtigung notwendig wären. Ein weiteres Thema wäre die Stärkung von Kindern mit einer Beeinträchtigung, damit diese möglichst autonom leben können.

In der Arbeit wurden ausgewählte Punkte beleuchtet, wo und wie die Beratungsmethoden die betroffenen Familien unterstützen und stärken können. Wichtige Themen, unter anderem wie Geschwister gestärkt werden können, wäre in einer weiteren Arbeit zu vertiefen. Gemäss Retzlaff (2019: 218) kann es in Familien dazukommen, dass Geschwister von betroffenen Kindern zu kurz kommen. Für die Eltern kann sehr schwierig sein, sich ungeteilte Zeit für die «gesunden» Geschwister zu nehmen.

Das Thema Resilienz hat in der Arbeit keine Bedeutung erhalten. Die Autorin hat bewusst darauf verzichtet, da diesbezüglich bereits sehr viel Literatur vorhanden ist. Während des Schreibens wurde ihr aber bewusst, dass der Einbezug der Resilienztheorie durchaus hilfreich gewesen wäre. Dies hätte einen theoretischen Zugang zu dem Begriff Stärkung ermöglicht.

Je ein Beispiel einer Metapher und einer Achtsamkeitsübungen, welche ausführlich beschrieben werden, sind im Anhang der Arbeit zu finden. Es war der Autorin ein wichtiges Anliegen,

diesen ACT Ansatz umfassend zu beschreiben, weil die Grundlagen von der ACT bei systemisch- lösungsorientierten beratenden Personen noch wenig bekannt sind. Weitere Metaphern und Achtsamkeitsübungen sind in den verschiedenen Fachbüchern über die ACT oder im Internet zu finden (vgl. Böser 2016).

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine rein theoretische Arbeit. Eine entscheidende Erhebung wäre, wie die Nachfrage im betreffenden Kanton nach einem expliziten psychosozialen Beratungsangebot für Familien mit einem Kind mit einer kognitiven, aber auch anderen Beeinträchtigung ist. Anschliessend wäre die Ausarbeitung eines Beratungskonzepte nützlich, damit ein solches Angebot in der Praxis auch umgesetzt und etabliert werden kann.

Es gibt kaum deutschsprachige Literatur über die Verknüpfung der beiden Ansätze. Auch fehlt bisher konkrete deutschsprachige Literatur zur Anwendung des ACT Ansatzes bei Familien mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung. Die Arbeit kann als eine erste Annäherung in diesem Bereich betrachtet werden. Es besteht nicht der Anspruch, eine in sich abgeschlossene Bearbeitung dieses Themas erstellt zu haben. Vielmehr ist diese Arbeit als Gedankenexperiment mit möglichen Anschlusspunkten für die Praxis zu verstehen. Es soll systemisch-lösungsorientierte beratende Personen motivieren, ihren Beratungsansatz mit Techniken der ACT zu erweitern. Gerade die Möglichkeit, die Methoden der Achtsamkeit in die Beratung einfließen zu lassen, sieht die Autorin als eine grosse Bereicherung.

## 6. Literaturverzeichnis

- Bamberger, Günter G. (2005). Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. 3. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Behindertengleichstellungsgesetz BehiG (2002). Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2002 (Stand am 1. Juli 2020). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002658/202007010000/151.3.pdf> [Zugriff 28.12.2020].
- Berg, Insoo Kim (2010). Familien – Zusammenhalt (en). Ein kurz-therapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch. Dortmund. Lör Druck GmbH.
- Böser, Hagen (2016). Du bist die Schüssel, nicht die Suppe. Akzeptanz- und Commitmenttherapie für den Alltag. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht GmH & Co.
- Böser, Hagen (2018). Du bist der Schlüssel, nicht die Suppe. Eine Einführung in die Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT). In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. 36. Jg. (4). S. 158-165.
- Bundesamt für Statistik (Hg.) (2019) Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. Kinder und Behinderung 2017. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.assetdetail.11387131.html> [Zugriffsdatum 3.4.2021].
- De Shazer, Steve/ Dolan, Yvonne (2008). Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Doege, Daniela (2017). Bewältigungsverhalten bei Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung: Quantitative und qualitative Untersuchung von Bewältigungsmustern. Unveröffentlichte Dissertation. Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Fach Psychologie.
- Eifert, Georg H. (2011). Akzeptanz- und Commitment- Therapie (ACT). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.
- Hayes, Steven C./Jason, Lillis (2013). Akzeptanz- und Commitment- Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hermes, Veronika (2017). Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Das Praxishandbuch mit systemisch-ressourcenorientiertem Hintergrund. Bern: Hogrefe.

- Krause, Matthias Paul (2002). Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. München. Ernst Reinhardt Verlag.
- Pro Infirmis (2021). Gemeinsam für Menschen mit Behinderungen. URL: <https://www.proinfirmis.ch/> [Zugriff 25.1.2021].
- Retzlaff, Rüdiger (2019). Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. 3.Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rolland, John S. (2000). Krankheit und Behinderung in der Familie. Modell für ein integratives Behandlungskonzept. In: Kröger, Friedberg/ Hendrichke, A./McDaniel, S. (Hg.). Familie, System und Gesundheit. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag. S. 62-104.
- Schmidt Stefan (2016). Eine systemische Perspektive auf die Praxis der Achtsamkeit. In: KONTEXT. (47). S. 335-353.
- Schneewind, Klaus A. (2019). Familienpsychologie und systemische Familientherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG.
- Schweitzer, Jochen/von Schlippe Arist (2007). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagewissen. 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Speck, Otto (2013). Geistige Behinderung. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig, & Kerstin Schirbort (Hrsg.). *Handlexikon Geistige Behinderung*. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik. 2. Aufl. Stuttgart: W Kohlhammer GmbH. S. 147-149.
- Spitzcok von Brisinski, Ingo (1999). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. In: Zeitschrift für systemische Therapie 17. Jg. (1). S.43-51.
- Steiner, Therese/Berg, Insoo Kim (2016). Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. 7. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.
- UN-Behindertenkonvention. URL: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/#2-artikel-2---begriffsbestimmungen>. [Zugriff 3.4.2021].
- Walter, Annette (2020). Inklusive Erziehungs- und Familienberatung. Familien mit Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinie. 4. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

## **Eidesstattliche Erklärung**

Persönliche Erklärung zur Verfassung der MAS Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich diese Arbeit selbständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln und Hilfeleistungen angefertigt habe. Aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommene Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum.....Unterschrift.....

## Anhang

### A. Metapher zu Akzeptanz (zitiert nach Böser 2016: 56):

Wenn wir in Treibsand geraten, ist unser sofortiger Impuls uns zu wehren, einen Fuss hochzuheben und darum zu kämpfen, wieder aus dem Treibsand herauszukommen. Aber das ist genau das, was du im Treibsand nicht tun darfst. Wenn das Gewicht deines Körpers auf nur einen Teil von dir verlagert (z.B. einen Fuss), dann wirst du tiefer sinken. Je mehr du dich wehrst, desto tiefer wirst du sinken – desto mehr wirst du dich wehren. So kannst du nicht gewinnen.

Bei Treibsand gibt es nur einen Weg, um zu überleben: du musst das Gewicht deines Körpers auf einer grösseren Oberfläche verteilen und dich hineinlegen. Es ist gegen alle deine Instinkte, dich in den Treibsand hineinzulegen - nicht gegen, sondern mit dem Treibsand zu sein. Aber genau das ist es, was wir tun müssen, auch wenn es für uns schwierig ist und sich bedrohlich anfühlt.

Wir wehren uns und kämpfen und haben vielleicht noch nie in Erwägung gezogen, das Abwehren einzustellen und uns hinzugeben: Die unangenehmen Gedanken und Gefühle hinzunehmen, sie auszuhalten, um dann festzustellen, dass wir sie überleben – sogar besser, als wenn wir sie bekämpfen. (Böser 2016: 56)

### B. Übung: Blätter im Fluss (zitiert nach Eifert 2011: 57):

‘Beginnen Sie diese Übung damit, sich auf die Bewegung Ihres Atems zu konzentrieren. Beobachten Sie einfach, wie Brustkorb und Bauch sanft beim Atmen steigen und fallen. Sie brauchen Ihren Atem überhaupt nicht zu kontrollieren – lassen Sie den Atem einfach atmen. Dann schliessen Sie langsam die Augen.

Jetzt stellen Sie sich vor, dass Sie an einem warmen Herbsttag an einem kleinen Fluss sitzen. Beim Betrachten des Flusses bemerken Sie einige grosse Blätter an der Wasseroberfläche. Die Blätter haben viele Farben und Formen und treiben dahin, jedes für sich, eins nach dem anderen in der langsamen Strömung. Bleiben Sie einfach einen Moment da und schauen Sie zu.

Wenn Sie bereit sind, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit langsam auf das, was in Ihrem Inneren vor sich geht. Beobachten und benennen Sie jede Erfahrung, die auftaucht – Gedanken, Gefühle, Empfindungen, Verlangen und Impulse. Erlauben Sie ihnen einfach, da zu sein. Achten Sie dabei auf das, was in Ihrem Kopf und Körper geschieht. Dann benennen Sie es. Vielleicht sind einige dieser Gedanken ‘Was für ein Quatsch’ oder ‘Ich hab’ dafür keine Zeit’. Wenn das geschieht, benennen Sie diese Einschätzungen einfach als ‘denken’ und kehren Sie zur jetzigen Erfahrung zurück, so wie sie ist, nicht wie Ihr Verstand sagt, dass sie ist.

Während Ihnen ein Gedanke, Gefühl, Impuls oder eine Erinnerung durch den Kopf geht, nehmen Sie diese zur Kenntnis und setzen Sie einen von ihnen behutsam auf ein grosses Blatt, das vorbeizieht. Beobachten Sie, wie das Blatt zunächst ein bisschen hin- und herschaukelt, und schauen Sie, wie es dann langsam davonzieht... und dabei diesen Inhalt Ihres Kopfes und Körpers flussabwärts ausser Sichtweite trägt. Schauen Sie wieder auf den Fluss und warten Sie auf das nächste Blatt. Dann legen Sie den nächsten Gedanken, Impuls, das Gefühl oder die Erinnerung auf dieses Blatt. Beobachten Sie, wie auch dieses Blatt zunächst ein bisschen hin- und herschaukelt, und wie es dann langsam davonzieht und dabei auch diesen Inhalt Ihres Kopfes und Körpers langsam flussabwärts ausser Sichtweite trägt. Legen Sie nun jeden weiteren Gedanken oder Impuls, jedes Gefühl oder jede Erinnerung auf ein eigenes grosses Blatt. Schauen Sie sie an und lassen Sie sie alle einfach flussabwärts treiben. Machen Sie damit weiter, so lange Sie wollen. Wenn Sie bereit sind, erweitern Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Geräusche um Sie herum. Öffnen Sie die Augen mit der Absicht, dieses sanfte Erlauben und dieses Selbst- Akzeptieren in den Rest des Tages mitzunehmen.' (Eifert 2011: 57)