

Abschlussarbeit Grundlagen

Von der Mutter geschickt, aus eigenen stücken geblieben.

Till J. Ernst

Supervisor: Patrick Wirz

Abschlussarbeit 2021 - ST30

Weiterbildungslehrgang Systemische Psychotherapie



IEF - Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung
Zürich

Adresse Autor: Buchenstrasse 45, CH-8212 Neuhausen am Rheinflall

Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
Ausgangslage	4
Rahmenbedingungen	4
Intakte	6
Bestehende explizite und implizite Aufträge	7
Settingwahl fürs Erstgespräch	7
Therapeutischer Prozess	8
Auftragsklärung	9
Beziehungsgestaltung	11
Diagnostik	12
Hypothesenbildung	14
Interventionen	17
Skalierungsfragen	17
Aufstellungsarbeit	17
Hypothetische Fragen	18
Zirkuläre Fragen	18
Fragen nach konkreten Schritten	19
Genogramm und GAS	19
Verlauf	19
Behandlungsphase I	20
Bedenkphase	21
Behandlungsphase II	21
Therapeutische Wechselwirkung - 4 Seiten	24
Diagnostische Wechselwirkung	24
Interaktion	25
Therapieergebnisse & Wendepunkte	26
Feedback	28
Evaluationsverfahren	28
GAS - Goal Attainment Scale	28
Anwendung GAS	28
Beschreibung	29
Reflexion	30
EB-45/ILK	30

DER FALL S.K.	2
Lernprozess & Reflexion der Arbeit - 7 Seiten	30
Falldarstellung	30
Eigene Entwicklung	30
Anhang	31
GAS	31
EB-45	31
Literatur	32

KJPD Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

SAB Abteilung Schulische Abklärung und Beratung

KG Krankengeschichte

AKG Auftragsklärungsgespräch

IEF Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung

GAS Goal Attainment Scale

IS-SH International School of Schaffhausen

BVJ Berufs-Vorbereitungs-Jahr

EEG Elektroenzephalografie

Abstract

In dieser Arbeit wird der Fall S.K. behandelt. Kurze Einleitung ins Thema und Beschreibung des Inhalts dieser Arbeit anhand der Kapitel. Dabei sollen die Kapitel Therapeutischer Prozess und Lernprozess & Reflexion der Arbeit - 7 Seiten den Hauptumfang der Arbeit ausmachen ¹.

Ausgangslage

Rahmenbedingungen

Die Behandlung des Fall SK fand und findet am Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) des Kantons Schaffhausen im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung statt. Der KJPD Schaffhausen umfasst ein Team von insgesamt 12 Psycholog*innen und 3 Ärzte und ist an den Spitälern Schaffhausen angegliedert. Der KJPD besitzt den Auftrag ein niederschwelliges, entwicklungs- und bedarfsgerechtes Angebot zur Abklärung und Behandlung für Kinder und Jugendliche mit psychosozial bedingten Entwicklungsgefährdungen und psychischen Störungen im Kanton Schaffhausen bereitzuhalten. Ich bin als Psychologe in therapeutischer Weiterbildung zu einem Pensum von 70% im Bereich Abklärung und Therapie Kinder- und Jugendlichen angestellt. In dieser Funktion bin ich einerseits dem leitenden Arzt, sowie der leitenden Psychologin direkt unterstellt. Mit dem leitende Arzt habe ich wöchentliche Supervisionssitzungen für die Fallbesprechung und das Besprechen von Berichten, wie Auftragsklärungsg, Abklärungsbefunde, IV Arztberichte, Krankenkassenschreiben, etc. Mit der leitende Psychologin habe ich zu tun, wenn es um meine Ausbildung und die administrativen Belange geht, wie Gehalt, Weiterbildungskosten, Kompensation und Ferien.

Das Leistungsangebot am KJPD richtet sich an Kinder und Jugendliche und deren Eltern, die wohnhaft im Kanton Schaffhausen sind. Das Vorgehen bei einer Neuanschuldung umfasst grundsätzlich ein Erstgespräch, hier am KJPD und im Folgenden mit Auftragsklärungsgespräch (AKG) bezeichnet, in dem die Anliegen und Schwierigkeiten besprochen werden, um eine gemeinsame Sichtweise zwischen Klient*in und Behandler*in zu entwickeln. Dieser Ablauf ist jedoch mehr als eine Art Richtlinie zu verstehen. Als Fallführer ist er mir überlassen, wie ich mein Vorgehen gestalte. Für mich als Psychologe in Weiterbildung ergibt sich aus diesem Vorgehen eine gewisse Sicherheit, die mir als Leitplanke dient und an der ich mich vortasten kann.

Aufgrund der Grösse des KJPDs und des Versorgungsauftrags des Kantons gestaltet sich der Aufgabenbereich für mich als einzelner Behandler sehr breit. Es werden jedoch gewisse Spezialgebiete angeboten, die mit Hilfe sogenannter Kompetenzbereiche abgedeckt werden. Ich bin aufgrund der aktuell laufenden Weiterbildung am Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung (IEF) keinem expliziten Kompetenzbereich zugeordnet, übernehme jedoch je nach Situation Fälle, die im

¹ Gliederung basiert auf der Anregung der Wegleitung des Weiterbildungslehrgangs Systemische Psychotherapie am IEF

Schnittbereich dieser Bereich angesiedelt sind. Die nötige Abstützung und Sicherheit kann ich mir aufgrund der internen Struktur der kurzen Meldewege holen, indem ich im engmaschigen Austausch stehe, sowie Intervisiongespräche und Coaching mit den Fachpersonen aus den entsprechenden Bereichen nach Bedarf führen kann. Diese Struktur vermittelt mir ein Gefühl der Sicherheit durch den guten Rückenhalt, wodurch ich mir auch Fälle zutraue, die für mich neu und komplex sind.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen innerhalb des KJPDs findet vorwiegend zwischen psychologisch und medizinisch geschultem Personal statt. Aufgrund der institutionellen Stellung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung kommt es naturbedingt zu Diskrepanzen zwischen dieser und meiner sich weiterentwickelnden systemischen Sichtweise aufgrund der Weiterbildung. Es fällt mir nicht immer einfach, die systemische Sicht als Psychotherapeut und die Sichtweise der Institution, resp. des Gesundheitswesens im Allgemeinen, auf einen Nenner zu bringen. Aufgrund der Möglichkeit, sehr flexibel mit den einzelnen Fällen vorzugehen und die eigenen Vorlieben für die Gestaltung der Behandlung einfließen zu lassen, befinden sich diese Diskrepanz jedoch auf einem minimalen Niveau. Ein bleibende Unsicherheit meinerseits ergibt sich aufgrund der ursprünglichen psychiatrischen Sichtweise einer defizitorientierten Einteilung, resp. die diagnostische Einschätzung mittels ICD-10, die nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Behandlung am KJPD einnimmt. Unsicherheit insofern, als dass ich mich aktuell in meiner Weiterbildung im Modul Grundlagen befinde und die Störungsspezifischen Vorlesungen noch vor mir liegen. Aktuell versuche ich die defizitorientierte Diagnostik als notwendige Vorgehensweise für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder anderweitige Kostenträger anzusehen und weniger als Behandlungsgrundlage für das weitere Vorgehen zu verstehen. Ich versuche mir die Frage zu stellen, wem diese Diagnose etwas nützen soll. In Absprache mit meinem direkten Vorgesetzten kann dies im Extremfall soweit führen, dass wir uns einer mögliche Diagnose nach ICD-10 enthalten, wenn wir der Meinung sind, dass diese dem System mehr schaden zufügt. Idealerweise kann ich diese Entscheidung mit den Klienten zusammen besprechen, um gemeinsam eine Lösung zu finden.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ausserhalb des KJPDs, insbesondere derjenigen aus dem Bereich der Schule, gestaltet sich aufgrund des oben angesprochenen Behandlungs- und Störungsverständnis je nach Fall unterschiedlich. Insbesondere mit der Verwandten Abteilung Schulische Abklärung und Beratung (SAB) wird die Zusammenarbeit dadurch erschwert, da diese den Fokus stärker auf eine Störung im ursprünglichen Sinn, nämlich gekoppelt an eine Diagnose, verstehen, um darauf ihre Arbeit und ihr Vorgehen zu stützen. Aus eigener Erfahrung kommt es dabei auf mein Geschick in der Gesprächsführung an, ob eine möglichst ressourcenorientierte Vorgehensweise eingeschlagen werden kann. Als hilfreich hat sich die möglichst wertneutrale Auseinandersetzung herausgestellt, ohne die eigene Sichtweise dem Gegenüber aufzuzwängen zu wollen. Zudem scheint ein möglichst verhaltensbeschreibendes Vorgehen auf Akzeptanz zu stossen, wenn der Hintergedanke einer solchen Sichtweise erläutert wird. Nicht die Störung an und für sich soll im Fokus stehen, sondern das Verhalten, um möglichst gemeinsam mit den involvierten Fachper-

sonen eine passende Lösung zu finden. Ganz im Sinne von einem lösungsfokussierten Vorgehens (de Shazer et al., 1986).

Intakte

Die Anmeldung von SK am KJPD erfolgte anfangs 2019 auf Initiative der Mutter. SK war zum damaligen Zeitpunkt 16 Jahre alt. Damals arbeitete ich unmittelbar nach meinem Abschluss zum Psychologen M.Sc. seit etwas mehr als einem halben Jahr am KJPD und hatte mit meiner Weiterbildung am IEF zum systemischen Psychotherapeuten noch nicht begonnen.

Aufgrund der Anmeldung von SK war bekannt, dass es sich um eine erneute Anmeldung am KJPD handelte. Der Fall wurde mir damals direkt vom Chefarzt zugewiesen, da dies zu jener Zeit so üblich war (alle Neuansmeldungen wurden jener Zeit vom Chefarzt gesichtet und im Anschluss an die Fallführer verteilt). Gemäss den Vorabinformationen aus der Anmeldung ging hervor, dass es sich bei SK um den Wunsch einer ambulanten Therapieübernahme handelte. Zudem wurde vermerkt, dass SK nach einem Klinikaufenthalt von einer Therapeutin ambulant behandelt wurde und den Wunsch äusserte, sich am KJPD für eine weiterführende ambulante Therapie zu melden.

Zudem wären mir weitere Informationen aus der bereits bestehenden Krankengeschichte (KG) vorgelegen. Diese habe ich jedoch absichtlich nicht eingesehen, um mir ein möglichst voreingenommenes Bild des Anliegens zu verschaffen. Ich hatte die Befürchtung mit weiteren Informationen aus der KG beeinflusst zu werden und weniger neutral in das erste Gespräch einsteigen zu können. Ohne es aktiv und bewusst schon zu wissen, versuchte ich den Ansatz des **Not Knowing** zu praktizieren (Anderson & Goolishian, 1992). Also nicht ich als Therapeut weiss was bei SK los ist und was gut für sie ist, sondern SK selber. Dieser Ansatz viel mir zu jener Zeit relativ leicht, da ich als Therapieneuling tatsächlich noch keine grosse Erfahrung hatte und noch wenig vertraut war von der psychiatrischen Behandlungspraxis am KJPD.

In der Rückschau ergeben sich jedoch Hinweise auf Hypothesen, die ich trotz weniger Informationen aufgrund der Anmeldung bereits formulierte. Einerseits konnte ich sehen, dass der Klinikaufenthalt bei SK wohl aufgrund von Ängsten stattgefunden hatte, da dies auf dem Anmeldeblatt so vermerkt war. Zudem ging ich davon aus, dass die Eltern getrennt leben, da gemäss Notiz auf der Anmeldung geschrieben stand, dass der Vater über die Anmeldung informiert wurde und ich automatisch von getrennt lebenden Elternteilen ausging. Weiter schloss ich aus dem Anmeldegrund, dass SK mit der aktuellen Therapeutin nicht zufrieden ist, da sie erneut nach ambulanter Behandlung am KJPD gelangen wollte.

Mein erster Eindruck war, nachdem ich die Anmeldung in meinem Fach hatte, dass ich bei SK über eine Gesprächstherapie im weitesten Sinne eines klientenzentrierten Ansatzes nach Rogers (1993) wohl gut bedient wäre. Dies wohl aus dem einfachen Grund, weil ich mich vor meiner Weiterbildung am IEF in meinem Studium an der ZHAW vertieft mit diesem Ansatz auseinander gesetzt habe und ich mir schlicht nichts anderes vorstellen konnte, wo ich mich sicher genug fühlte

eine mögliche Therapie zu übernehmen. Ich ging davon aus, dass eine Übernahme möglich und auch von SK gewünscht sei.

Bestehende explizite und implizite Aufträge

Im Vorfeld, also vor der eigentlichen Behandlung und somit auch dem AKG, konnte ich folgende expliziten und impliziten Aufträge ausmachen. Aus Sicht der Institution besteht ein expliziter Auftrag der Sicherstellung der Psychiatrischen Versorgung im Kanton. Eine Anmeldung am KJPD muss zwingend geprüft werden. Damals war es hier am Haus usus, das Anliegen nach der Anmeldung mittels AKG zu prüfen (aktuell wird vor der eigentlichen Anmeldung immer ein telefonisches Vorgespräch durch ein psychologisch geschultes Personal geführt, um bereits eine erste Prüfung vorzunehmen und gegebenenfalls an eine andere Stelle weiterzuleiten). Ein weiterer expliziter Auftrag konnte ich dem Anmeldeblatt entnehmen, auf dem der Wunsch nach einer Therapieübernahme im ambulanten Setting beschrieben wurde. Neben diesen beiden expliziten Aufträgen war mir vor dem AKG nichts weiter bekannt. Anhand der Einteilung nach Schwing (2014), welcher nach Anlass, Anliegen, Auftrag und Kontrakt unterscheidet, konnte ich zu den Einzelnen Punkte bereits implizite Aufträge ausmachen. Als Anlass konnte ich aus der Anmeldung annehmen, dass SK einen Aufenthalt in einer Klinik hinter sich hatte und deshalb Unterstützung für die Nachbetreuung suchte, welche sie bei der ambulanten Behandlerin nicht zufriedenstellend erhielt. Beim Anliegen und den Erwartungen konnte ich implizit den Wunsch nach einer sich verändernden Nachbetreuung ausmachen, da offensichtlich diese nicht zu den erhofften Veränderungen geführt hatte. Wie bereits oben geschrieben war beim Punkt Auftrag das explizite Anliegen einer Therapieübernahme bekannt. Was jedoch genau von mir erwartet wurde und was ich in dem Fall SK zu tun hatte war vor der Auftragsklärung jedoch noch nicht bekannt. Im Vorfeld konnte von einem Kontrakt ausgegangen werden, denn Grundsätzlich bieten wir Therapie an am KJPD und somit würde der Auftrag nach einer Therapieübernahme mit dem Angebot überein stimmen.

Wie bereits erwähnt handelt es sich dabei um eine Auflistung der Aufträge die nach der Anmeldung explizit und implizit vorhanden waren und denen ich gewahr wurde. Wie ich weiter unten im Kapitel Auftragsklärung schildern werde, musste ich diese Aufträge teilweise revidieren, da sich anhand der von SK, insbesondere der Mutter, geäußerten Zieldefinitionen leicht angepasste Aufträge ergeben haben. An diesem Punkt sei schon verraten, dass sich die Aufträge im Verlauf der Behandlung noch einige Male veränderten. Denn zum Zeitpunkt vor dem AKG konnte ich keinen expliziten Auftrag von SK ausfindig machen, da die Anmeldung durch die Mutter erfolgte.

Settingwahl fürs Erstgespräch

Für das Erstgespräch, oder eben das AKG, entschied ich mich die Mutter und die Klientin SK ohne den Vater einzuladen. Das ist etwas speziell und entspricht nicht unbedingt den Gepflogenheiten hier am KJPD. Bei Minderjährigen Klienten, was SK zum damaligen Zeitpunkt noch war,

müssten eigentlich beide Elternteile, auch wenn diese getrennt leben, zum Erstgespräch erscheinen. Dies rein aus rechtlicher Sicht, da beiden Eltern ihr Einverständnis für eine mögliche Behandlung geben müssen. Eine Ausnahme wäre, wenn einem Elternteil das Sorgerecht entzogen worden wäre. Das war jedoch nicht der Fall. Aus heutiger Sicht würde ich dies nicht mehr so machen und auf die Anwesenheit des Vaters bestehen. Damals war ich jedoch noch neu im Geschäft und ich empfand es als naheliegend, die Mutter und die Tochter ohne Vater einzuladen, da diese die Anmeldung vorgenommen hatten und den Vater darüber informierten. Mir war auch noch nicht so bewusst, wie wichtig beide Elternteile für eine saubere Auftragsklärung sind und mir durch dieses Versäumnis wichtige Informationen entgehen konnten.

Therapeutischer Prozess

In diesem Kapitel werde ich auf den eigentlichen therapeutischen Prozess eingehen. Darin enthalten sind die Auftragsklärung, die Beziehungsgestaltung, die Diagnostik nach ICD Richtlinien, die Hypothesenbildung und Interventionen, sowie der Verlauf.

Da es sich beim Fall SK um einen für mich im ambulanten Setting am KJPD länger andauernden Fall handelt, der noch nicht abgeschlossen ist, möchte ich in einem ersten Schritt die bisherigen Stationen im Verlauf anhand einer grafischen Übersicht in Form eines Zeitstrahls abbilden (siehe *Abbildung 1: Behandlungsepisoden*). Dadurch soll die Orientierung für den Leser verständlicher werden und ermöglicht mir weiter unten im Kapitel Verlauf auf einzelne Abschnitte, sowie Ereignisse genauer eingehen zu können. Diese Orientierung soll auch im nächsten Kapitel ?? Verwendung finden.

Auftragsklärung

Gemäss Wampold und Imel (2015) gehört die Übereinstimmung der Ziele von Therapeut*in und Klient*in zu den allgemeinen Wirkfaktoren. Beim ersten Auftragsklärungsgespräch (AKG) mit SK und ihrer Mutter verfolgte ich diesen Ansatz intuitiv. Wie ich mir aus dem Psychologiestudium aus den Vorlesungen im Bereich der humanistischen Therapie gemerkt habe (mit der Ausbildung am IEF habe ich erst kurz nach dem Gespräch angefangen), ist es wichtig die Anliegen und Wünsche der Klienten zu verstehen.

Für das erste AKG hielt ich mich an der am KJPD üblichen Vorgehensweise, welche den Ablauf des AKGs grob umreißt und die einzelnen Punkte im Folgenden kursiv abgedruckt sind. Dazu gehört die *Festlegung des Gesprächsziels*, welches dazu führen soll zu entscheiden, ob der KJPD die richtige Stelle für das Anliegen ist. Weiter gehört auch eine kurze *Vorstellung der Institution*, sowie die Schilderung des *Ablaufs* dazu, bei dem auf den zeitlichen Rahmen und das grobe Vorgehen eingegangen wird. Bei der Schilderung von *Anmeldegrund & Problembeschreibung* wurde bereits klar, dass die Mutter die Anmeldung aus eigenem Wunsch vorgenommen hatte. Dabei sei es in der Vergangenheit zu Konflikten zwischen der Schule und SK gekommen, da diese krankheitsbedingt

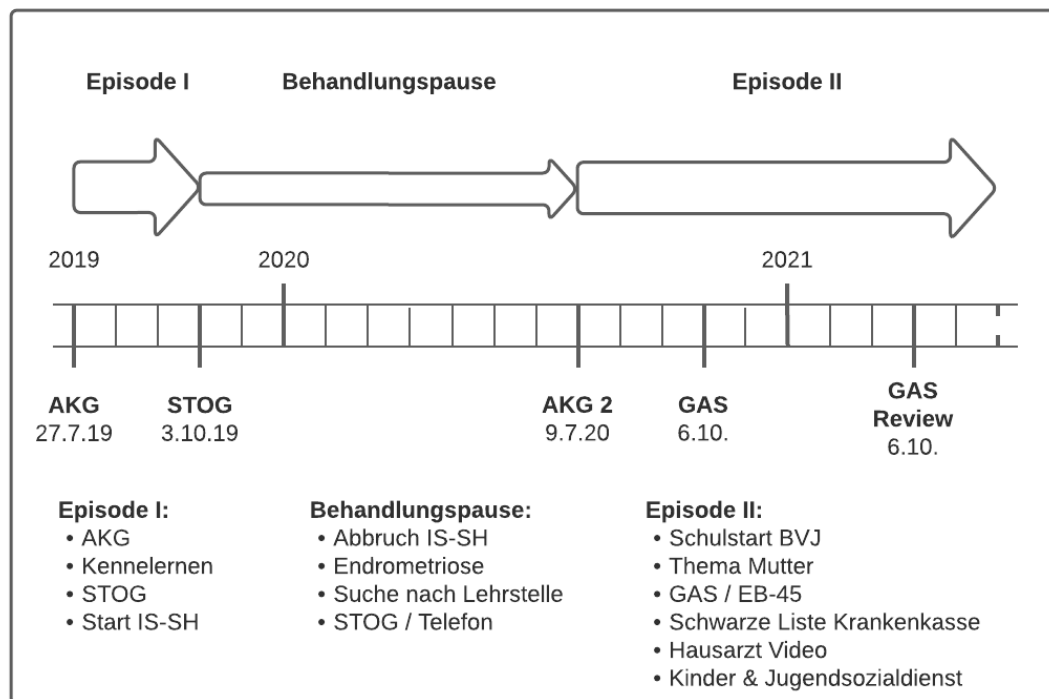


Abbildung 1. Behandlungsepisoden

viele Fehltage hatte und die Schule dies nicht mehr länger akzeptieren wollte. Für die Problembeschreibung holte die Mutter weit aus und schilderte aus ihrer Sicht die Entstehung der Problematik, die zur Anmeldung geführt hätte. SK war während der gesamten Ausführung der Mutter erstaunlich ruhig. Sie meldete sich nicht aktiv zu Wort und korrigierte die Mutter auch nicht. Sie war wohl dabei, ich hatte jedoch die Vermutung, dass sie die Verantwortung des Gesprächsinhaltes ihrer Mutter übergeben hatte. Beim Abschnitt *Reaktionen auf das Problemverhalten* ergaben sich Hinweise auf Mobbing-situationen an der Schule und einer vor ein paar Jahren stattgefundenen Trennung, auf die SK mit Schulangst und Rückzugstendenzen reagierte. Leider konnte ich bei diesem Gespräch weder von SK noch von ihrer Mutter Hinweise auf *Erklärungsansätze* in Erfahrung bringen. Ich ging implizit davon aus, dass SK und die Mutter das Verhalten aufgrund der Mobbing-erfahrung und der schwierigen Schulsituation in Verbindung brachten. Hier hätte ich aus aktueller Sicht das Bedürfnis die Anwesenden nach ihren eigenen Erklärungsansätze zu fragen. Bei den *Bisherigen Massnahmen, reps. Lösungsversuche* wurde berichtet, dass SK nach einem erfolglosen Schulwechsel in eine Privatschule (aufgrund der Mobbing-erfahrung), für ein paar Monate stationär in einer Klinik gewesen sei. Da sei die Diagnose Depression und eine zugehörige Angsterkrankung diagnostiziert worden. Im Anschluss an den Klinikaufenthalt wurde eine ambulante Nachbetreuung von einem ortsansässigen Psychiater in Form einer Therapeutin und einer ambulanten Spitex installiert. Die Mutter berichtete weiter, dass das Verhältnis zwischen SK und dem Psychiater sich verschlechterte

und sie das Therapiebündnis beendete mit dem expliziten *Anliegen* an mich, die ambulante Betreuung von SK zu übernehmen. Implizit hatte ich während dem Gespräch die Hypothese, dass es sich um mindestens einen weiteren Auftrag handelte, der im Zusammenhang mit der Schule stand. Als ich die Mutter darauf angesprochen habe bestätigte sie mir dies. Die Mutter wollte der Schule aufzeigen, dass sie gut für SK sorgen könne und die Schwierigkeiten von SK echt seien, da sie ja dann am KJPD angebunden sei. Dadurch schien die Mutter mich als Verbündeten im Kampf gegen die Schule rekrutieren zu wollen. Bei SK konnte kein explizites Anliegen in Erfahrung gebracht werden. SK konnte sich auf mein Nachfragen durchringen das Thema Arbeit am Selbstvertrauen zu nennen. Als ich SK direkt auf die mir implizit erscheinenden Themen aus dem Klinikaufenthalt angesprochen habe, lehnte SK eine Unterstützung diesbezüglich mit der Begründung, selber damit klar zu kommen und über ausreichenden Strategien zu verfügen, ab. Ich akzeptierte dies, gab jedoch zu bedenken, dass mir der Auftrag für eine Therapieübernahme noch nicht klar war, weshalb ich Einzeltermine mit SK empfohlen habe, um die Auftragsklärung abzuschliessen und das weitere Vorgehen im Anschluss zusammen mit der Mutter bei einem Gespräch erneut zu besprechen. Darauf konnte sich die Mutter und SK einlassen.

