

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 - 3 Seiten	4
Rahmenbedingungen	4
Intakte	5
Bestehende explizite und implizite Aufträge	6
Settingwahl fürs Erstgespräch	6
Therapeutischer Prozess - 7 Seiten	7
Auftragsklärung	7
Beziehungsgestaltung	7
Diagnostik	7
Hypothesenbildung	7
Interventionen	7
Verlauf	7
Therapeutische Wechselwirkung - 4 Seiten	8
Diagnostische Wechselwirkung	8
Interaktion	8
Therapieergebnisse	8
Wendepunkte	8
Feedback	8
Evaluationsverfahren - 3 Seiten	8
GAS	8
EB-45/ILK	8
Lernprozess & Reflexion der Arbeit - 7 Seiten	8
Falldarstellung	8
Eigene Entwicklung	9
Literatur	10

KJPD Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

SAB Abteilung Schulische Abklärung und Beratung

KG Krankengeschichte

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 - 3 Seiten

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, 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 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 Stellung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung kommt es naturbedingt zu Diskrepanzen zwi-

schen 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. Zur Zeit der Fallübernahme praktizierte ich dieses Vorgehen, da ich den Klienten möglichst unvoreingenommen gegenüberzutreten wollte und möglichst offen bleiben wollte. 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

Aufträge von der Institution, sowie KM und S gestellt.

Settingwahl fürs Erstgespräch

Vorgaben KJPD und eigene Entscheidung.

Therapeutischer Prozess - 7 Seiten

Auftragsklärung

Dies soll anhand des Erstgesprächs, der laufenden Erneuerung der Auftragsklärung und anhand der Wiederanmeldung durch S beschrieben und reflektiert werden. Hier soll auch kurz auf das GAS eingegangen werden, welches weiter unten im Kapitel Evaluationsverfahren - 3 Seiten genauer beschrieben wird.

Beziehungsgestaltung

Beschreiben von Beziehungsaufbau und Gestaltung. Hier sollen auch Resonanzphänomene, die mit der Beziehungsgestaltung einhergehen, beschrieben werden.

Diagnostik

In diesem Kapitel soll auf die Diagnostik im Sinne von Ressourcen, Beziehungen und Störungen, im Sinne von ICD Diagnosen, sowie bisherige Bewältigungsstrategien eingegangen werden.

Hypothesenbildung

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
- 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

- Anderson, H. & Goolishian, H. A. (1992). Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nichtwissens. *Zeitschrift für Systemische Therapie*.
- de Shazer et al., S. (1986). Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik*, 3 (11), 182-205.
- Rogers, C. R. (1993). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer.