



Masterarbeit

Zusammenarbeit der ambulanten Dienste von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie - das Modell Hochdorf

Eine quantitative und qualitative Untersuchung zur
Beschreibung und fachlichen Evaluation des
Pilotprojekts

Edith Blum

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. med. Anne-Catherine Kaiser-Olivier

Luzern, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

VORWORT

Anlass für diese Masterarbeit boten im Besonderen meine im Bachelorpraktikum am KJPD in Luzern gemachten Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Am KJPD werden seit jeher Eltern und nach Bedarf weitere Familienmitglieder in die Abklärung und Therapie von Kindern und Jugendlichen einbezogen. Ebendieser Einbezug entwickelte sich für mich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen schnell zum wichtigsten Aspekt des Abklärungs- und Therapieprozesses. Dabei begegneten mir manchmal Eltern, denen von unserer Seite her eine psychologische/psychiatrische Betreuung empfohlen wurde. Die Umsetzung dessen gestaltete sich aber trotz unserer Hilfe oft kompliziert.

Damals, im Februar 2009, war das Modell Hochdorf gerade zwei Monate alt und die im Ambulatorium Hochdorf für den KJPD tätigen Fachpersonen waren (und sind) dem Team in Luzern zugeteilt. So bekam ich wohl einiges bezüglich kinderpsychologischer Arbeit in Hochdorf mit, über die Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie sprach zu diesem Zeitpunkt aber noch niemand. Einige Monate später entstand im Team des Ambulatoriums Hochdorf die Idee einer Masterarbeit zum Modell Hochdorf.

Von beiden Teams im Ambulatorium Hochdorf erfuhr ich während des Schreibens meiner Arbeit und beim Durchführen der Interviews grosse Offenheit. Das offene Berichten über Ideen, Gedanken und Wünsche hat dazu beigetragen, dass diese Arbeit an Tiefe gewinnen konnte. Dafür möchte ich allen neun Fachpersonen ganz herzlich danken.

Danken möchte ich meinem Studienkollegen Stefan Caduff, der mich bei den statistischen Auswertungen tatkräftig unterstützt hat, sowie meinem Partner Markus Ringeisen, der sich des Layouts angenommen hat.

Frau Dr. med. Anne-Catherine Kaiser-Olivier (KJPD) und Stefan Kunz (Erwachsenenpsychiatrie) haben die Stellenleitungen im Ambulatorium Hochdorf inne und waren die fachlichen Begleiter meiner Arbeit. Ihre wertvollen Informationen und Anregungen haben wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Ihnen gilt ein besonderer Dank.

Ziel dieser Arbeit war es, die Wichtigkeit des Einbezugs der ganzen Familie bei psychiatrischer Erkrankung eines Familienmitglieds und/oder hohen psychischen Belastungssituationen aufzuzeigen und die durch die Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie für Familien und Therapierende entstehenden Ressourcen hervorzuheben.

Edith Blum, im Mai 2012

ABSTRACT

Die vorliegende quantitative und qualitative empirische Arbeit beschreibt die bisher in der deutschsprachigen Schweiz einzigartige Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie im Ambulatorium Hochdorf. In deren Rahmen wird unter einem Dach in verschiedenen Settings mit Familien gearbeitet, in denen ein oder mehrere Familienmitglieder entweder psychiatrisch erkrankt oder einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt sind.

Kinder mit psychiatrisch erkrankten Eltern haben ein erhöhtes Risiko, später selbst an einer psychiatrischen Krankheit zu leiden. Bei einer Auswahl von Kindern, welche im Ambulatorium Hochdorf im Rahmen des Pilotprojekts gemeinsam mit ihren Familien betreut werden, wird quantitativ mittels Fragebogenuntersuchung die individuelle Höhe dieses Risikos erfasst.

Qualitative Interviews beschreiben die Prozessentwicklung des seit Januar 2010 bestehenden Pilotprojekts aus Sicht der in die Zusammenarbeit involvierten Fachpersonen von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie.

Die mittels quantitativer Analyse gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass die Höhe des Risikos der betroffenen Kinder, später selbst psychiatrisch zu erkranken, nicht per se durch Art der elterlichen Erkrankung und/oder Alter und Geschlecht des Kindes bestimmt ist. Umwelt- und soziale Faktoren spielen eine ebenso wichtige Rolle.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews beschreiben Bereitschaft und Interesse der Fachpersonen für die stetige Entwicklung der Zusammenarbeit, das Ausprobieren neuer Therapieformen, gemeinsame Weiterbildungen und den systemischen Blick auf Familien. Zudem wird ein greifbarer Nutzen für Fachpersonen und betroffene Familien aufgezeigt. Prospektiv wird ein Konzept zur Beschreibung der Zusammenarbeit angestrebt. Der Wunsch nach Erweiterungsmöglichkeiten im therapeutischen Bereich ist präsent, konkrete Ideen dazu sind vorhanden.

Es bedarf weiterer Forschung, um den vermuteten Nutzen der Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen darzustellen und so die Weiterführung und Etablierung des Projekts zu sichern.

INHALT

ABBILDUNGEN	III
TABELLEN	IV
ABKÜRZUNGEN	V
1. EINLEITUNG.....	1
1.1 AUSGANGSLAGE	1
1.2 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN.....	2
1.3 AUFBAU DER ARBEIT.....	2
1.4 ABGRENZUNG.....	3
THEORIE	3
2. DAS AMBULATORIUM IN HOCHDORF.....	3
2.1 HISTORIE.....	4
2.2 ZUSAMMENARBEIT VON ERWACHSENENAMBULATORIUM UND KJPD.....	5
2.3 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN FÜR EINE ZUSAMMENARBEIT	5
2.3.1 EINSCHLUSSKRITERIEN.....	6
2.3.2 AUSSCHLUSSKRITERIEN	6
3. DAS ERKRANKTE FAMILIENSYSTEM	6
3.1 DER ERKRANKTE ELTERNTEIL.....	7
3.2 DIE KINDER DER FAMILIE.....	7
3.3 DAS RISIKO DES/DER KINDER, SELBST IM LAUFE DES LEBENS EINE PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE ZU ERHALTEN	8
3.3.1 KINDER VON ELTERN MIT SCHIZOPHRENEN STÖRUNGEN	9
3.3.2 KINDER VON ELTERN MIT EINER DEPRESSIVEN STÖRUNG.....	10
3.3.3 KINDER VON ELTERN MIT EINER BIPOLAREN AFFEKTIVEN STÖRUNG	10
3.3.4 KINDER VON ELTERN MIT EINER PERSÖNLICHKEITSTÖRUNG.....	10
3.3.5 KINDER VON ELTERN MIT EINER STÖRUNG DURCH SUBSTANZMISSBRAUCH	11
3.3.6 GESCHLECHTS- UND ALTERSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE.....	11
3.4 DAS ERKRANKTE KIND UND SEINE ELTERN	12
3.5 RESILIENZ UND RESSOURCEN IM FAMILIENSYSTEM	13
4. SYSTEMISCHES ARBEITEN MIT FAMILIEN UND RELATIONALE PSYCHOTHERAPIE.....	14
4.1 EINZELSETTING.....	15
4.2 ARBEITEN AUF PAAR- UND ELTERNEBENE	15
4.3 ARBEITEN MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN	16
4.4 FAMILIENTHERAPIE	17
4.5 DER RELATIONALE ANSATZ	18
4.5.1 SYSTEMISCHER ANTEIL DES RELATIONALEN THERAPIEMODELLS.....	19
4.5.2 PSYCHOANALYTISCHER ANTEIL DES RELATIONALEN THERAPIEMODELLS	19
4.6 EXKURS: MENTALISIEREN IN DER FAMILIENTHERAPIE.....	19
4.7 ZUR WIRKSAMKEIT DER SYSTEMISCHEN FAMILIENTHERAPIE	21
EMPIRIE	23
5. METHODENWAHL	23
5.1 QUANTITATIV.....	23
5.2 QUALITATIV	23

5.3 ROLLEN DER FACHPERSONEN	24
6. QUANTITATIV: FRAGEBOGENUNTERSUCHUNG	24
6.1 DIE RISIKOCHECKLISTE UND IHRE ANWENDUNG	24
6.2 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	26
6.3 STICHPROBE UND DATENERHEBUNG.....	27
6.4 FRAGEBOGENAUSWERTUNG	27
6.5 ERGEBNISDARSTELLUNG.....	28
6.5.1 FAMILIEN UND IHRE KINDER.....	28
6.5.2 ALTER UND GESCHLECHT DER KINDER.....	28
6.5.3 ALTER UND GESCHLECHT DER ELTERN	30
6.5.4 KINDER IN BEHANDLUNG IM AMBULATORIUM	30
6.5.5 ELTERN IN BEHANDLUNG IM AMBULATORIUM	31
6.5.6 ERWERBSFORM UND ERZIEHUNGSSTATUS DER ELTERN	31
6.5.7 PSYCHIATRISCH ERKRANKTE VÄTER, MÜTTER UND/ODER ELTERNPAARE.....	32
6.5.8 PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSBILDER DER ELTERN(TEILE).....	33
6.5.9 PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSBILDER DER ELTERN UND JEWEILIGES RISIKO DER KINDER.....	33
6.5.10 GESAMTRISIKEN A, B, C UND D DER KINDER	38
6.5.11 AM HÄUFIGSTEN GENANNTEN RISIKEN.....	40
6.5.12 MITTELWERTVERGLEICH DER RISIKEN A, B, C UND D DER KINDER BEI PSYCHIATRISCHER ERKRANKUNG EINES ODER BEIDER ELTERNTEILE.....	42
6.6 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE.....	43
7. QUALITATIV: INTERVIEWS.....	44
7.1 INTERVIEWLEITFADEN	44
7.2 FRAGESTELLUNGEN	45
7.3 DATENERHEBUNG.....	46
7.4 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	47
7.4.1 AUSBILDUNG UND THERAPIERICHTUNGEN DER FACHPERSONEN.....	47
7.4.2 STELLENPROZENTE UND BERUFSERFAHRUNG	47
7.5 AUSWERTUNGSMETHODEN	48
7.5.1 ANMERKUNG ZUR ANONYMISIERUNG DER DATEN.....	49
7.6 ERGEBNISDARSTELLUNG.....	49
7.6.1 AUSBILDUNG UND THERAPEUTISCHER HINTERGRUND	49
7.6.2 ARBEIT MIT SYSTEMEN IN VERSCHIEDENEN SETTINGS	50
7.6.3 RUND UM DIE ZUSAMMENARBEIT	62
7.6.4 ZUKUNFTSVISIONEN	66
8. DISKUSSION	67
8.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE.....	67
8.1.1 ZUSAMMENFASSUNG UND BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN QUANTITATIVER TEIL UNTER EINBEZUG DER LITERATUR.....	67
8.1.2 KRITISCHE BETRACHTUNGEN I.....	72
8.1.3 ZUSAMMENFASSUNG UND BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN QUALITATIVER TEIL UNTER EINBEZUG DER LITERATUR.....	72
8.1.4 KRITISCHE BETRACHTUNGEN II	79
8.2 VERBINDUNGEN	80
8.3 FAZIT UND WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN	81
9. LITERATUR	84
10. ANHANG	89

ABBILDUNGEN

ABBILDUNG 1: ALTERSGRUPPEN KINDER.....	29
ABBILDUNG 2: ALTERSGRUPPEN KNABEN	29
ABBILDUNG 3: ALTERSGRUPPEN MÄDCHEN	29
ABBILDUNG 4: ALTERSGRUPPEN ELTERN.....	30
ABBILDUNG 5: KINDER IN PSYCHOLOGISCHER BEHANDLUNG	30
ABBILDUNG 6: ERKRANKTE ELTERNTEIL(E) IN PSYCHIATRISCHER ODER PSYCHOLOGISCHER BEHANDLUNG.....	31
ABBILDUNG 7: ERWERBSFORM UND ERZIEHUNGSSTATUS DER ELTERN	31
ABBILDUNG 8: PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG EINES ODER BEIDER ELTERNTEILE	32
ABBILDUNG 9: PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSBILDER DER ELTERN(TEILE).....	33
ABBILDUNG 10: PSYCHIATRISCHES KRANKHEITSBILD ELTERN/RISIKO A KINDER	34
ABBILDUNG 11: PSYCHIATRISCHES KRANKHEITSBILD ELTERN/RISIKO B KINDER	35
ABBILDUNG 12: PSYCHIATRISCHES KRANKHEITSBILD ELTERN/RISIKO C KINDER	36
ABBILDUNG 13: PSYCHISCHES KRANKHEITSBILD ELTERN/RISIKO D KINDER	37
ABBILDUNG 14: GESAMTRISIKO A KINDER.....	38
ABBILDUNG 15: GESAMTRISIKO B KINDER	39
ABBILDUNG 16: GESAMTRISIKO C KINDER.....	39
ABBILDUNG 17: GESAMTRISIKO D KINDER	40
ABBILDUNG 18: MITTELWERTE RISIKEN KINDER BEI EINEM ODER ZWEI PSYCHISCH ERKRANKTEN ELTERNTEILEN	42
ABBILDUNG 19: MITTELWERTE RISIKEN KNABEN UND MÄDCHEN BEI EINEM ODER ZWEI PSYCHISCH ERKRANKTEN ELTERNTEILEN.....	42
ABBILDUNG 20: ANZAHL JAHRE BERUFSERFAHRUNG DER FACHPERSONEN.....	48

TABELLEN

TABELLE 1: DIE WICHTIGSTEN INTERVENTIONEN DER MENTALISIERUNGSGESTÜTZTEN	
FAMILIENTHERAPIE	21
TABELLE 2: AUSWERTUNG RISIKOEINSCHÄTZUNG	25

ABKÜRZUNGEN

LUPS: LUZERNER PSYCHIATRIE

KJPD: KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHER DIENST

PG: POST GRADUATE (WEITERBILDUNG NACH ABGESCHLOSSENEM STUDIUM)

ILK: INVENTAR ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

KJF: INSTITUT FÜR KINDER-, JUGEND- UND FAMILIENTHERAPIE

PTBS: POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

FMH: VERBINDUNG DER SCHWEIZER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

KVT: KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

IBP: INTEGRATIVE BODY PSYCHOTHERAPY

NLP: NEUROLINGUISTISCHES PROGRAMMIEREN

SOBZ: SOZIALBERATUNGSZENTRUM

RAV: REGIONALE ARBEITSVERMITTLUNGSZENTREN

IV: INVALIDENVERSICHERUNG

SPD: SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST

1. EINLEITUNG

Eine enge Kooperation von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sowohl in der Krankenversorgung als auch in Lehre und Forschung für beide Fachdisziplinen und vor allem für unsere Patientinnen und Patienten von hohem Nutzen. Viele Patienten und Patientinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich zu einem späteren Zeitpunkt in der Erwachsenenpsychiatrie wieder. Demnach sollte die Entwicklung psychiatrischer Störungen prospektiv von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und retrospektiv von Seiten der Erwachsenenpsychiatrie wahrgenommen werden. Dies lässt sich in erster Linie durch gemeinsame Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und gemeinsame Fallkonferenzen verwirklichen. Nicht zuletzt sollten die Fachgesellschaften beider Disziplinen die Interessen psychiatrisch Kranker gemeinsam in Gesellschaft und Politik vertreten.

(Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2010)

1.1 AUSGANGSLAGE

Die Versorgungsstruktur in Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie des Kantons Luzern hat in den letzten 25 Jahren eine umwälzende Entwicklung erfahren. Versorgungsregionen und -lücken wurden definiert und stationäre wie ambulante Angebote für unterschiedliche Anspruchsgruppen wurden differenziert und ausgebaut. 2006 wurden die kantonalen stationären und ambulanten Angebote der Kinder- und Jugend- sowie der Erwachsenenpsychiatrie unter ein organisatorisches Dach zusammengefasst - der Luzerner Psychiatrie *lups* (vgl. Organigramm Anhang A). Die *lups* wird durch eine Geschäftsleitung geführt.

Währenddessen die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie seit vielen Jahren erkannt worden ist, liess die konkrete Zusammenarbeit viele Wünsche offen.

Im Rahmen der Versorgungsplanung wurde mit der Schaffung des Ambulatoriums in Hochdorf für das Seetal aus Sicht beider Disziplinen eine Lücke geschlossen. Als Novum wurden Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie in einem Ambulatorium situiert. Nebst dem Aufbau der je eigenen Behandlungsangebote soll auch ein gemeinsames Angebot für Familien entwickelt werden, deren Angehörige die Angebote beider Disziplinen in Anspruch nehmen. Der Versorgungsbedarf dieser speziellen Anspruchsgruppe muss als erheblich eingeschätzt werden. Untersuchungen bei psychiatrisch hospitalisierten Erwachsenen zeigen beispielsweise, dass $\frac{1}{10}$ der Patienten/Patientinnen Mutter oder Vater eines oder mehrerer Kinder unter 18 Jahren sind. Psychiatrische Störungen der Eltern bergen ein hohes Risiko für deren Kinder, ebenfalls psychiatrisch zu erkranken. Rund ein Drittel der Kinder, die sich in stationärer Kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, haben einen psychiatrisch erkrankten, rund 12% einen psychotischen Elternteil (Remschmidt & Mattejat, 1994). Andererseits stellen psychiatrische Störungen bei Kindern hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit der Eltern. Weil psychiatrische Störungen in Familien gemeinsame Entwicklungsaufgaben

erschweren oder verhindern können (Rauchfleisch, 2001), soll ein gemeinsames Angebot für Familien geschaffen werden.

1.2 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN

Zum Thema „Kinder und ihre psychiatrisch erkrankten Eltern“ gibt es vielfältige und ausführliche Literatur. In der Praxis ist wohl das Wissen über Krankheitsrisiko der betroffenen Kinder vorhanden, der Einbezug dieser Kinder in den Krankheits-, Therapie- und Gesundungsprozess gestaltet sich aber aus verschiedenen Gründen oft schwierig.

Im Rahmen dieser Arbeit soll das seit Januar 2010 bestehende Pilotprojekt im Ambulatorium Hochdorf, welches in verschiedenen Settings mit Kindern und ihren psychiatrisch erkrankten Eltern (oder umgekehrt) arbeitet, auf fachlicher Ebene evaluiert werden. Anhand einer Risikoeinschätzung durch Fachpersonen wird die Situation der betroffenen Kinder und ihrer Familien beschrieben. Dies soll einerseits das Klientel der zusammen arbeitenden Fachpersonen umreissen und die Problematik verdeutlichen. Die Resultate aus der Risikoeinschätzung werden zusätzlich als Ausgangslage für die konsekutiv folgende Arbeit im kommenden Jahr benötigt, welche sich der Evaluation des Projektes aus Sicht der Klienten und Klientinnen annehmen wird.

Mit Hilfe von qualitativen Interviews wird herausgearbeitet, wie die Fachpersonen des Ambulatoriums ihre Zusammenarbeit auf fachlicher und institutioneller Ebene erleben, welche Auswirkungen diese auf ihre therapeutische Tätigkeit hat und welche Wünsche und Verbesserungsmöglichkeiten zukunftsbezogen vorhanden sind.

1.3 AUFBAU DER ARBEIT

Im theoretischen Teil der Arbeit wird das Ambulatorium der Luzerner Psychiatrie in Hochdorf vorgestellt. Es werden Historie, Art der Zusammenarbeit und die massgeblichen Kriterien dazu beschrieben.

Anhand von Literatur wird die Problematik von Kindern und ihren psychiatrisch erkrankten Eltern sowie (psychiatrisch) erkrankten Kindern und ihren Eltern erläutert.

Ebenfalls anhand von Literatur wird der theoretische Hintergrund des Systemischen Arbeitens mit Familien in verschiedenen Settings und relationaler Psychotherapie dargelegt, mit einem Exkurs in die Mentalisierungsgestützte Familientherapie.

Der empirische Teil beschreibt den Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit, nämlich für den quantitativen Teil Familien, in denen eine oder mehrere Personen psychiatrisch erkrankt oder einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt sind und für den qualitativen Teil alle Fachpersonen aus Erwachsenenpsychiatrie und *KJPD* des Ambulatoriums Hochdorf, die mit den beschriebenen Familien arbeiten. Es werden die dazugehörigen Methoden für die

Untersuchung vorgestellt und die Ergebnisse daraus anhand der beschriebenen Auswertungsmethoden visualisiert und erörtert.

Methode und Ergebnisse werden in der Diskussion kritisch betrachtet, mit der Theorie verknüpft und auf die Fragestellungen bezogen entsprechende Schlussfolgerungen beschrieben.

1.4 ABGRENZUNG

Die Arbeit beschränkt sich auf die oben erwähnten Daten, welche im Ambulatorium Hochdorf im Zeitraum von September 2011 bis Februar 2012 erhoben wurden. Zur Auswertung werden keine zusätzlichen Daten oder Informationen verwendet. Die Stichprobengrösse wird jedoch in Beziehung gesetzt zur Gesamtzahl (vgl. Anhang B) der sich im Ambulatorium Hochdorf bei KJPD oder Erwachsenenpsychiatrie per Stichtag 28. Februar 2012 in Behandlung befindenden Patientinnen und Patienten. Die quantitative Untersuchung wird ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Grundkenntnisse über Symptome und Verlauf der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen oder Störungsbilder nach ICD-10 der WHO (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) der in die Untersuchung einbezogenen Klienten und Klientinnen werden vorausgesetzt und deshalb nicht weiter ausgeführt. Supervision, Intervision und Teamentwicklung sind nicht Themen des Theorieteils.

Die Wirtschaftlichkeit des Pilotprojektes kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beurteilt werden, obwohl auch dieser Aspekt immer wieder im Raum steht.

THEORIE

2. DAS AMBULATORIUM IN HOCHDORF

Unter dem organisatorischen Dach der Luzerner Psychiatrie stellt das Ambulatorium Hochdorf seit Oktober 2009 die psychiatrisch-psychologische Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im ganzen Luzerner Seetal sicher. Die Besonderheit dieses Ambulatoriums stellt die Arbeit von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter ein und demselben Dach dar. Die Dienststellen sind in gemeinsamen Räumlichkeiten auf zwei mit einer Treppe verbundenen Stockwerken untergebracht. Im Erdgeschoss befinden sich die gemeinsame Anmeldung, ein gemeinsames Wartezimmer, zwei Therapeutenbüros und ein Spiel- bzw. Therapiezimmer. Im 2. Stock sind vier Therapeutenbüros, ein multifunktionelles Zimmer, eine Apotheke und ein Archiv untergebracht.

Das Ambulatorium Hochdorf verfügt aktuell über 680, mit Post-Graduate(PG)-Stelle 730 Stellenprozent. Diese sind wie folgt aufgeteilt:

Kinder- und Jugendpsychiatrie:	Stellenleitung	20%
	Behandlung	160%
Erwachsenenpsychiatrie:	Stellenleitung	100%
	Behandlung	300% (zusätzlich 50% PG-Stelle)
Sekretariat:		100%

Die Teams sind interdisziplinär zusammengesetzt aus den Bereichen Psychologie, Psychotherapie, Medizin und Psychiatrie.

2.1 HISTORIE

Basierend auf Gesprächen mit und Gedanken der im Ambulatorium Hochdorf tätigen Fachpersonen soll nachfolgend die Entwicklungsgeschichte der Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie und KJPD erläutert werden.

Aufgrund einer grossen „Distanz“ zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Luzern war bei beiden Disziplinen historisch gesehen deswegen eine gewisse Not spürbar. Beispielsweise war in den achtziger und neunziger Jahren die stationäre Unterbringung von Jugendlichen ein ungelöstes Problem. Diese wurden in der Psychiatrischen Klinik Luzern hospitalisiert. Es ist davon auszugehen, dass am KJPD die Sensibilisierung bezüglich der ungelösten Fragen grösser war als in der Erwachsenenpsychiatrie. In den letzten 15 Jahren fand aber auch dort eine deutliche Entwicklung diesbezüglich statt. Teilweise wurde diese auch durch ausserinstitutionelle Projekte - wie der Familienwerkstatt Luzern¹ - gefördert. Im Drogenbereich wurde 1999, in Form eines Teilprojektes, eine interdisziplinäre Schwangerschaftssprechstunde (Kinderspital / Frauenklinik / psychiatrisches Ambulatorium) aufgebaut und institutionalisiert. 2008 publizierten die Stationären Dienste der Luzerner Psychiatrie eine Wegleitung zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern – Einbezug während der Hospitalisation eines Elternteils“. Eine Begünstigung dieser Entwicklungen stellte sicher die letzte Psychiatriereform 2006 dar, in der sämtliche psychiatrischen Disziplinen unter einem Dach, der Luzerner Psychiatrie, zusammengefasst wurden. Trotz dieser positiven Entwicklungen besteht nach wie vor ein Defizit im Bereich der institutionellen Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie und KJPD, wie sie derzeit im „Projekt Hochdorf“ entwickelt werden soll.

¹ Im Rahmen der „Familienwerkstatt Luzern“ (ein Projekt von niedergelassenen und in Institutionen tätigen Therapierenden) entwickelten sich systemische Konzepte institutionsübergreifend als Grundlage für punktuelle Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie und KJPD. Gleichzeitig entwickelte sich in der Erwachsenenpsychiatrie (stationär & ambulant) eine Sensibilisierung für das Thema Familie und die Belastungen für Kinder mit psychisch kranken Eltern.

Warum sich in der Vergangenheit die institutionelle Zusammenarbeit zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang defizitär entwickelt hat, ist nicht klar. Mögliche Gründe dafür könnten u.a. mangelndes Fachwissen und Ausbildung, Interesselosigkeit, keine übergreifenden Behandlungskonzepte oder strukturelle Begebenheiten sein. In diesem Sinne bietet das „Projekt Hochdorf“ einerseits Fachpersonen, die gewohnt sind, mit grösseren Verbänden gleichzeitig und auch in wechselnden Settings zu arbeiten und andererseits minimalste räumliche Distanzen. Diese Begebenheiten werden mittlerweile seit mehr als zwei Jahren in Form von interdisziplinärer Zusammenarbeit zur Förderung der „Familien-Möglichkeiten“ genutzt.

2.2 ZUSAMMENARBEIT VON ERWACHSENENAMBULATORIUM UND KJPD

Während der seit Januar 2010 dauernden Pilotphase wurden interne Zusammenarbeitsformen auf verschiedenen Ebenen entwickelt und angewandt. Es sind dies:

- Anmeldung und Triage
- Gemeinsame Fallbesprechungen
- Entwicklung von Behandlungsstrategien, -zielen und –Interventionen in gemeinsamen und getrennten Settings
- Gemeinsame Weiterbildungen, sowohl intern als auch durch die beiden Teams gestaltet und nach aussen orientiert (Workshop der ambulanten Dienste, Kolloquium für Hausärzte, ähnlich dem Workshop)
- Entwicklung einer gemeinsamen Strategie der Öffentlichkeitsarbeit
- Formen fachlicher Vernetzung

Recherchen der Autorin zufolge ist das Ambulatorium Hochdorf momentan in der deutschsprachigen Schweiz die einzige Stelle, an der unter einem Dach unter Einbezug beider Disziplinen mit Familien in gemeinsamen Settings gearbeitet wird.

2.3 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN FÜR EINE ZUSAMMENARBEIT

Grundsätzlich sollte jede durch eine psychiatrische oder somatische Störung eines Familienmitgliedes belastete Familie auf dem diagnostischen „Radar“ beider Institutionen erscheinen. Um eine Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie und KJPD in Betracht zu ziehen, sollten bereits im Vorfeld die Voraussetzungen einer minimalen Motivation der und Klärung des Auftrages durch die Teilnehmer sowie die Bereitschaft zur Öffnung und damit verbunden die Entbindung von ärztlichem Geheimnis vorhanden sein.

Die nachfolgend aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien werden regelmässig überprüft und aktualisiert. Sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

2.3.1 EINSCHLUSSKRITERIEN

Aufgrund folgender Begebenheiten wird die Möglichkeit einer Zusammenarbeit geprüft:

- Bei Familien, die bereits durch verschiedene Institutionen betreut werden.
- Aufgrund des Wunsches von Eltern oder Kindern nach Familiengesprächen.
- Bei schweren familiären Krisen.
- Bei schweren, auch chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen eines Familienmitgliedes.
- Kein Vorliegen einer Akut-Gefährdung eines Familienmitgliedes
- Bei der Diagnose eines Systems, die Hoffnung zulässt, dass mit familientherapeutischen Massnahmen krankmachende Beziehungen und Strukturen verbessert werden können.

2.3.2 AUSSCHLUSSKRITERIEN

Sollte durch die Intervention die Gefährdung eines Familienmitgliedes erheblich erhöht werden (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt etc.), wird von einer Zusammenarbeit abgesehen.

Die klinische Erfahrung zeigt in Einzelfällen aber, dass es sich lohnt, mit Teilsystemen (beispielsweise inkl. Täter oder Opfer) mit der Strategie "Teil- oder Zwischenziele zu erreichen" zu arbeiten. Oftmals gelingt es so, dass in späteren Behandlungsphasen dennoch mit dem kompletten Familiensystem gearbeitet werden kann.

3. DAS ERKRANKTE FAMILIENSYSTEM

Wird ein Familienmitglied psychiatrischer Patient, dann bedeutet dies ein Familienproblem, an dem alle anderen Familienmitglieder – Ehepartner, Eltern, Kinder, Geschwister – beteiligt sind, aktiv und passiv, als Täter und als Opfer, und darunter leiden. Angehörige leiden möglicherweise noch mehr als der Patient oder die Patientin (Dörner, 2001).

Auf die Frage, ob sich psychiatrische Erkrankungen anders auf Familien auswirken als somatische, folgt, dass schwere, oft chronisch verlaufende Erkrankungen – welcher Art auch immer – familiensystemrelevant sind. Das Familiensystem sieht sich mit neuen, fremden Anforderungen konfrontiert, die bestehende Ordnung wird gestört, destabilisiert und es tritt das Phänomen der Um- und Neuorientierung ein. Was macht nun den Unterschied zwischen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen aus? Wird die Bewertung von psychiatrischen Erkrankungen historisch betrachtet, so wird deutlich, dass die Geschichte der Psychiatrie und damit die der psychiatrischen Erkrankungen seit jeher nicht frei ist von Schuldzuweisungen gegenüber Erkrankten und ihren Angehörigen (Christiansen & Pleininger-Hoffmann, 2006).

Oft sind chronische psychiatrische Erkrankungen assoziiert mit starken Belastungen oder gar einem Auseinanderfallen der Familie und damit verbunden zusätzlichen finanziellen Auswirkungen (Remschmidt & Mattejat, 1994). Dies wirft die Frage auf, ob psychiatrische Erkrankungen als solche oder aber deren Folgen für die Störungen und Beeinträchtigungen der Kinder verantwortlich sind.

3.1 DER ERKRANKTE ELTERNTEIL

Psychiatrisch erkrankte Menschen haben im Durchschnitt etwa genauso häufig Kinder wie psychisch Gesunde. Etwa 10 bis 20% der stationär behandelten psychiatrischen Patientinnen und Patienten haben minderjährige Kinder, für deren Versorgung sie zuständig sind (Wiegand-Grefe, Mattejat & Lenz, 2011b). Eine elterliche Erkrankung, sei sie nun somatisch oder psychiatrisch, hat spezifische Auswirkungen auch auf die Elternfunktion. Die von Erikson (1973) als zentral betrachteten Entwicklungsaufgaben für diesen Lebensabschnitt (verantwortliches Führen eines eigenen Haushaltes, Verantwortung für die Versorgung und Erziehung eigener Kinder, stabile und zufriedenstellende berufliche Etablierung, Wahrnehmen erwachsener sozialer Verantwortlichkeit und das Einstellen auf eigene alternde Eltern) werden in dem Masse beeinträchtigt, in dem eine somatische oder psychiatrische Erkrankung einen Elternteil in seiner Vitalität, Alltagstüchtigkeit, emotionalen Verfügbarkeit und seinem eigenen Kompetenzerleben einschränkt (Romer, Möller & Wiegand-Grefe, 2011). Dies geht oft einher mit einer Verunsicherung des erkrankten Elternteils in seiner Elternrolle oder einer beeinträchtigten emotionalen Verfügbarkeit gegenüber Kindern und/oder Partner/Partnerin.

3.2 DIE KINDER DER FAMILIE

Kinder beobachten ihre erkrankten Eltern genau, stellen Veränderungen fest, schätzen ein, ob es sich um eine Zustandsverschlechterung handelt und richten ihr Verhalten danach aus. Das jeweilige Belastungserleben der Kinder scheint wesentlich durch akute Symptome, Dauer, Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen des erkrankten Elternteils beeinflusst zu werden. Auf Irritation folgen bei den Kindern Ängste und Unsicherheit, aber auch Wut und Aggression, welche schnell in Schuldgefühle, auch in das Gefühl, schuld zu sein an der Erkrankung des Elternteils, umschlagen können (Lenz, 2008). Des Weiteren kann es aufgrund der psychiatrischen Erkrankung eines oder beider Elternteile bei den betroffenen Kindern zu Formen von Parentifizierung, Loyalitätskonflikten inner- und ausserhalb der Familie, Abwertungserleben direkt oder indirekt durch die Abwertung der Eltern, Tabuisierung der Krankheit, sozialer Isolation und evtl. zu einem Betreuungsdefizit bei unangemessener Aufgabenübernahme im Haushalt oder Betreuung der jüngeren Geschwister kommen (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011a).

Wiegand-Grefe et. al. (2010) untersuchten in ihrer Studie Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht und kamen zum Schluss, dass die psychiatrische Erkrankung der Eltern die Lebensqualität der Kinder beeinflusst, dabei Art der Erkrankung und bestehende Komorbiditäten aber keine bedeutsame Rolle spielen. Der Verlust an Lebensqualität bei länger andauernder Störung der Eltern und höherer Expositionsdauer wird möglicherweise seitens der Kinder durch das soziale Umfeld (z.B. Freunde) oder bereits bestehende Ressourcen kompensiert.

Zahlreiche Kinder mit psychiatrisch erkrankten Vätern und/oder Müttern berichten, dass es für sie etwas vom Allerschlimmsten gewesen sei, mit niemandem darüber sprechen zu können und nichts erklärt zu bekommen (Schone & Wagenblass, 2006).

3.3 DAS RISIKO DES/DER KINDER, SELBST IM LAUFE DES LEBENS EINE PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE ZU ERHALTEN

Die psychiatrische Erkrankung eines Elternteils hat häufig deutliche Auswirkungen auf die Kinder im Sinne von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Störungen oder der Entstehung gleichartiger Erkrankungen. Letzteres trifft insbesondere auf psychotische Erkrankungen zu (Remschmidt & Mattejat, 1994). Vorliegende Studien zu Entwicklungsverlauf und Auftretenshäufigkeit psychiatrischer Störungen kommen übereinstimmend zum Ergebnis, dass durch die psychiatrische Erkrankung eines Elternteils das Risiko für die Kinder, im Verlauf ihres Lebens selbst eine psychiatrische Störung auszubilden, beträchtlich ist. Die Auswertung einer selektiven Literaturrecherche (Mattejat & Remschmidt, 2008) ergab, dass in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen bis zur Hälfte der psychiatrisch erkrankten Kinder bzw. Jugendlichen bei einem psychiatrisch erkrankten Elternteil leben. Für die bislang untersuchten psychiatrischen Störungen steigt die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von psychiatrischen Auffälligkeiten bei den Kindern noch einmal deutlich, wenn beide Elternteile von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen sind. Vorliegende Befunde der Risikoforschung bezüglich Art der elterlichen Erkrankung sowie Form und Ausmass der kindlichen Störungen machen deutlich, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit klinisch relevanter psychiatrischer Beeinträchtigungen der Kinder über elterliche Diagnosen hinweg ähnlich hoch ist (Lenz, 2008).

Die Rochester Longitudinal Study (Sameroff et. al., 1987) kommt zum Ergebnis, dass die elterliche Diagnose offensichtlich weniger bedeutsam für die Anpassung des Kindes ist als andere Dimensionen wie Schweregrad, Art und Chronizität der Symptomatik, Komorbiditäten, Rückfallhäufigkeit und symptomfreie Perioden sowie allgemeine familiäre und psychosoziale Bedingungen des Aufwachsens.

Umweltfaktoren sowie Schwere und Verlauf der elterlichen Erkrankung haben mindestens eine ebenso grosse Bedeutung für ungünstige Entwicklungsverläufe und die Ausbildung von psychiatrischen Störungen wie genetische Faktoren. So konnte die Rolle genetischer Faktoren bei der Entstehung psychiatrischer Störungen in diversen Studien hinreichend belegt werden (Lenz, 2005). Zugleich wurde deutlich, dass es gerade bei vermutlich vorhandenen genetischen Risiken auf die Umwelt ankommt, in welcher ein Kind aufwächst. Eine determinierende Wirkung genetischer Faktoren kann weitgehend ausgeschlossen werden. Tienari und Wynne (2004) beschreiben, dass das Risiko späterer psychiatrischer Störungen von Kindern mit einem psychiatrisch erkrankten Elternteil, die nach der Geburt adoptiert wurden, wesentlich vom Vorhandensein ungünstiger Umweltumstände und familiärer Belastungen in der Adoptivfamilie abhängt.

Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung durch Eltern und übrige Familienangehörige stellen einen weiteren wichtigen Umweltfaktor in Bezug auf den Entwicklungsverlauf der Kinder dar. Fehlende Krankheitseinsicht, Verleugnung oder fatalistische Haltung und fehlende Auseinandersetzung mit der Erkrankung von Seiten des erkrankten und auch des gesunden Elternteils sowie Nichtgelingen von Organisation, Aufgabenverteilung und Anpassung der beruflichen und schulischen Situation an die Erkrankung und keine Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Hilfsangebote bedeuten eine zusätzliche Belastung für die betroffenen Kinder (Lenz, 2008).

Bezüglich der Auswirkungen auf die Kinder äussern sich Remschmidt und Mattejat (1994) dahingehend, dass diese umso schwerwiegender sind, je intensiver die Kinder in die Symptomatik des erkrankten Elternteils (z.B. Wahn) einbezogen werden; jüngere Kinder besonders stark gefährdet sind, auch wenn sich ihre psychiatrische Symptomatik erst später entwickelt; die Auswirkung der elterlichen Erkrankungen stark davon abhängt, ob der andere Elternteil gesund und in der Lage ist, kompensatorische Funktion zu übernehmen und dass Kinder in Familien mit zwei psychiatrisch erkrankten Elternteilen am meisten gefährdet sind, weil kein Elternteil eine kompensatorische Funktion wahrnehmen kann.

Kinder einer psychiatrisch erkrankten Mutter sind stärker beeinträchtigt als Kinder psychiatrisch erkrankter Väter, was sich oft in einem verstärkt auftretenden dissozialem Verhalten bzw. Rückzugstendenzen der Kinder ausdrückt (Lisofsky & Schmitt-Schäfer, 2006).

3.3.1 KINDER VON ELTERN MIT SCHIZOPHRENEN STÖRUNGEN

Das Erkrankungsrisiko von Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil erhöht sich bei einer Lebenszeitprävalenz von 1% für schizophrene Erkrankungen auf 13% (Remschmidt & Mattejat, 2008). Die Forschungsliteratur zeigt, dass Kinder schizophrener Eltern neben dem Risiko der Entwicklung schizophreniespezifischer Symptome auch ein er-

höhtes Risiko haben, krankheitsunspezifische Symptome zu generieren. Sie zeigen vermehrt kognitive, emotionale, soziale und somatische Auffälligkeiten (Kühnel & Bilke, 2004; Remschmidt & Mattejat, 2008). Daneben können bei Kindern schizophrener Eltern Auffälligkeiten bezüglich neurologischer Symptome, EEG-Abnormitäten oder Aufmerksamkeits- und Denkstörungen festgestellt werden. 40 bis 60% der Kinder mit einem schizophrenen Elternteil entwickeln unspezifische behandlungsbedürftige Störungen (Deneke, 2001).

3.3.2 KINDER VON ELTERN MIT EINER DEPRESSIVEN STÖRUNG

Für Kinder mit einem depressiven Elternteil erhöht sich das Depressionsrisiko um das bis zu 6-Fache gegenüber Kindern nicht depressiver Eltern (Groen & Petermann, 2002). Damit stellt die elterliche Störung den Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter dar (Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000). Sind beide Eltern von einer depressiven Störung betroffen, erhöht sich die Lebenszeitprävalenz für irgendeine depressive Störung bei den Kindern auf 70% (Mattejat, 2002, zit. n. Wiegand-Grefe et al., 2011a). Zudem entwickeln 60% der Kinder von Eltern mit einer depressiven Störung bereits im Kindesalter irgendeine psychische Störung, vor allem Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens (Groen & Petermann, 2002). Weiter werden Phobien, Panikstörungen, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, Verminderungen im allgemeinen Funktionsniveau, Einschränkungen in den interpersonalen Beziehungen und in den Bindungsfähigkeiten erwähnt (Mattejat, 2002, , zit. n. Wiegand-Grefe et al., 2011a).