Wie einleitend bereits erwähnt wurde, fand ein weiteres Auftragsklärungsgespräch im Verlauf der Behandlung auf Eigeninitiative von SK statt (SK wurde kurz darauf volljährig, weshalb ich mich dazu entschieden habe das AKG mit SK alleine und ohne Mutter zu führen). Zwei Monate zuvor schilderten mir SK und ihre Mutter bei einem Standortgespräch, welches aufgrund von COVID-19 über Telefon geführt wurde, dass SK keine Lehrstelle gefunden und sich für das 10. Schuljahr entschieden hätte. Somit hätten sie kein explizites Anliegen an eine weitere psychotherapeutische Behandlung und würden den Fall gerne abschliessen. Da ich den Fall noch nicht abgeschlossen hatte, entschied ich zusammen mit meinem Vorgesetzten den laufenden Fall zu verwenden und weiterzuführen. Zum Zeitpunkt des zweiten AKGs befand ich mich bereits am Ende des ersten Jahres meiner Weiterbildung am IEF, weshalb ich meinen Fokus verstärkt auf die Passung der Ziele legte. Bereits in diesem zweiten Gespräch schilderte mir SK von ihrer aktuellen depressiven Verstimmtheit und den Schlafschwierigkeiten. Zudem hätte sie eine somatische Diagnose erhalten, welche sie sehr belasten würde. Der Wunsch von SK war es, über die depressive Verstimmtheit und die Krankheit zu sprechen, da sie bei der ersten Phase der Therapie bei mir von den Gesprächen profitieren konnte. SK erhoffte sich implizit eine Wiederholung der emotionalen Erleichterung. Zudem wollte SK über ihre Schlafschwierigkeiten sprechen, um einen Umgang damit zu finden. In diesem ersten Gespräch nach unserer Pause verfolgte ich das Ziel den Grund der Wiederanmeldung zu prüfen. Dabei wollte ich die expliziten Ziele noch nicht im Detail erarbeitet haben. Mir war es wichtig, dass SK aus eigener Motivation eine Therapie anstrebte und nicht im Hintergrund von der Mutter geschickt wurde, so wie ich es in der ersten Phase das Gefühl hatte. Deshalb entschieden wir uns weitere Gespräche zu führen, um die expliziten Aufträge konkret und messbar zu definieren. Dies erfolgte in den kommenden Sitzungen anhand einer detaillierten Zieldefinition mittels Goal

Attainment Scale (GAS), auf welches ich im Kapitel ?? näher eingehen werde.

Die beiden AKGs unterschieden sich nicht nur hinsichtlich meinem aktuellen Erfahrungsstand bezogen auf meine Weiterbildung und Therapieerfahrung, sondern auch hinsichtlich der Motivation von SK. War mir die Motivation von SK für eine Therapie in der ersten Behandlungsphase, initiiert durch die Mutter, nicht ganz klar, weswegen es zu einer längeren Bedenkphase hinsichtlich Weiterführung der Therapie kam, so wurde diese durch die vorgebrachten Anliegen von SK spürbar. Standen beim ersten Gespräch die Anliegen der Mutter im Zentrum, so kamen beim Gespräch mit SK ihre eigenen Bedürfnisse zum Vorschein und leiteten die zweite Behandlungsphase ein.

Beziehungsgestaltung

In diesem Kapitel werde ich auf die Beziehungsgestaltung in Form des Drei-Kreis-Modells der therapeutischen Beziehung gemäss Borst (2018) eingehen. Im äussersten Kreis des organisatorischen Rahmens handelt es sich beim KJPD um eine öffentliche ambulante psychiatrische Institution, die ärztlich geführt wird. Das heisst aus meiner Sicht, dass grundsätzliche historisch bedingt eine störungsorientierte Sichtweise vorliegt, mit allem was dazu gehört und natürlich auch den klinischen Diagnosen nach ICD-10. Meine Rolle als Psychologin, dem ein anderes Menschenbild anhaftet, welches sich zu Beginn an einem humanistischen orientierte und mit Beginn meiner Ausbildung mit einem autonomieorientierten, sowie heteronomieorientierten Menschenbild ergänzte, wirkte dem tendenziell defizitären Menschenbild entgegen. Während meinem Studium veränderte sich auch mein therapeutische Grundhalten um ein in Richtung spezifisch-systemischer Grundhaltung. Dadurch, dass ich zu Beginn der Behandlung primär versuchte durch Neugier die Klientin und deren Anliegen zu verstehen, verfolgte ich eine nicht-invasive und freundliche therapeutische Grundtugend zu etablieren (Cecchin, 1988). Dies erfolgte intuitiv und ermöglichte mir ein erstes Vertrauen von SK zu gewinnen. Im Verlauf der Therapie und mit Beginn meiner Ausbildung am IEF ergänzte ich meine Grundhaltung, indem ich versuchte hypothesengeleitete Fragen zu stellen (Andersen, 1990), die für SK interessant und angemessen, jedoch ungewöhnlich waren, um SK auf neue Gedanken und ein vertieftes Verständnis über sich zu erlangen. Weiter folgte die Zirkularität, welche den Fokus der Problembeschreibung von SK als Interaktion in der Familie und im grösseren System einordnete und weg von einer individuellen Störung führte. Etwas distanziert betrachtet würde ich behaupten, dass mir diese sich verändernde Grundhaltung ermöglichte mit SK an den Punkt vorzustossen, an dem wir nun sind. Anfänglich konnte SK kein wirklich eigenes Anliegen benennen und es hatte den Anschein als wollte sie ihre Mutter ruhig stellen, konnte sie mit der Zeit genau dies Interaktion innerhalb der Familie und der Mutter als ein sie störendes Element identifizieren, was wiederum zu einer Vertiefung und Festigung der Beziehung zwischen SK und mir führte.

Bezogen auf den interaktionellen Rahmen ist in diesem Fall SK zu bemerken, dass sich auch dieser fortlaufend veränderte und anpasste. Mutete das Anliegen der Mutter an mich zu Beginn ten-

denziell nach Kontrolle über SK an, veränderte sich dies zunehmend in Richtung Hilfe zur Selbsthilfe für SK. Das Anliegen der Mutter, einerseits die Schule ruhig zu stellen, indem sie SK beim KJPD anmeldete, und andererseits implizit SK hilflos zu halten, indem das Problem bei SK verortet wurde, trat diese Anliegen zunehmend in den Hintergrund und liess Platz für das Anliegen von SK. Dies erfolgte mit einer Abnahme des starken Einbezugs der Mutter mittels Standortgesprächen, die mit zunehmendem Erreichen der Volljährigkeit von SK stattgefunden hat. Dies ermöglichte zudem eine gewisse Übernahme von Verantwortung auf der Seite von SK, da sie nun selber für sich entscheiden musste, welche Themen sie bei mir behandeln wollte. Zudem meldete sich der Hausarzt von SK mit einem direkten Anliegen an mich, welches ich zuerst mit SK klären und besprechen musste. Diese von mir angesteuerte Transparenz führte wohl zudem dazu, dass mit SK immer wieder das Vertrauen aussprach und weiter regelmässig in die Therapie kommt.

Innerhalb des innersten Bestimmungsstück der Beziehung zwischen SK und mir im der affektologischen Rahmung verfolgte ich die Metastabilisierung eines instabilen Systems, ohne jedoch die Grundstruktur des Systems zu verändern. Bisher ist mir dies gelungen, jedoch gab es Episoden, an denen die Grundstruktur bei SK gefährdet wurde, indem sie sich für das Verlassen des familiären Systems ausgesprochen hatte, bei dem aus meiner Sicht eine zu starke Systemveränderung ins Rollen gebracht worden wäre, welche im Extremen mit dem Bruch der Familie, insbesondere der Mutter, einhergehen hätte können. Diesbezüglich fand jedoch eine erneute Beruhigung statt, auf der weiter aufgebaut werden kann.

Es war mir nicht möglich diese drei Kreise gesondert zu betrachten, da sich diese gegenseitig beeinflussen. Dadurch, dass ich SK bereits über mehrere Jahre begleite, veränderte sich einerseits bei Sarina die Aufträge dritter im organisatorischen Rahmen (obligatorische Schule, 10. Schuljahr, Mutter), sowie das Anliegen von Dritten im interaktionellen Rahmen (Mutter, Hausarzt). Weiter wurde die Beziehung bezogen auf den organisatorischen Rahmen gestört, als die Krankenkasse SK infolge von ausstehenden Prämien auf die Schwarze Liste setzte und ich direkt von der Spitaladministration die Weisung eines sofortiger Behandlungsstop erhielt. In Absprache mit meinen Vorgesetzten konnte ich jedoch die Einzelstunden mit SK zu lasten des KJPDsweiterführen. Zudem hängt die Art der Beziehung auch von meiner Person ab, da ich meine eigene Geschichte, meine Erfahrung, mein persönlicher Kontext und mein Habitus zu einem gewissen Stück auch mit in die Beziehung hineinnehme. Durch die Vorgabe am KJPD Supervisionsstunden zu nehmen, konnte ich gleich zu Beginn der Behandlung gewisse eigene Muster erkennen und reflektieren. Mit Beginn der Weiterbildung kamen weiter Selbsterfahrungsstunden hinzu und Gruppensupervisionsstunden, in welchen ich den Fall SK innerhalb der Gruppe besprochen habe und mir eine erweiterte Sichtweise ermöglichte, welche sich auf die Beziehung zwischen SK und mir auswirkte. All diese Veränderungen führten dazu, die Beziehung zwischen SK und mir zu gestalten und zu formen, welche aktuell von einem gegenseitigen Respekt und Vertrauen ersichtlich ist und SK ermöglicht mit ihren innersten Unsicherheiten in die Therapie zu kommen und dies auch zuzulassen.

Diagnostik

Gemäss dem psychiatrischen Austrittsbericht aus dem stationären Aufenthalt von SK geht hervor, dass SK die Kriterien einer sozialen Phobie gemäss ICD-10 F40.1 erfüllte. Dies führte insbesondere dazu, dass SK in exponierten Leistungssituationen soziale Ängste verspürte und sie mühe hatte auf wenig bekannte Menschen zuzugehen. Zudem wurde beim Klinikeintritt eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F32.1 diagnostiziert, bei welcher die Symptome sich im Verlauf der klinischen Behandlung verflüchtigten.

Aufgrund meines Auftrags, resp. des zu Beginn fehlenden Auftrags, nahm ich die zuvor gestellten Diagnosen zur Kenntnis, ohne sie selber erneut zu überprüfen. Ich wollte SK den Raum geben eigene Themen zu finden und bei Bedarf zu besprechen. Den Fokus dabei legte ich auf ihre Ressourcen. SK zeigte von Beginn der Therapie in der ersten Behandlungsphase eine hohe Bereitschaft aktiv mitzumachen, was sich als eine grosse Ressource bei SK herausstellte. Ich spürte richtig, dass SK eine Veränderung anstreben wollte. Sie kam mit eigenen Themen und wählte das Thema Selbstbewusstsein, welches sie direkt anhand eines konkreten Beispiels in der Schule angehen wollte. Dabei wurde klar, dass SK bereits einige Strategien im Umgang mit Leistungssituationen erarbeitet hatte. Weiter viel mir auf, dass SK eine gute Reflexionsgabe mitbrachte. Dadurch konnten wir direkt ins Thema einsteigen, was unmittelbar in der Schule zu einem Erfolgserlebnis geführt hat. Im Verlauf der Behandlung wurden weitere Ressourcen von SK ersichtlich. Darunter die Neugierde, etwas neues auszuprobieren und ihre Offenheit für neue Erkenntnisse. Im Verlauf gelang es SK zunehmend schwierigere Themen zu identifizieren und zu benennen. Blieb sie zu Beginn tendenziell an der Oberfläche, so arbeitete sich kontinuierlich vor und brachte zunehmend schwierigere Themen hervor. Ihre Beharrlichkeit bei einem Thema dran zu bleiben gehört mitunter zu ihren Strategien. Aufgefallen ist mir, dass SK Themen, die wir in der Stunde besprochen haben, zu Hause weiter bearbeitete und erarbeitete Strategien versuchte umzusetzen.

Im Verlauf zeigte sich bei SK wiederholend, dass sie auf sozial schwierige Situationen mit Rückzug reagiert. Schwierigkeiten bereiten ihr insbesondere Situationen mit vielen Leuten, da sie sich unsicher fühlt. SK hat einige wenige gute Sozialkontakte, mit denen sie ein freundschaftliches Verhältnis pflegt. Diese wenigen engen Kontakten konnten im Verlauf verstärkt werden, da diese SK gut tun und sie sich bei ihnen sicher fühlt. Dadurch kann sie Kraft tanken und sich von Stress erholen. Wichtig scheint mir hier gut aufzupassen, dass diese wenigen sozialen Kontakte nicht abreißen, da sie für SK zudem Halt geben. Zudem konnte ich eine Intensivierung der Beziehung zum mir als Therapeuten feststellen. SK schöpfte Kraft aus den Stunden und benötigte die Gespräche, um ihr Wohlbefinden zu stärken, was sie immer wieder betonte. Obwohl SK wenige sozialen Kontakte pflegt, schöpft sie daraus Kraft. In der Vergangenheit stand die Mutter oft stellvertretend für die fehlenden Freunde.

Bezogen auf die klinisch gestellte Diagnose einer Depression zeigten sich diese Symptome in letzter Zeit erneut. Dabei fällt auf, dass diese im längeren konflikthaften Umgang mit der Mutter

und einer im Verlauf dazugekommenen somatischen Diagnose einer Endometriose auftreten und in Form von Rückzugstendenzen, Stimmungstiefs, Schlafschwierigkeiten und Interessenverlust verstärkt zeigen. Die somatischen Schmerzen, welche aufgrund der Erkrankung zyklisch auftreten, führen zudem dazu, dass sich SK vermehrt in ihr Zimmer zurückzieht. Dabei möchte sie niemandem zur Last fallen und meidet jeglichen sozialen Kontakt. In der Arbeit konnten wir feststellen, dass emotionaler Stress jeglicher Form, welcher jedoch hauptsächlich zu Hause im Umgang mit der Mutter auftritt, die Bauchschmerzen verstärken.

Hypothesenbildung

Im Verlauf der Behandlung von SK kam es zu unterschiedlichen Hypothesen, die immer wieder erneuert, überarbeitet oder verworfen wurden. Zu Beginn der Therapie in Behandlungsphase I (siehe *Abbildung 1: Behandlungsepisoden*) stellt ich noch keine expliziten Hypothesen gemäss dem systemischen Vorgehen, da ich mit der Ausbildung noch nicht begonnen hatte. Diese erstellt ich erst gegen Ende der ersten Behandlungsphase. Rückblickend stellte ich in jener Zeit Vermutungen an, die am ehesten mit Hypothesen vergleichbar sind. Diese waren jedoch aufgrund meiner fehlenden Erfahrung noch sehr unbeholfen und rudimentär. Zudem verfolgte ich unbewusst den Ansatz des Nicht-Wissens (Anderson & Goolishan, 1992), weshalb ich aktiv versuchte keine vorschnellen Annahmen zu machen. Auf eine davon möchte ich jedoch an dieser Stelle kurz eingehen, da sie mir während dem Schreiben wieder bewusst wurde:

Damals ging ich davon aus, dass die Schwierigkeiten bei SK durch ein fehlendes Verständnis von ihrem Umfeld (Schule, Mutter), aber auch von SK gegenüber sich selber entstanden sind und dass sich diese Schwierigkeiten durch ein emphatisch orientiertes Verstehen-Wollen und uneingeschränkte Wertschätzung automatisch verringern. Bis zu einem gewissen Punkt konnte ich dadurch tatsächlich eine Verbesserung der Situation erreichen, indem sich SK verstanden fühlte und dadurch ein Vertrauen mir gegenüber aufgebaut werden konnte. Dies wiederum führte dazu, dass sie die Erkenntnisse, die sie aus den Stunden gewonnen hatte, ausserhalb der Therapiestunde versuchte anzuwenden.

Mit dem Start meiner Ausbildung am IEF nahmen die systemischen Hypothesen einen stetig grösseren Platz in meiner Arbeit mit SK ein. Dabei versucht ich nach den Stunden diese innerhalb der Verlaufseinträge zu notieren, um sie im Verlauf weiter überprüfen zu können. Als ich mich verstärkt mit dem Stellen von Hypothesen zu beschäftigen begann, war mir jedoch noch nicht klar, wie ich diese Notieren sollte, damit ich sie zu einem späteren Zeitpunkt auch wieder finden konnte. Im aktuellen Prozess kennzeichne ich die von mir gestellten Hypothesen grafisch, damit ich sie schneller finden kann. Am Ende der Behandlungsphase I waren diese noch sehr dürftig, wurden dann im Verlauf immer detaillierter. Im Folgenden möchte ich auf die mir wichtigsten Hypothesen kurz eingehen, indem ich sie in chronologischer Abfolge auflisten. Abschliessend möchte ich die Hypothesen mittels erster Systemdiagnose abrunden.

- Die Mutter versucht SK über die Therapie zu kontrollieren, indem sie vor dem Therapeuten SK aufzeigt, in welchen Bereichen SK Mühe hat. Dadurch möchte sie SK an sich binden, indem sie die sich sorgende Mutter spielt. Da SK der Mutter gefallen möchte, lässt sie sich vor dem Therapeuten von der Mutter einschüchtern und willigt vorerst in eine Therapie ein (Behandlungsphase I).
- Aufgrund einem starken umsorgen von Seiten der Mutter (Bemutterung) ist es für SK nicht möglich selbständig zu werden und sich von zu Hause zu lösen (Ende Behandlungsphase I).
- Die Mutter traut SK nicht zu, dass diese für sich selber entscheiden kann, ob sie Therapie benötigt oder nicht. Dies löst bei SK Verweigerungstendenzen aus, die sich in Form von Therapieabsenzen ohne Abmeldung manifestieren (Ende Behandlungsphase I).
- Die Mutter projiziert ihre eigenen Ängste aufgrund ihrer Vergangenheit auf SK und versucht sie aufgrund ihren eigenen Erfahrungen zu schützen. Dies führt dazu, dass die Mutter SK daran hindert, ihren eigenen Weg zu finden, weshalb SK verunsichert ist und mittels Rückzug und Verweigerung reagiert (Bedenkphase).
- Die Mutter macht SK von sich abhängig und bindet SK an sich, indem sie auf Autonomiebedürfnisse von SK gekränkt reagiert und mit Liebesentzug droht. Dadurch löst sie bei SK massive Schuldgefühle und Angst vor Trennung aus, weswegen es SK schwer fällt auf ihre Bedürfnisse zu achten, vor Angst die KM zu kränken. Dabei reagiert SK mit depressiven Überforderungssymptomen, um gegenüber der Mutter einen Grund für Rückzug zu haben (Beginn Behandlungsphase II).
- Die Mutter macht SK für das eigene Wohlergehen verantwortlich, indem sie SK emotional durch ignorieren und beschuldigen bestraft. Dies wiederum löst Schuldgefühle bei SK aus, weshalb sie nicht mehr in die Schule geht und zu Hause bei der Mutter bleibt (Behandlungsphase II).
- Die Mutter kontrolliert SK, indem sie SK emotional abhängig von sich macht. Dadurch kann sie SK stark im Haushalt einbinden. SK möchte der Mutter gefallen und hilft aufopfernd im Haushalt mit, was sich wiederum aufgrund der körperlichen Anstrengung negativ auf ihre Schmerzen auswirkt (Behandlungsphase II).
- Der Umgang mit der Mutter ist für SK schwierig, da die starken Emotionsschwankungen der Mutter dazu führen, dass SK in einem permanenten Spannungszustand ist, um auf die emotionalen Reaktionen der Mutter reagieren zu können (Behandlungsphase II).
- Das gezeigte Desinteresse des Vaters an SK löst bei SK Minderwertigkeitsgefühle aus, die sie durch emotionale Aufopferung für das Wohlbefinden der Mutter versucht zu verringern (Behandlungsphase II).

- Die Mutter nutzt das Desinteresse des Vaters an SK, um SK von sich abhängig zu machen, indem sie den Vater vor SK schlecht macht und sich als einzige sorgende Person darstellt, was wiederum die Minderwertigkeitsgefühle von SK verstärkt (Behandlungsphase II).
- SK kann in schwierigen Situation bestehen, da sie gelernt hat sich selber zu helfen indem sie aktiv wird und sich den Schwierigkeiten stellt (Behandlungsphase II).
- SK fühlt sich als Kind ihrer Eltern nicht erwünscht, da diese SK ihre finanzielle Not vorwerfen. SK reagiert darauf mit emotionalem Rückzug (Behandlungsphase II).
- SK hat Angst vor dem Wiedereinstieg in der Schule, da sie in der Vergangenheit wenig soziale Strategien entwickeln konnte, da sie sich für ihre bedürftige Mutter kümmern musste (Behandlungsphase II).
- Die Mutter übernimmt unangenehme Aufgaben von SK, um sie von sich abhängig zu machen, indem SK dadurch die Erfahrungen nicht machen kann (Behandlungsphase II).

Daraus ergibt sich eine Systemdiagnose im Sinne einer «Arbeitshypothese für Systemkonstellationen mit begrenzter Laufzeit» (Spitzcok von Brisinski, 1999). Dabei ist zu erwähnen, dass SK zusammen mit ihrem jüngeren Bruder zusammen bei der Mutter in einer Mietwohnung wohnt. SK besitzt eine älter Halbschwester, die zusammen mit ihrem Partner lebt. Die Eltern haben sich vor ein paar Jahren getrennt, wobei die eigentliche Scheidung erst aktuell vorgenommen wird. Bereits im Erstgespräch fällt auf, dass die Mutter ein dominantes Auftreten zeigt. Dabei bleibt SK still im Hintergrund und meldet sich nur, wenn sie von der Mutter oder von mir direkt angesprochen wird. Aufgrund der bereits sehr früh auftretenden familiären Schwierigkeiten durch die Trennung der Eltern wie auch im Umgang mit der älteren Halbschwester (AD(H)S Diagnose und Platzierung im Heim), lernte SK sich zurückzuziehen, um als möglichst wenig belastend zu wirken und als braves Mädchen die Anerkennung der Eltern zu erlangen. Die Eltern jedoch hatten aufgrund ihrer eigenen Schwierigkeiten wenig Zeit auf SK einzugehen, wodurch sich das Gefühl der Wertlosigkeit verstärkte. Zudem erlebte SK Gewalterfahrung im häuslichen Umfeld, insbesondere von Seiten Vater gegenüber der Mutter, was bei SK starke Trennungsängste auslöste. Aus Angst, dass es der Mutter während der Abwesenheit von SK nicht gut gehen, konnte sich SK nicht von zu Hause lösen. Durch die konflikthafte Trennung hat sich die Beziehung zur Mutter intensiviert, da diese den emotionalen Support in dieser Zeit von SK suchte, da die Mutter auf geringe soziale Unterstützung ausserhalb der Familie zurückgreifen konnte. Zudem zeigt die Mutter ein überfürsorgliches Elternverhalten, was bei SK zu einem Rückzug in die Unselbständigkeit führte. Als aufrechterhaltende Faktoren spielen Schuldgefühle beider Seiten hinein: Die Mutter hat Sorge SK in der Vergangenheit nicht genug Zuwendung entgegengebracht zu haben und SK fürchtet, dass die Mutter ohne sie nicht auskommt. Erschwerend kommt die somatische Diagnose einer Endometriose hinzu, da diese SK auf der somatischen Ebene vulnerabel macht und sie in ihrer Handlung eingeschränkt ist.

Interventionen

In diesem Kapitel werden die im Verlauf der Behandlung durchgeführten Interventionen beschrieben und reflektiert. Dieses Kapitel leitet in das Kapitel Verlauf über. Eine Intervention stellt eine Handlung des Therapeuten mit der Absicht dar, den Gesprächsverlauf zu beeinflussen (Starke & Hess, 2019). Eine systemische Intervention wird mit der Absicht und einer bestimmten Zielrichtung gemacht. Das genaue Resultat jedoch ist nicht vorauszusehen. Eine systemisch gestellte Frage sollte im Idealfall einen Suchprozess in Richtung Lösung auslösen und ist somit als Intervention zu betrachten (vgl. edb.). Im Folgenden werde ich auf die von mir häufig verwendeten Interventions-techniken in Form von Unterkapiteln eingehen. Im Titel wird die jeweilige Technik genannt, gefolgt von der Anwendungssituation und der Auswirkung. Abgeschlossen soll das jeweilige Unterkapitel mit einer kurzen Reflexion über die jeweilige Intervention.

