

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	3
Ausgangslage	4
Rahmenbedingungen	4
Intakte	5
Bestehende explizite und implizite Aufträge	6
Settingwahl fürs Erstgespräch	7
Therapeutischer Prozess - 7 Seiten	8
Fallübersicht	8
Auftragsklärung	8
Beziehungsgestaltung	10
Diagnostik	12
Hypothesenbildung	13
Interventionen	15
Verlauf	16
Therapeutische Wechselwirkung - 4 Seiten	17
Diagnostische Wechselwirkung	17
Interaktion	17
Therapieergebnisse	17
Wendepunkte	17
Feedback	17
Evaluationsverfahren - 3 Seiten	17
GAS	17
EB-45/ILK	17
Lernprozess & Reflexion der Arbeit - 7 Seiten	17
Falldarstellung	17
Eigene Entwicklung	18
Literatur	19

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

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 - 7 Seiten und Lernprozess & Reflexion der Arbeit - 7 Seiten den Hauptumfang der Arbeit ausmachen¹.

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

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 Neuanmeldung 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 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 Stel-

lung 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 Fachpersonen 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 Neuanmeldungen 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 - 7 Seiten

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. 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 Therapeutische Wechselwirkung - 4 Seiten Verwendung finden.

Fallübersicht

TBD: Zeitstrahl

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 viele Fehltag 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 10te 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 Evaluationsverfahren - 3 Seiten 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 Psychologe, 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 tendenziell 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, 10tes Schul-

jahr, 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 KJPDs weiterführen. 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 Kapitel Fallübersicht) 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 & Goolishian, 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 Systemhypothese abrunden.

- 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.

Prozess der Hypothesenbildung und die im Laufe entstandenen Hypothesen sollen hier beschrieben und erläutert werden.

Interventionen

In diesem Kapitel sollen die durchgeführten Interventionen beschrieben und reflektiert werden. Dieses Kapitel leitet in das Kapitel Verlauf über.

- Zirkuläre Fragen
- Lifeline mit S mit Theorie
- Aufstellungsarbeit
- Atmung gemäss Traumaseminar
- Skalierungsfragen
- etc.

Verlauf

Im Verlauf sollen Reaktionen auf Interventionen und Wendepunkte, sowie Veränderungen in den unterschiedlichen Systemen beschrieben und reflektiert werden. Zudem soll auf die Veränderung der Hypothesen und der Diagnostik eingegangen werden. Rechnung soll hiermit auch auf die wechselseitigen Anpassungsprozesse getragen werden.

Therapeutische Wechselwirkung - 4 Seiten

Diagnostische Wechselwirkung

Anhand meiner diagnostischen Annahmen die Wechselwirkungen des therapeutischen Prozesses rückblickend reflektieren (Diagnostik-therapeutischer Prozess).

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 Hausarzt und Spezialarzt, sowie Interaktion zwischen Spital und Krankenkasse aufgrund mangelnder Versicherungsdeckung.

Therapieergebnisse

Was hat gewirkt. Was waren die Konsequenzen daraus?

Wendepunkte

Eingehen auf Wendepunkte im Prozesse und Weg-Gabelungen, sowie Anzahl Sitzungen.

Feedback

Rückmeldungen durch Klientinnensystem (S sowie KM). Hiermit soll auch eine Überleitung zum Kapitel Evaluationsverfahren - 3 Seiten erfolgen.

Evaluationsverfahren - 3 Seiten

Anwendung, Beschreibung und Reflexion.

GAS

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.

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.
- de Shazer et al., S. (1986). Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik*, 3 (11), 182-205.
- 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.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Routledge.