3.3.3 KINDER VON ELTERN MIT EINER BIPOLAREN AFFEKTIVEN STÖRUNG

Während Lapalme (1997, zit. n. Wiegand-Grefe et al., 2011b) in einer Metaanalyse von 17 Studien feststellen konnte, dass 52% der Kinder bipolarer Eltern irgendeine psychische Störung entwickeln, während es in der Kontrollgruppe lediglich 29% sind, wurden bei 26% der Kinder bipolarer Eltern affektive Störungen festgestellt im Unterschied zu 8% der Vergleichsgruppe. Dies entspricht einem 2,5-fach bzw. 4-fach erhöhten Risiko. 5% der Risikokinder litten an einer bipolaren Störung, in der Kontrollgruppe kam diese nicht vor. Ermittelte Lebenszeitprävalenzen von DSM-IV-Diagnosen (APA, 1996) liegen bei den Risiko-Jugendlichen bei 44%. Wals et al. (2001, zit. n. Wiegand-Grefe et al., 2011b) konnten insgesamt keine erhöhten Risiken für das Auftreten von DSM-IV-Diagnosen bei 12- bis 21-Jährigen feststellen, jedoch sind die affektiven Störungen unter den Jugendlichen, bei denen eine psychiatrische Störung gefunden wird, überrepräsentiert.

3.3.4 KINDER VON ELTERN MIT EINER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

In ihrer Pilotstudie zur psychischen Gesundheit der Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen beschreiben Weiss et al. (1996), dass 9 bis 13-jährige Kinder von Müttern mit einer

Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant mehr psychiatrische Störungen aufweisen als Kinder von Müttern mit einer anderen (histrionischen, ängstlich-vermeidenden, paranoiden, abhängigen oder nicht näher bezeichneten) Persönlichkeitsstörung. Es treten vor allem ADHS, Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens auf. Zudem erfüllen die Kinder der Indexgruppe signifikant häufiger die Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Kindheit und haben eine signifikant niedrigere globale Funktionalität.

3.3.5 KINDER VON ELTERN MIT EINER STÖRUNG DURCH SUBSTANZMISSBRAUCH

Kinder alkoholabhängiger Eltern weisen laut Zobel (2006) ein bis zu 6-fach höheres Risiko für eigene Störungen durch Substanzkonsum, insbesondere für Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Essstörungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter auf. Klein, Ferrari und Kürschner (2003) beschreiben in ihrer Studie zu Kindern (un)behandelter suchtkranker Eltern, dass Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren aus Familien mit Alkoholkonsum oder -Abhängigkeit eines oder beider Elternteile im Vergleich zur Kontrollgruppe diverse Auffälligkeiten aufweisen, so ein vermehrt ko-abhängiges Verhalten, geringeres Selbstwertgefühl und geringere Lebenszufriedenheit. Es wurde eine grosse Heterogenität bei den individuellen Merkmalen der Kinder deutlich. Bezüglich therapeutischer Massnahmen wird in der Studie u.a. die „Familienorientierte Arbeit“ beschrieben, welche den Anspruch hat, mit möglichst vielen, im Idealfall allen Familienmitgliedern ins Gespräch zu kommen.

Kelly und Fals-Stewart (2004, zit. n. Wiegand-Grefe et al., 2011b) verglichen 8- bis 12-jährige Kinder von Vätern, die Störungen im Zusammenhang mit illegalen Drogen (Kokain, Opioide) zeigten mit jenen, deren Väter eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen und mit jenen, bei deren Vätern keine Suchtstörungen diagnostiziert wurden. Die höchste Rate an psychiatrischen Störungen (depressive, Angst- und Verhaltensstörungen) fand sich bei den Kindern der illegale Drogen missbrauchenden oder –abhängigen Väter. Auch die Kinder der Alkohol missbrauchenden oder –abhängigen Väter waren stärker betroffen als die Kinder der Väter ohne substanzgebundene Störungen.

3.3.6 GESCHLECHTS- UND ALTERSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE

Bei der Untersuchung kindlicher Auffälligkeiten in Familien mit elterlicher psychiatrischer Erkrankung wurde der Einflussfaktor Geschlecht bisher kaum untersucht. Neuere epidemiologische Studien im Kindes- und Jugendalter ermitteln eine Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten von 12,3% (Verhulst, 1995). Es zeigen sich diesbezüglich grundlegende Geschlechtsunterschiede bei der Auftretenshäufigkeit von psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, wobei Jungen bei externalisierenden Störungen und Entwicklungsstörungen,

Mädchen hingegen bei den internalisierenden Krankheitsbildern und Essstörungen überwiegen.

Mattejat (1985) beschreibt verschiedene Studien der 1960er und 70er Jahre zusammenfassend als dass Jungen im Kindesalter häufiger unter psychiatrischen Störungen leiden als Mädchen (2:1). In der Adoleszenz wendet sich das Verhältnis und psychiatrische Störungen bei Mädchen werden häufiger. Bei Jungen finden sich mehr aggressiv-ausagierende Syndrome, bei Mädchen mehr ängstlich-gehemmte Syndrome. Während emotionale Störungen vor der Pubertät etwa gleich verteilt sind, werden sie ab Beginn der Pubertät und im Erwachsenenalter bei Mädchen/Frauen deutlich häufiger. Aggressive und andere Verhaltensstörungen sind bei Jungen/Männern deutlich häufiger als beim weiblichen Geschlecht. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie zu Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen und Mädchen von Hölling, Erhardt, Ravens-Sieberer & Schlack (2007).

3.4 DAS ERKRANKTE KIND UND SEINE ELTERN

Zu den für Eltern mit psychisch auffälligen oder kranken Kindern oft entstehenden psychischen Belastungen zeigt eine Untersuchung zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern mittels *ILK* (Mattejat & Remschmidt, 1998 / Mattejat et. al., 2005), dass Eltern sich durch die aktuelle Problematik ihres Kindes/Jugendlichen und durch die Tatsache, dass ihr Kind/Jugendlicher behandelt wird, zu einem hohen Prozentsatz erheblich beeinträchtigt fühlen. Schreyer, Petermann & Petermann (2011) untersuchten bei 243 Kindern im Vorschulalter deren Lebensqualität im Fremdurteil sowie die Lebensqualität der Mütter. Verglichen wurden Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sowie eine gesunde Kontrollgruppe. Bei der Betrachtung der Lebensqualität der Mütter über die vier Gruppen wurde festgestellt, dass die Mütter der Kinder, die Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten zeigten, signifikant niedrigere Werte für ihre Lebensqualität angaben als jene der gesunden Kontrollgruppe.

Bei Eltern mit chronisch körperlich erkrankten Kindern stellten Silver, Westbrook & Stein (1998, zit. n. Salewski, 2004) eine erhöhte Stressbelastung im Zusammenhang mit der Krankheit des Kindes fest. Dazu haben Petermann, Noeker & Bode (1987) psychosoziale Belastungen, welche für Eltern von nicht-lebensbedrohlich chronisch kranken Kindern und Jugendlichen entstehen können, zusammengestellt. Dies sind u.a.:

- Familienleben häufig auf die Erkrankung des Kindes fixiert
- Notwendigkeit, die gesunden Geschwister des Kindes nicht zu vernachlässigen
- Probleme der Erziehung und des Umgangs mit dem kranken Kind
- Organisation der Behandlung des Kindes

- Enttäuschung/Wut über das Kind, weil es die eigenen Erwartungen nicht erfüllt
- Schamgefühl über das kranke Kind
- Schuldgefühle über negative Emotionen gegenüber dem Kind
- Selbstbeschuldigung für Ursachen der Erkrankung

Je besser die Eltern mit dem krankheitsbedingten Stress zurechtkommen, desto wirkungsvoller können sie ihr krankes Kind unterstützen.