Skalierungsfragen. Während dem Schreiben dieser Arbeit wurde mir bewusst, dass ich bereits Skalierungsfragen vor dem Beginn meiner Weiterbildung verwendet habe. In der ersten Behandlungsepisode stellte ich SK oft zu Beginn und am Ende der Stunde eine Skalierungsfrage zu ihrer Befindlichkeit. Dadurch verfolgte ich das Ziel Unterschiede für SK ersichtlich zu machen und die Dynamik der Zielerreichung darzustellen. Mir wiederum half diese Fragetechnik im Kontakt zu SK im Bezug zu ihren Anliegen zu bleiben.

Im weiteren Verlauf verwendete ich die Skalierungsfragen, um den Fortschritt zu einem bestimmten Ziel zu messen. Dabei fing ich mit dem Stand der aktuellen Situation an (z.B. Selbstbewusstsein) und wollte von SK wissen, wie es ihr diesbezüglich aktuell gehe und welchen Wert sie nach erfolgreicher Behandlung erreichen wollte. Dies ergänzte ich mit Veränderungsfragen, anhand welcher Merkmale sie eine Verbesserung feststellen könnte. Dadurch wollte ich den Fortschritt im Bezug auf das zu behandelnde Thema transparent machen und zugleich SK dazu bewegen, sich aktiv auf einen Suchprozess zu machen. Zudem wollte ich dadurch SK eine realistische Einschätzung zum Veränderungspotential ermöglichen, falls sie unrealistische Vorstellungen zur Zielerreichung äussern würde.

Die Skalierungsfragen sind nach wie vor fester Bestandteil der Behandlung mit SK. Dabei scheint sie gut auf diese Technik zu reagieren, indem diese einen inneren Suchprozess auslösen. Weiter helfen mir diese Fragen im Kontakt zu SK zu sein. Durch das regelmässig durchgeführte Erfragen der Befindlichkeit, kriege ich ein unmittelbares Feedback auf die aktuelle Stimmungslage von SK. Im Verlauf einer Stunde kriege ich zudem eine Rückmeldung, ob sich die Stimmung von SK verändert hat. Da sich SK gut auf diese Fragen einlässt, ist es mir möglich feine Unterschiede zwischen den Sitzungen und dem Fortschritt in einem Thema transparent zu machen.

Aufstellungsarbeit. In Folge einer internen Weiterbildung am KJPD führte ich mit SK eine Art Aufstellungsarbeit mit SK durch, indem ich sie in einem begrenzten Bereich mit Steinen und sonstigen Materialien ihr Familie aufstellen liess. Dadurch verfolgte ich das Ziel, die Beziehungsmuster eines Systems im Raum bildlich abbilden zu lassen. Dabei konnte SK die Erfahrung

machen, dass sie sich zu gewissen Personen im System distanziert fühlte und dies für sie ersichtlich wurde. Daraufhin forderte ich SK auf sich zu überlegen, was sie gerne verändern würde rein auf die Aufstellung bezogen. Daraufhin stellte sie ihren Vater, die Halbschwester und die Grossmutter mütterlicherseits näher zu ihrer Kernfamilie, welche aus Mutter, Bruder und SK bestand. In der anschliessenden Reflexion über mögliche Ideen zur Umsetzung von diesem Schritt, öffnete uns weitere Themenfelder wie zum Beispiel, dass sich SK nicht vorstellen konnte, wie sie eine nähere Beziehung zu ihrem Vater aufbauen kann. Zudem öffnete diese Intervention das Bedürfnis über ihr Halbschwester und die Zeit, als diese noch zusammen mit dem Vater zu Hause waren zu sprechen.

Diese Aufstellung führte ich ziemlich am Anfang der ersten Behandlungsepisode durch. Es konnten bereits Themen zu Nähe und Distanz in der Familie aufgezeigt werden. Trotz dieser aus therapeutischer Sicht naheliegender Themen, wurden diese in der weiteren Arbeit vorerst nicht weiter bearbeitet. SK klammerte diese Themen vorerst aus, da es - so meine Vermutung - zum damaligen Zeitpunkt zu früh war und SK noch nicht bereit dazu. Die damalige Intervention ermöglichte mir als Therapeut einen ersten Blick in eine mögliche Richtung. Aus der Distanz betrachtet traten bereits zu diesem Zeitpunkt Themen auf, die im Verlauf immer wieder zum Thema wurden. Wie zum Beispiel Näher zum Vater oder Nähe zur Grossmutter. Diese Intervention könnte einen ersten Schritt auf dem Weg zum aktuellen Stand geebnet haben.

Hypothetische Fragen. Mit dem Ziel Optionen zu erweitern, stellte ich in der zweiten Behandlungsepisode oft hypothetische Fragen. Insbesondere als das Thema der konflikthafter Beziehung zur Mutter stärker behandelt wurde. Dabei wollte ich mit SK alternative Vorgehensweisen im Vorfeld prüfen und eine erste Annäherung ermöglichen. Dies sollte auch dazu dienen, dass es SK Zugang zu bedrohlich erscheinenden Handlungsmöglichkeiten zu erhalten. Dazu stellte ich SK die Frage was passieren würde, oder wie die Mutter reagieren würde, wenn sie in einer sich wiederholenden Situation auf eine alternative Weise verhalten würde.

Diese Methode ermöglichte es aus meiner Sicht, dass SK zu Hause alternative Verhaltensweisen ausprobierte. Dabei konnte sie die Erfahrung machen, dass diese für sie nützlich und hilfreich sind, die sie wiederholt einsetzte. Zudem habe ich das Gefühl, dass es SK durch diese Intervention erst möglich wurde, das schier undenkbbare gedanklich durchzuspielen, um dann auf diese bereits geleistete Vorarbeit in der Situation zu Hause zurückgreifen zu können. Teilweise machte SK die Erfahrung, dass gewisse besprochenen Optionen zu Hause heftige Reaktionen von Seiten der Mutter auslösten, was wiederum dazu führte, dass SK das Verhalten der Mutter besser verstehen konnte.

Zirkuläre Fragen. Mit Beginn meiner Ausbildung versuchte ich mich vermehrt mit dem Stellen von zirkulären Fragen, was hauptsächlich in der zweiten Behandlungsepisode stattgefunden hat. Zusammen mit den oben erwähnten hypothetischen Fragen verfolgte ich das Ziel, SK vermehrt einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen, um neue Beobachtungsstandpunkte zu vermitteln, welche das Verständnis bei SK über die zu Hause vorherrschende Familiendynamik ersichtlicher machen sollte.

Leider fanden bisher keine Einzelstunden mit SK statt, da diese ausdrücklich auf eine Teilnahme der Mutter an den Gesprächen verzichtete. Aus meiner Sicht wäre es hilfreich, die zirkulären Fragen in einem Gespräch mit SK und weiteren Teilnehmer zu stellen. Leider hatte ich dazu noch nicht die Gelegenheit. Bisher haben die zirkulären Fragen dazu beigetragen, dass sich SK mit den Perspektiven der restlichen Teilnehmer aus der Familie auseinander setzte. Dies ermöglichte mir das System und deren Teilnehmer, obwohl sie nicht vor Ort waren, kennenzulernen und eine gewisse Dynamik aufzuzeigen. SK reagiert gut auf diese Fragen. Dabei strengt sie sich ersichtlich an, eine möglichst passende Antwort zur jeweiligen Person zu geben.

Fragen nach konkreten Schritten. Um die mittels oben erwähnten Interventionen und den daraus entstandenen Handlungsoptionen konkret durchzuspielen (in Ergänzung zu den hypothetischen Fragen), stellte ich SK oft am Schluss diese Fragen und verknüpfte dies mit einer Hausaufgabe, welche sie zu Hause ausprobieren konnte. Ab und zu gelang es SK die in der Stunde erarbeiteten Handlungsoptionen zu Hause umzusetzen, was in den meisten Fällen zu einer Verbesserung der Befindlichkeit bei SK führte. Zum Beispiel gelang es SK mit der Zeit vermehrt, sich von der Mutter abzugrenzen, indem sie sich in ihr Zimmer zurückzog oder mit einer Kollegen abmachte.

Da SK mit hohem Engagement in die Therapie kommt, setzt sie konkrete Schritte regelmässig um. Was aus meiner Sicht zu beachten ist, dass ich für SK nicht zu schnell vorwärts gehe und sie dadurch überfordere, da sie für den Schritt noch nicht bereit ist und um mir zu gefallen über ihre Grenzen geht. Dies passierte einmal, als sie sich von der Schwester abwendete und diese sehr heftig auf diese Abweisung reagierte, was wiederum SK so verunsicherte, dass sie in alte Muster von Schuldzuweisung verfiel. Grundsätzlich spricht SK jedoch gut auf diese Interventionstechnik an und ermöglicht ihr ein Weiterkommen bezüglich ihrer Ziele.

Genogramm und GAS. Neben dem GAS, welches weiter unten im Kapitel Evaluationsverfahren auf S. 28 näher beschrieben wird, erstellten wir einen ersten Teil eines Genogramms. Dabei verfolgte ich das Ziel, die Familienstruktur für SK grafisch darzustellen, um dadurch Zusammenhänge in der Familie darzustellen.

In einem ersten Schritte erstellen wir die Seite der Mutter. Dabei fällt auf, dass auf dieser Seite viele Kinder aus zweiter oder dritter Ehe auf einer Ebene sind. Zudem scheint die Mutter früh schwanger worden zu sein (was bei der Grossmutter mütterlichseits auch bereits so war). Zudem erlebte die Halbschwester eine Verdrängung aus der Familie durch SK, da der Vater der Halbschwester keinen Kontakt mehr hat. Die Mutter selber hatte eine ähnliche Position wie SK, da auch sie ihre ältere Halbschwester aus der Familie drängte.

Verlauf

Dieses Kapitel dient zur Ergänzung der eingangs dargestellten Fallübersicht (siehe dazu *Abbildung 1: Behandlungsepisoden* S. 8). Hier sollen auf die den Gesamtverlauf der bisherigen Therapie sowie deren einzelnen Phasen genauer eingegangen werden. Dazu werden die zu den jeweiligen Phasen

gehörenden wichtigen Ereignisse und Veränderungen erläutert werden. Der Fall wurde mir Mitte Februar 2019 vom Chefarzt zugewiesen. Bei SK handelt es sich um einen laufenden Fall.

Behandlungsphase I. Die erste Behandlungsphase kennzeichnet sich durch das Erstgespräch mit einer ersten Auftragsklärung, der Kennenlernphase, einer ersten Verfeinerung des Auftrags, einem Anamnesetermin mit der Mutter und diversen Standortgesprächen mit SK und ihrer Mutter.

Im Anschluss an das Erstgespräch fanden vier Einzeltermine mit SK und einem längeren Anamnesetermin mit der Mutter statt. Dies diente mir für ein erstes Kennenlernen von SK und einem ersten Überblick der Situation. Aufgrund einer fehlenden klaren Auftragslage erarbeiteten wir in dieser ersten Episode mögliche Ziele für eine allfällige Therapie die wir zusammen an einem ersten Standortgespräch zusammen mit der Mutter besprachen. Aufgrund bereits erfolgter Kurzintervention bezogen auf das Thema Selbstwert stellte sich bei SK eine erste Beruhigung ein, weshalb sie sich im ersten Schritt ablehnend gegenüber einer Therapie äusserte. Im gemeinsamen Gespräch mit der Mutter äusserte diese den Wunsch, den Vater als Thema in den folgenden Sitzungen zu machen, da sie hier Handlungsbedarf sehe. SK konnte sich im Verlauf darauf einlassen und wir beschlossen einen weiteren Block bis zu den Sommerferien mit Einzelsitzungen durchzuführen, um das Thema KV und die damit verbundene Schwierigkeit Nein zu sagen zu behandeln. Weiter möchte SK am Thema Selbstvertrauen dran bleiben. In dieser zweiten Episode arbeiten wir an den besprochen Themen. Dabei stellt sich heraus, dass SK nicht sehr motiviert ist und sich wohl eher durch das Drängen der Mutter zu einer Therapie hatte verleiten lassen. Es folgten weitere Standortgespräche, wobei sich SK immer wieder von der Mutter dazu verleiten liess die Therapie weiterzuführen. Es folgten vermehrt Absenzen ohne Abmeldung von Seiten SK. Auf diesen Umstand angesprochen erfolgte ein weiteres Einzelgespräch mit SK und ein darauf folgendes Standortgespräch im Oktober 19, an dem sich die Mutter auf Drängen von SK dazu Umstimmen liess, die Therapie vorerst zu pausieren und Mitte Februar 2020 erneut in Form eines gemeinsamen Gesprächs das weitere Vorgehen zu besprechen.

In diesen letzten Behandlungsepisoden schilderte die Mutter immer wieder für sie feststellbare Verbesserungen zu Hause im Umgang mit SK. Dies würde sie bemerken, indem SK vermehrt für sich eintreten könne und sich weniger vor herausfordernden Situationen drücke. Zudem beschloss SK in dieser Behandlungsepisode im Anschluss an die obligatorische Schule die Matura an der International School of Schaffhausen (IS-SH) zu absolvieren. Dieser Start fand in der letzten Episode dieser Phase statt, wobei SK bereits nach der ersten Woche aufgrund von somatischen Ursachen in Form von Magenschmerzen hätte aussetzen müssen. Obwohl sich SK bereits damals über den Wiedereinstieg in die Schule fürchtete, wollte sie Behandlung am KJPD nicht weiterziehen und die Therapie vorerst beenden.

In der Rückschau wird mir klar, dass die Motivation einer Therapie in der ersten Phase stark von der Mutter abhing. SK konnte sich bis zu einem gewissen Grad auf die Therapie einlassen, wobei mit fortschreitendem Verlauf die Akzeptanz weiter sank, was SK in Form von nicht Erscheinen zeigte.

Diese Phase war jedoch aus meiner Sicht nötig, um SK das nötige Vertrauen in mich aufbauen zu lassen, dass ich ihren Wunsch akzeptieren konnte und somit nicht ein verlängerter Arm der Mutter wurde. Dadurch, dass ich ihren Wunsch nach Pause gegenüber der Mutter unterstützte, konnte SK mich als ein ihr wohlgesonnener Therapeut wahrnehmen. In einem ersten Schritt scheint es mir gelungen zu sein, der Verführung der Mutter, mich auf ihre Seite zu schlagen, zu widerstehen.

Bedenkphase. Diese Phase der Bedenkzeit dauerte von Anfangs Oktober 2019 bis Anfangs July 2020 und wurde quasi von Der Mutter als Kompromiss für ein vorzeitiger Abschluss der Therapie gewünscht. In dieser Zeit fand ein Telefongespräch mit der Mutter erst im April 2020 statt, da in der Zwischenzeit ein Gespräch von Seiten Mutter nicht stattfinden konnte und ich in Anschluss bis Ende März in den Vaterschaftsurlaub ging. Kurz nach meiner Rückkehr Mitte April teilte mir die Mutter telefonisch mit, dass SK das 10. Schuljahr an der IS-SH aufgrund starker chronischer Bauchschmerzen abbrechen musste. Medizinische Untersuchungen hätten gezeigt, dass SK an Endometriose leiden würde. Die Mutter teilt weiter mit, dass SK auf der Suche nach einer Lehrstelle sei. Aufgrund des in diesem Zeitraum abspielenden Lockdowns aufgrund COVID-19, vereinbarten wir einen Termin nach dem Lockdown. Aufgrund dessen fand Ende Mai 2020 ein weiteres Telefongespräch mit SK und der KM statt. Dabei stellte sich heraus, dass SK auf den Sommer 2020 keine Lehrstelle gefunden hätte und sich für das Berufs-Vorbereitungs-Jahr (BVJ) (weitere Form des 10. Schuljahrs) anmelden wolle. SK äusserte kein direktes Anliegen. Ich teilte der Mutter mit, dass wenn kein therapeutisches Anliegen vorliegen würde, auch keine Therapie am KJPD stattfinden könne. Die Mutter lenkte dabei ein, den Fall am 13.05.2020 abzuschliessen.

Aus meiner Sicht war diese Phase insofern wichtig, als dass SK sich weiter in ihrer Autonomie gegenüber gestärkt sah. Diese Phase war nicht nur für die Mutter ein Kompromiss, sondern auch für SK, die um Grunde genommen die Therapie beenden wollte. Zudem konnte sich die Mutter einen Schritt in Richtung dem Selbständigwerden von SK einlassen, indem sie sich nach zweimaliger Verlängerung einverstanden erklärte die Therapie zu beenden. Wäre dies nicht passiert, so meine Einschätzung, hätte SK nicht so weit auf die Themen einlassen können, wie sie es aktuell kann.

Behandlungsphase II. Die Behandlungsphase II wurde durch den Wunsch von SK nach einem Gespräch bei mir Anfangs July 2020 eröffnet. Dabei erfolgte eine weitere Auftragsklärung, in der SK über eine depressive Verstimmung und damit einhergehenden Schlafschwierigkeiten berichtete. Zudem berichtete sie über die bei ihr entdeckte Endometriose Erkrankung. SK äusserte den Wunsch mit mir über diese Themen zu sprechen, da sie rückblickend von den Gesprächen mit mir profitieren konnte und sie dadurch eine Verringerung der Symptome erhoffte. Ich schlug das bekannte Vorgehen einzelner Stunden mit einem im Anschluss stattfindenden Standortgespräch vor, um die Themen weiter zu verfeinern. Mir schien dies ein angezeigtes Vorgehen zu sein, da ich mir noch nicht sicher war, weshalb genau SK die erneute Anmeldung vorgenommen hat. In Rücksprache mit meinem Vorgesetzten beschlossen wir den Fall weiterlaufen zu lassen und uns die administrative Neueröffnung zu ersparen. Im Verlauf dieser Phase traten zur depressiven Verstimmung und den

Schlafschwierigkeiten neue Themen auf, wie zum Beispiel der Umgang mit der Mutter zu Hause, die chronischen Schmerzen aufgrund ihrer Erkrankung, sich verstärkt abzeichnende Suizidgedanken und weitere.

Zu Beginn dieser Phase stand das Thema Einstieg in das 10. Schuljahr im Zentrum (BVJ) und die damit einhergehende Anspannung. In den nächsten Stunden arbeiteten wir an SKs Ressourcen und erarbeiteten Methoden, wie sie sich vor dem Schulstart selber beruhigen kann (sozialer Austausch, Atemtechnik, sich selber gut zurede, an die Therapiestunden zurückdenken). Den Schulstart im August 2020 meisterte sie mit Bravour, was sozusagen als Therapieauftakt in dieser Phase angeschaut werden kann. In den folgenden Stunden traten die Themen Suizidalität und Beziehung zur Mutter verstärkt auf, die immer auf dem Hintergrund starker somatischer Schmerzen in der Bauchregion begleitet wurden. Aufgrund der depressiv anmutenden Verstimmtheit folgten, auf Wunsch von SK nach medikamentöser Behandlung, Medikamentengespräche mit einer Psychiaterin aus dem KJPD-Team. Nachdem das Thema Mutter vertieft wurde, erstellten wir das erste GAS (siehe Detailliert im Kapitel Evaluationsverfahren auf S. 28). Zudem wurde SK in dieser Zeit volljährig. In dieser Zeit häuften sich aufgrund der starken Schmerzen die Schulabsenzen und SK blieb oft zu Hause. Dabei kam es vermehrt zu Konflikten zwischen SK und ihrer Mutter aufgrund erhöhter gemeinsamer Zeit, die verstärkt zu Reibungspunkten führte. Zudem machte sich SK Sorgen um die Schule, worauf ein Gespräch zwischen mir und der Hauptlehrperson stattgefunden hat.

Im Verlauf beschäftigten wir uns primär mit den Themen, die SK in die einzelnen Stunden einbrachte. Das Thema Mutter trat dabei regelmässig auf. Im Zusammenhang mit den Konflikten zu Hause kam auch das Thema Vater erneut zur Sprache. Die Eltern von SK befanden sich nun nach mehreren Jahren der Trennung in der Scheidung, wobei aufgrund der konflikthaften Beziehung diese über die Anwälte ausgetragen wurde. Dabei kam ein neues Thema zum Vorschein, das im Zusammenhang mit dem Thema Vater und den Bauchschmerzen steht. SK schilderte mir von einem panikartigen Erleben, wenn sie erbrechen müsse. Dies habe sie, seit sie als kleines Kind mit ihrem Vater habe erbrechen müssen und er sie daraufhin demütigte und erniedrigte. Aufgrund weiterer wichtiger Anliegen von SK trat dieses Thema vorerst in den Hintergrund.

Der nächste Abschnitt der Therapie wurde aufgrund von ausstehenden Krankenkassenbeiträgen eingeläutet. Dabei wurde ich von der Spitaladministration informiert, dass die Kasse SK auf die schwarze Liste gesetzt hat (damals in Schaffhausen noch praktiziert) und die Aufforderung die Behandlung einzustellen, oder die Kosten direkt in der Stunde einzutreiben. Trotz dieser Weisung führte ich weitere Einzelgespräche mit SK (teilweise in Absprache mit dem Chefarzt). Dabei stellte sich heraus, dass die Mutter mit dem Bezahlen der Rechnungen für die Familienkasse im Hintertreffen war. SK konnte sich bald darauf aus dieser Familienkasse lösen und somit konnte die Therapie offiziell wieder aufgenommen werden. Durch den Vorfall mit der Krankenkasse schälte sich das Thema Auszeit von zu Hause und Auszug im Generellen heraus. In diesem Zusammenhang nahm ich Kontakt mit dem Kinder- und Jugendsozialdienst auf, um gemeinsam nach möglichen Lösungen

für SK zu suchen. Das Ziel dabei war, SK wieder in die Selbstverantwortung zu nehmen und ihr nur die Möglichkeiten einer alternativen Finanzierung vor Augen zu führen. Aufgrund ihrer Volljährigkeit wurde die Zusammenarbeit jedoch wieder beendet, da SK nun direkt aufs Sozialamt hätte gehen müssen. Wir suchten nach Alternativen, auch im Zusammenhang mit einer möglichen Auszeit beim Vater oder der Grossmutter mütterlicherseits. Dieses Thema ist aktuell in der Bearbeitung.

Zwischenzeitlich führten wir Anfangs 2021 ein Rückblick bezüglich der im GAS formulierten Zielen. Im Verlauf kamen weitere Ziele dazu, deren Fortschritt wir ausführlich betrachteten. Weiter erstellten wir einen ersten Teil eines Genogramms, um die Familiendynamik auf eine andere Weise darzustellen. Dabei fokussierten wir uns in einem ersten Schritt auf die Seite der Mutter. Diese Arbeit wurde erneut unterbrochen, da uns der Hausarzt von SK ein Video zuspielte (in Absprache mit SK), auf dem SK mit deutlichen Bewegungsstörungen zu sehen war und die an eine fokale Epilepsie erinnerten. Daraufhin wurde das Medikament von SK abgesetzt, da zuerst untersucht werden musste, woher diese Störung kam. Zudem erfolgte in dieser Zeit eine Operation, welche eine Verbesserung der Bauchschmerzen zur Folge hatte. Aufgrund der Unsicherheit bezüglich der Bewegungsstörungen wurde die Verschreibung der Medikamente an den Hausarzt ausgelagert, da dieser die Bewegungsmuster im Zusammenhang mit dem Stress einordnete und unsere Psychiaterin sich diesbezüglich nicht so sicher war. Wir entschieden uns zu diesem Schritt, da der Hausarzt SK schon seit klein auf kennt und aus unserer Sicht Sinn machte, die Medikamente über ihn laufen zu lassen.

In der aktuellen Phase dreht sich das Thema primär um den Wiedereinstieg in die Schule. SK war nun die meiste Zeit zu Hause. Jedoch hat ihr der Hausarzt dazu geraten, nach den Frühlingferien einen neuen Versuch zu starten (bisher stellte er ihr die Arztzeugnisse aus). Dabei treten die Symptome der sozialen Phobie erneut auf. Leider ist der Wiedereinstieg in die Schule nach den Ferien nicht geglückt. SK erschien nicht in die Einzelstunde. Erst auf meine Nachfragen meldete sie sich und teilte mir per Textnachricht mit, dass es ihr aktuell nicht so gut gehe und sie viel im Kopf habe, weswegen sie die Stunde vergessen habe.

Diese letzte Phase der Therapie mit SK stellt aus meiner Sicht den wahren Kern der Therapie dar, die noch nicht abgeschlossen ist. Auffallend dabei ist, dass beim Thema Mutter immer wieder andere Störungen auftreten. So als ob das Thema zwischenzeitlich von Seiten SK mehr Ruhe benötigt, um dann erneut aufzutreten. Das Thema Mutter setzt sich wie ein roter Faden durch die ganze zweite Behandlungsepisode durch. Die restlichen Themen treten auf, stehen eine Zeit lang im Vordergrund, verschwinden dann jedoch wieder etwas von der Therapiebühne, um dann erneut aufzutreten. Da ich SK die Wahl lassen möchte, welche Themen sie gerade angeht, ist es meine Aufgabe die im Hintergrund schlummernden nicht aus den Augen zu verlieren und im passenden Moment hervorzuholen. Es könnte bei einigen jedoch gut sein, dass sie sich von selbst erledigen, da SK sich permanent weiterentwickelt.

Therapeutische Wechselwirkung - 4 Seiten

In diesem Kapitel werden Reaktionen auf Interventionen und Wendepunkte, sowie Veränderungen in den unterschiedlichen Systemen beschrieben und reflektiert. Zudem werde ich auf die Veränderung der Hypothesen und der Diagnostik eingehen. Weiter soll hiermit auch auf die wechselseitigen Anpassungsprozesse Rechnung getragen werden.

Diagnostische Wechselwirkung

Welche diagnostischen Annahmen habe ich im Verlauf getroffen und wie haben diese den therapeutischen Prozess beeinflusst? Eine Annahme habe ich aufgrund der Vordiagnose soziale Phobie getroffen und anhand dem Wunsch nach Stärkung des Selbstbewusstseins in Situationen mit mehreren Personen (Schule). Ich ging davon aus, dass SK eine eher introvertierte Person sei und es deshalb SK schwer falle sich gegen aussen zu zeigen. Zudem schätzte ich sie als intelligente junge Frau ein, die sich sehr viele Gedanken über unterschiedliche Dinge im Leben machte, jedoch Mühe hatte ihre eigenen Stärken und Qualitäten zu sehen. SK erschien mir als eine Person, die sehr sensibel im zwischenmenschlichen Bereich ist, dabei viel wahrnimmt und ebenso viel Empathie für das Gegenüber aufbringen konnte, sich dabei jedoch oft zu wenig auf sich selber schaute. Ihre damals angewandte Strategie war es wann immer möglich, unangenehmen Situationen aus dem Weg zu gehen. Hilfreich in dieser Strategie war der Umstand, dass sie oft krank war und über starke Schmerzen klagte, weswegen sie vom Hausarzt eine Dispens bekam. Damals war noch nicht klar, dass sie an Endometriose litt. Meine Annahmen prägten mein therapeutisches Handeln insofern, als dass ich versuchte über die Beziehung, also das Vertrauen von SK mir gegenüber und einem sehr sachten Pacing mittels emphatischen und wohlwollenden Vorgehen aufzubauen. Ich wollte ihr Selbstwert über das Stärken ihrer Ressourcen, indem sie darauf lösungsorientiert hilfreiche Handlungsmöglichkeiten erarbeiten konnte, aufbauen. Ich habe intuitiv gespürt, dass ich bei SK aufpassen musste, die Erwartungen der Mutter nicht zu übernehmen. Ich wollte SK darin stärken, dass sie selber die Themen bringen konnte, die sie bearbeiten wollte und dass ich sie in ihren Kompetenzen stärkte.

Im Verlauf, insbesondere im zweiten Behandlungsteil, rückte das konflikthafte Familiensystem und die Beziehung zur Mutter vermehrt ins Zentrum. Versuchte ich ersten Teil ausschliesslich über die direkte therapeutische Beziehung zu arbeiten, ergänzte ich meine Interventionen immer mehr in Richtung eines systemischen Vorgehens mit dem Ziel, die Strukturen der Familie und des Umfelds von SK genauer zu verstehen. Dabei wendete ich vermehrt Techniken wie zirkuläre Fragen, GAS, Genogramm und das Bilden von Hypothesen an. Dies sollte SK ermöglichen ihre Familie aus einem anderen Blickwinkel betrachten zu können, um durch das Einnehmen einer Metaebene auf neue Lösungsideen zu kommen. Daraus resultierte, dass sich SK begann gegenüber der Mutter zu behaupten. Weiter suchte sie aktiv nach alternativen Wohnmöglichkeiten, sei es bei der Verwandtschaft oder über den Kinder- & Jugendsozialdienst. Der therapeutische Prozess verlagerte sich teilweise in die Richtung von sozialpsychiatrischem Arbeiten in Form von Gesprächen mit externen

Fachpersonen.

Interaktion

Wechselwirkungen zwischen den beteiligten Personen und Systemen, insbesondere Fachpersonen- und Klient*innen-System beschreiben und reflektieren. Dazu gehört der Kontakt zur Mutter, den Lehrpersonen und den involvierten Fachpersonen wie Kinder & Jugendsozialdienst, Hausarzt, Spezialarzt, sowie Interaktion zwischen Spital und Krankenkasse aufgrund mangelnder Versicherungsdeckung.

In der ersten Behandlungsphase war die Interaktion mit der Mutter neben der eigentlichen Therapie mit SK von zentraler Bedeutung. Rein rechtlich gesprochen konnte die Mutter als sorgeberechtigter Elternteil über den weiteren Verlauf der Therapie entscheiden. Für mich stellte dies eine Gratwanderung dar. Auf der einen Seite wollte ich die Beziehung zu SK aufbauen, weshalb ich die Anliegen der Mutter möglichst draussen halten musste, auf der anderen Seite involvierte ich die Mutter stark in den Prozess ein, indem wir zu dritt regelmässig Gespräche führten. Ich musste also nicht nur das Vertrauen von SK erarbeiten, sondern auch das der Mutter. Aus den Schilderungen der Mutter ging hervor, dass sie die ambulante Therapie bei meiner Vorgängerin aufgrund Differenzen zwischen ihr und der Therapeutin beendete. Deshalb war es wichtig, dass die Mutter wenigstens teilweise im Boot war. In der zweiten Behandlungsepisode meldete sich SK selbständig. Dabei wurde sie im Verlauf volljährig, was es bezogen auf die Mutter etwas einfacher machte. Ab diesem Zeitpunkt musste ich die Mutter nicht mehr so stark involvieren, da SK selbständig über die Therapie entscheiden konnte.

Ein weitere wichtiger Interaktionspartner war und ist der Hausarzt. Dieser meldete sich in Absprache mit der Mutter in der zweiten Behandlungsepisode mit einem Video selbständig bei uns. Auf diesem Video war SK in einer Episode zu sehen, in der sie deutliche Bewegungsstörungen zeigte. Für mich war dies überraschend, da ich von SK bisher nichts über diese Vorfälle gehört habe. Zudem meldete sich der Hausarzt auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter. Der Hausarzt hatte wohl SK darüber eingeweiht, nur war mir nicht klar wie einverstanden sie damit war. Als ich das Thema mit SK besprochen habe teilte SK mit, dass sie selber diese Episoden nicht so ernst genommen hat (obwohl diese bis zu 10mal am Tag aufgetreten sind). Zudem seien sie ihr peinlich gewesen, weswegen sie mir darüber nichts berichtete. Auf der einen Seite war ich froh, meldete sich der Hausarzt. Auf der anderen Seite störte diese Intervention den Therapieablauf, da die Medikamente gestoppt wurden, Termin mit SK und der Psychiaterin stattfinden mussten, sowie SK zu einem Elektroenzephalografie (EEG) unterziehen musste. Später im Verlauf führte dies dazu, dass die Medikamentenvergabe zurück an den Hausarzt übergeben wurde, da sich die Psychiaterin am KJPD scheute, ohne Langzeit-EEG Medikamente zu verschreiben, da mit dem Absetzen der Medikamente die Bewegungs-Episoden stark abgenommen haben. Durch das aktive Melden des Hausarztes wurde auch die Interaktion mit der Mutter erneut verstärkt, da sie die Initiantin für das

Vorgehen des Hausarztes gewesen ist. Somit rückte auch die Mutter wieder etwas näher an den Therapieprozess mit SK. In den darauf folgenden Stunden wurde die Möglichkeit gemeinsame Gespräche mit der Mutter zu führen mit SK besprochen. Was wiederum dazu führte, dass sich SK wieder näher an der Mutter orientierte.

Neben diesen Personen soll hier noch kurz auf die Interaktion mit den restlichen Personen eingegangen werden wie zum Beispiel der Lehrperson aus dem BVJ-Schuljahr. SK machte sich gleich zu Beginn ihrer Absenz grosse Sorgen um die Schule. Dabei stellte sich heraus, dass sich nicht getraute bei der Lehrperson anzurufen und Informationen über mögliche weiteren Schritte einzuholen. Zusammen erarbeiteten wir aus Seiten SK ein Verständnis gegenüber der Schule und dem möglichen Denkmustern anderer Leute. Obwohl die eigentliche Interaktion mit dem Lehrer sich auf ein Minimum beschränkte, so teilte dies dazu bei, dass sich SK über ihre Rolle als Schülerin bewusster und in die Absichten anderer Personen besser verstehen konnte. Eine weitere Interaktionsperson darf hier nicht fehlen und zwar ist dies der Vertreter des Kinder- & Jugenddienstes, mit welchem wir gemeinsame Gespräche führten, um mögliche Wohn-Alternativen für SK zu besprechen. Diese Gespräche lösten Veränderungen zu Hause im System aus, denn SK liess Hinweise diesbezüglich gegenüber ihrer Mutter verlauten. SK zeigte sich zunehmend, was der Mutter auffiel und zu einer Veränderung der Dynamik zwischen SK und ihrer Mutter führte. Dabei konnte die Mutter SK direkt sagen, dass sie SK nicht ziehen lassen wollte und es ihr am liebsten wäre, wenn SK noch bis zum 25. Lebensjahr bei ihr wohnen würde.

Ebenso die Unschöne Episode mit der Krankenkasse löste im System so einiges aus. In der Folge des verordneten Therapiestops von ganz oben, musste ich mich zwangsläufig mit der Mutter von SK in Verbindung setzen. Jedoch unter einem anderen Vorzeichen, denn diesmal musste ich der Mutter klar machen, dass dieses Verhalten so nicht tolerierbar sei und es zu den elterlichen Pflichten gehören würde, bei ausbildungspflichtigen Kindern für deren Unterhalt aufzukommen. Bisher waren die Interaktionen mit der Mutter von Anforderungen an mich geprägt. Diesmal wollte ich mich für das Anliegen von SK einsetzen. In der Folge konnte für SK eine eigene Krankenkassenpolice erstellt werden, was einen weiteren Schritt in Richtung Selbständigkeit darstellt. Dadurch, dass ich in diesen für die Mutter peinlichen Vorfall involviert wurde, nahm ich eine andere Position ein. Bisher schilderte mir die Mutter ihre Ängste und Sorgen bezüglich der Entwicklung von SK. Ihre eigene Rolle konnte sie bisher gekonnt ausklammern. Durch diesen Zwischenfall mit der Krankenkasse wurde der Mutter aufgezeigt, dass sie eine wichtige Rolle in der Dynamik von SK einnimmt.

Therapieergebnisse & Wendepunkte

In diesem Abschnitt soll behandelt werden was gewirkt hat und was die Konsequenzen daraus waren. Zudem gehe ich auf Wendepunkte im Prozesse und Weg-Gabelungen, sowie Anzahl Sitzungen ein.

Gewirkt hat aus meiner Sicht das Erarbeiten von Handlungsstrategien über die Orientierung an

den Ressourcen. Dadurch war es SK möglich das Gelernte direkt umzusetzen und dadurch positive Erfahrungen zu machen. Dieses Vorgehen blieb durchgehend bestehen und wurde immer wieder bei Bedarf angewendet. Zudem konnten Erkenntnisse über die Familiendynamik SK dazu verhelfen, eine neue Sichtweise zu erhalten. Dies hat ihr aus meiner Sicht geholfen ihre Situation besser zu verstehen und einzuordnen. Scheint sie früher sich oft wenig Hilfreiche Gedanken gemacht zu haben, konnte sie mit Hilfe der systemischen Mitteln aus diesem Gedankenkarussell aussteigen und zeitweise eine Metaebene einnehmen. Eine grosse Hilfe scheint für SK auch die Möglichkeit der Reflexion zu sein, welche mit Hilfe der Skalierungsfragen permanent validiert werden konnte. Hilfreich könnte dabei die nicht-invasive Neugierde gewesen zu sein. Zudem scheint die bedingungslose Akzeptanz eine neue Erfahrung ermöglicht zu haben, da dies zu Hause nicht möglich ist und sich SK permanent in einer Schuld sieht. Hier hatte sie den Raum, als Person ernst genommen und mit Respekt auf Augenhöhe begegnet zu werden. Konsequenzen daraus sind, dass diese wirkungsvollen Mechanismen weiter angewendet werden.

In der zweiten Behandlungsepisode verlor ich durch die starke Fokussierung auf das Familiensystem den Fokus auf SK und ihre Schwierigkeiten im Umgang mit sozialen Situationen. Ich vernachlässigte diesen Punkt aufgrund grosser Fortschritt in der Vergangenheit. Dies wirkte sich meines Erachtens beim versuchten Wiedereinstieg in die Schule aus, indem SK mit vermehrt Schmerzen und depressiven Symptomen reagierte. Obwohl wir versuchten anhand der früher erarbeiteten Techniken eine Vorbereitung zu treffen, reichten diese Bemühungen nicht aus und SK scheiterte beim Versuch zurück in die Klasse zu kehren. Leider fanden aus unterschiedlichen Gründen bisher keine weiteren Termine mit SK statt. Ich vermute, dass ich SK mehr zugetraut habe, als sie in dieser Situation bewerkstelligen konnte. Dabei konnte ich nicht sehen, dass das Thema Familie bei SK in den Hintergrund rückte und der Wiedereinstieg sie in alte Muster abgleiten liess.

Wendepunkte sind auch in der Grafik in *Abbildung 1: Behandlungsepisoden* zu erkennen. Einerseits das Initiieren einer Therapiepause, in der für SK viel passierte (Schulabbruch, Diagnose der Endometriose, erfolglose Suche nach Lehrstelle). Nach dieser Pause, als SK sich aus eigenen Stücken für die Fortsetzung der Therapie aussprach und sich so für sich und ihre Bedürfnisse einsetzte. Die durchgeführte Operation, da sie sich gegenüber dem leitenden Arzt durchsetzen konnte, da dieser keine Operation in ihrem Alter durchführen wollte und es ihr danach besser ging. Weiter war der Vorfall mit der Krankenkasse für SK wohl hilfreicher als erst angenommen, da sie dadurch einen weiteren Schritt in Richtung Loslösung von zu Hause gehen konnte.

Der aktuellste Wendepunkt scheint sich nach dem versuchten Wiedereintritt in die Schule einzuleiten. In der Vergangenheit blieb SK den Therapiterminen fern, wenn etwas damit nicht stimmte. Seit dem Versuch in die Schule zurückzugehen, kam keine einzige Therapiestunde zustande. SK meldete sich nicht von sich aus. Erst als ich mich aktiv über mehrere Kanäle bei ihr meldete, konnte sie Kontakt zu mir aufnehmen. Über dieses Verhalten lässt sich gut Hypothesen generieren. Meine Vermutung ist a) sie schämt sich für den verpatzten Versuch und macht sich selber dabei fertig, b)

sie misst der Therapie zu wenig Hilfpotential zu und denkt ans Aufhören.

Bezogen auf die Sitzungen kam SK bisher 40 mal in die Einzelstunde. Davon fanden knapp 10 in der ersten Behandlungsphase statt. Insgesamt fanden 5 Standorgespräche mit der Mutter zusammen statt, wobei alle in der ersten Phase inklusive Pause abgehalten wurden. SK fehlte in der ersten Phase 5 mal unentschuldig, in der zweiten Phase 2 mal. Obwohl die zweite Phase länger war, fehlte sie weniger, was dafür zu sprechen scheint, dass ihr Commitment um einiges Grösser ist.

Feedback

Rückmeldungen erfolgte durch das Klient*innensystem von Seiten der Mutter und von SK selber. In der ersten Phase, als die Mutter stärker eingebunden war, berichtete die Mutter von festgestellten Veränderungen bei SK zu Hause. SK könne sich besser für sich einsetzen und würde sich selbständig bei Personen melden, wenn sie etwas von ihnen wolle. Früher wäre ihr das unangenehm gewesen und sie hätte sich davor gedrückt. Weitere Rückmeldungen von Seiten der Mutter blieben jedoch aus. Ich rechnete auch nicht damit, dass die Mutter weiter gross Rückmeldung zum Prozess mit SK geben wird, da sie aufgrund meiner Hypothese SK in einer Abhängigkeitsbeziehung behalten möchte und jegweilige positive bemerkte Veränderung bei SK diesem Ziel entgegenwirken muss.

SK selber betonte insbesondere am Anfang der zweiten Phase, wie sehr ihr die Gespräche geholfen haben. Bisher blieb - mit Ausnahme der Rückmeldung auf das GAS und EB-45 - die Rückmeldungen aus. Ich kann mir denken, dass dies ein gewohntes Muster im Bereich der Therapie ist. Es wird wohl eher selten vorkommen, dass Klient*innen unaufgefordert von sich aus positive Rückmeldungen geben. Wenn dann wohl eher wenn etwas nicht stimmt und auch diese wohl eher indirekt über Therapieabbruch oder ähnlichen versteckten Hinweisen. Ich gehe jedoch davon aus, dass SK von der Therapie aufgrund der Rückmeldung im GAS sowie im EB-45 profitieren konnte. Auf diese beiden Verfahren werden ich im nachfolgenden Kapitel Evaluationsverfahren weiter eingehen.

Evaluationsverfahren

GAS - Goal Attainment Scale

In diesem Kapitel werde ich auf eine GAS-Zielsetzung in Form einer ersten Übersicht, der Beschreibung des Ziels und der Kriterien, sowie einer eigenen Reflexion eingehen. Dabei werde ich auf eine GAS-Skala genauer eingehen.

Anwendung GAS. Zu Beginn der zweiten Behandlungsepisode von SK erstellten wir in einem ersten Schritt mittels GAS gemäss Kiresuk und Sherman (1968) eine erste explizite Zieldefinition. Bis zu diesem Zeitpunkt sammelten wir verschiedene Themen wie die kürzlich diagnostizierte Erkrankung und die damit einhergehenden Schmerzen, die depressive Verstimmung, welche in letzter Zeit zugenommen hat und das Schlafverhalten, da sie weder gut einschlafen noch durchschlafen

konnte. Ein Thema schälte sich im Verlauf in der therapeutischen Arbeit mit SK immer deutlicher heraus: der Umgang mit der Mutter und die damit einhergehende schwierige Beziehung zu ihr. Nach einer kurzen Einführung meinerseits ins Thema Zielerreichung anhand konkreter anschaulicher Kriterien, liess ich SK entscheiden, ob sie sich auf ein solches Vorgehen einlassen wollte. Nachdem SK ihr Einverständnis gegeben hatte, wählten wir ein Ziel aus, welches für SK als das wichtigste definiert wurde und formulierten Kriterien dazu, anhand derer die Erreichung des Ziels oder auch eine mögliche Verschlechterung abzulesen ist. Dabei achtete ich darauf, dass es sich um ein individuelles Ziel von SK handelte, welches sich im Idealfall auf den Alltag von SK bezog. Zusammen mit SK versuchten wir das Ziel möglichst verständlich zu formulieren. Bei den Kriterien achtete ich auf gut überprüfbare Kriterien, die ich mit der Hilfe von SK gemäss Dahling (2006) in verschiedene Stufen einteilte. In der Mitte der zweiten Behandlungsepisode in einem zweiten Schritt überprüften wir den Stand auf dem Weg zur Erreichung der Ziele. Zudem prüften wir, ob das Ziel für SK weiterhin relevant ist und ob SK weiter an diesem Ziel arbeiten möchte.

Beschreibung. Anhand eines GAS-Arbeitsblattes (siehe Anhang), welches wir vom IEF zur Verfügung bekommen haben, erarbeiteten wir das ausformulierte Ziel und die zugehörigen Kriterien. Dabei wurde der aktuellen Zustand bestimmt, sowie Kriterien, die zu einer Verbesserung, resp. Verschlechterung führen:

Ziel SK: *Ich möchte mich gegenüber meiner Mutter frei fühlen.*

- + 4-Linie: 1) *SK kann auf ihr Zimmer gehen wann immer sie möchte, ohne dass ihre Mutter ihr folgt oder eine unpassende Bemerkung in Form einer Schuldzuweisung abgibt, 2) SK kann je nach eigenem Bedürfnis Zeit mit sich alleine im Zimmer verbringen, ohne dass ihre Mutter sie dabei stört, 3) die Mutter macht SK nicht mehr für die eigene Einsamkeit verantwortlich und 4) wenn die Mutter an der Zimmertüre von SK klopft und SK kein Kontakt möchte, so entfernt sich die Mutter wieder.*
- + 2-Linie: 1) *Es gibt Tage, an denen SK direkt und ohne sich zuerst mit der KM abzugeben auf ihr Zimmer begeben kann und 2) die Mutter macht ausserhalb der Familie mit einer Freund*in ab.*
- 0 Linie: 1) *SK kann nachdem sie nach Hause gekommen ist nicht direkt in ihr Zimmer gehen, ohne sich zuvor eine längere Zeit mit der Mutter abzugeben (unterhalten) zu haben, 2) SK kann sich nicht lange in ihr Zimmer zurückziehen, ohne dass ihre Mutter ohne zu klopfen in ihr Zimmer kommt (Privatsphäre), 3) SK ist für die Mutter wie eine beste Freundin und muss mit ihr Zeit verbringen. Die Mutter hat neben SK keine Freunde und 4) SK wird von ihrer Mutter für die Einsamkeit der Mutter verantwortlich gemacht.*
- 2-Linie: 1) *SK kann nicht mehr mit Freunden abmachen, weil es die Mutter verhindert und 2) die Mutter würde die Türe zum Zimmer von SK entfernen, damit sie immer sieht, was SK macht.*

Nach ca. fünf Monaten überprüften wir das Ziel erneut. Dabei kam heraus, dass verschiedene Kriterien bereits erfolgreich erreicht wurden. Darunter folgende: 1) *SK könne soviel Zeit auf ihrem Zimmer bleiben wie gewünscht*, 2) *SK könne direkt nach dem Nachhausekommen auf ihr Zimmer gehen* und 3) *die KM habe in der Zwischenzeit mit einer Freundin abgemacht*. Gemäss oben stehende Einteilung befindet sich SK dabei in den Kategorien der +4-Linie. SK möchte an diesem Ziel dran bleiben und lässt die Kategorien vorerst so bestehen.

Reflexion.

EB-45/ILK

Reflexion des persönlichen Lern- und Entwicklungsprozesses

Lernprozess & Reflexion der Arbeit - 7 Seiten

Falldarstellung

Kritische Reflexion des Lernprozesses in Auseinandersetzung mit der Falldarstellung.

Eigene Entwicklung

Bezogen auf die vier Kompetenzarten gemäss Lehr- und Lernkonzept: Personale Kompetenzen, Soziale- und kommunikative Kompetenzen, Fach- und Methodenkompetenzen, sowie Handlungs- und Umsetzungskompetenzen.

Anhang

GAS

EB-45

Literatur

- Andersen, T. (1990). *Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge*. Dortmund: modernes lernen.
- Anderson, H. & Goolishian, H. A. (1992). Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nichtwissens. *Zeitschrift für Systemische Therapie*.
- Borst, U. (2018). Systemische Therapie in der Praxis. In K. von Sydow & U. Borst (Hrsg.), (S. 70 - 83). Weinheim: Beltz.
- Cecchin, G. (1988). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik*, 2 (6), 191 - 203.
- Dahling, V. G. (2006). *Externe Qualitätssicherung in sieben Berliner Tageskliniken am Beispiel individueller Therapieziele* (phdthesis). Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- de Shazer et al., S. (1986). Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik*, 3 (11), 182-205.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scale: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4 (6), 443-453.
- Rogers, C. R. (1993). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer.
- Schwing, R. (2014). Systemische Therapie und Beratung. In T. L. . M. Wirsching (Hrsg.), (S. 172 - 174). Heidelberg: Auer.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkatalog dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie* (17), 43 - 51.
- Starke, C. & Hess, T. (2019). Vom Erstkontakt zum Erstkontrakt: systemische Psychotherapie planen [handout]. In C. Starke & A. Nadalet (Hrsg.), (Kap. Systematik von Fragetechniken). IEF - Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Routledge.