3.5 RESILIENZ UND RESSOURCEN IM FAMILIENSYSTEM

Resilienz (von lateinisch *resilire* = zurückspringen, abprallen, deutsch etwa *Widerstandsfähigkeit*) beschreibt die Toleranz eines Systems gegenüber Störungen. Der Salutogenese-Ansatz von Antonovsky (1997) beschreibt Ressourcen als die gesunden Anteile des Menschen, die es wahrzunehmen und zu fördern gilt. Dies können Neigungen und Stärken sein, die dem Menschen manchmal gar nicht als ebensolche bewusst sind. Grosse Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Ressourcen können langfristig pathogene Strukturen erzeugen.

Die Längsschnittstudie von Rutter & Quinton (1984, zit. n. Lenz & Kuhn in Wiegand-Grefe et al., 2011b) beschreibt bei einem Drittel der Kinder psychiatrisch kranker Eltern keine pathologischen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, bei einem weiteren Drittel vorübergehend auftretende Störungen und beim verbleibenden Drittel persistente kinderpsychiatrische Störungen. Aufgrund dieser Beobachtung ist von der Existenz sogenannter protektiver Faktoren in Person und Umwelt eines Kindes auszugehen, welche die Wirkung von Risikofaktoren moderieren und die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Störungen senken können. Dieses Phänomen wird mit dem Begriff Resilienz oder Widerstandsfähigkeit beschrieben. Resilienz bedeutet jedoch nicht die Abwesenheit psychiatrischer Störungen sondern die Fähigkeit, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren.

Walsh (2003) verbindet mit seinem Modell der *familiären Resilienz* ökologische Sichtweisen und Entwicklungsperspektiven mit dem Ziel, die Funktionsweise der Familie in ihrem sozialen Kontext zu verstehen und in der Problembewältigung zu stärken. Dazu verknüpft er die personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zu familiären Schlüsselprozessen, welche die Belastbarkeit der Familie steigern können. Die drei grossen Bereiche familiärer Funktionsweisen

- Überzeugungen in der Familie: In widrigen Lebensumständen einen Sinn finden; optimistische Einstellung; Transzendenz und Spiritualität.
- Strukturelle und organisatorische Muster: Flexibilität in den familiären Strukturen (z.B. Offenheit für Veränderungen, ko-elterliche Beziehung, gleichberechtigte Partnerschaft); Verbundenheit (z.B. gegenseitige Unterstützung, Zusammenarbeit und Verbindlichkeit, Respekt vor

Bedürfnissen, Unterschieden und Grenzen des Einzelnen); soziale Ressourcen (verwandtschaftliche, soziale und Umfeld bezogene Netzwerke).

- Kommunikation und Problemlösung: Klarheit schaffen (z.B. eindeutige, in sich stimmige Botschaften, Suche nach Wahrheit, Wahrheiten aussprechen); Gefühle zum Ausdruck bringen; gemeinsam Probleme lösen (z.B. kreative Ideen und Gedanken entwickeln, gemeinsame Entscheidungsfindung und Konfliktlösung, Aushandeln, Fairness und Reziprozität).

sollen die Familie im Umgang mit Belastungen unterstützen und dadurch die vorhandene Resilienz nutzbar machen. So kann die Familie gestärkt aus Krisen hervorgehen, neue Erkenntnisse gewinnen, neue Fähigkeiten ausbilden und ihre Ressourcen in zukünftigen Situationen wirkungsvoll einsetzen.

4. SYSTEMISCHES ARBEITEN MIT FAMILIEN UND RELATIONALE PSYCHOTHERAPIE

Systemisches Arbeiten mit Familien (Rädecke, 2010) begreift die Familie im Ganzen als behandlungsbedürftig. Das System Familie ist der Patient im Sinne, dass die Summe des Ganzen mehr ist als seine Einzelteile. Die Familie als ein System, welches auf unterschiedlichen Ebenen mit unterschiedlichen Verantwortungen, Funktionen und Aufgaben ausgestattet ist und ein Gleichgewicht darstellt. Ein Ungleichgewicht in ebendiesem System kann Missverständnisse, Probleme, Symptome und/oder Störungsbilder hervorrufen.

Die Wertebasis systemischen Arbeitens (Schwing & Fryszer, 2006) setzt sich zusammen aus systemischen Paradigmen, ethischen Massstäben und gesellschaftlichen Normen. Die Eigensinnigkeit eines jeden Menschen, welche den Konzepten der Autopoiese und Selbstorganisation nahe steht, gehört ebenso dazu wie die Tatsache, dass sich Menschen ständig verändern und je nach Kontext unterschiedliches Denken, Fühlen und Verhalten zeigen. Das Individuum als Teil grösserer Systeme verfügt über unzählige Ressourcen und Potenziale für seine Lebensgestaltung und die Lösung seiner Probleme. Es konstruiert seine Wahrheiten und seine Wirklichkeit, wobei niemand den Besitz objektiver Wahrheit für sich beanspruchen kann. Diese Thesen erst zu nehmen bedeutet im therapeutischen Kontext, den Patienten und Patientinnen mit Respekt vor der eigenen Autonomie und den eigenen Entscheidungen zu begegnen, allparteilich mit sozialer Neutralität zu agieren und auf unterschiedliche Verhaltensweisen in verschiedenen Kontexten zu achten, um daraus für die gewünschten Veränderungsprozesse zu lernen. Eine wohlwollend-interessierte Haltung mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen lässt Veränderungsprozesse möglich werden, indem das Potenzial für die Lösung ihrer Probleme in Patienten und Patientinnen aktiviert wird. Eine respektvolle, neugierige Bescheidenheit gegenüber Patienten und Patientinnen und deren Weitsicht, Erfahrungen, Schlussfolge-

rungen und Entscheidungen bedeutet, ihnen die Verantwortung für ihr Leben zu überlassen und gemeinsam Hintergründe, Wechselwirkungen und Konsequenzen ihres Handelns zu erkunden, an fest verankerten Überzeugungen zu rütteln und neue Ideen und Impulse zu geben. So können die autonomen Entwicklungsprozesse beobachtet und für die weitere Arbeit nutzbar gemacht werden.

4.1 EINZELSETTING

Während in der Anfangszeit des systemischen Verfahrens die Einzeltherapie nur in Ausnahmefällen indiziert war, ist sie mittlerweile in den Kreis der respektablen systemischen Verfahren aufgenommen worden (v Schlippe & Schweizer, 2007). Obwohl in einigen Fällen eine Familientherapie mit der Präsenz der tatsächlichen Familie günstiger erscheint, schliessen sich die beiden Verfahren nicht gegenseitig aus. Oft ist die systemische Einzeltherapie der Vorläufer einer Familientherapie, oder umgekehrt schliesst sich nach einer oder mehreren Familiensitzungen eine Einzeltherapie an. Wann eine systemische Einzeltherapie indiziert ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Vor allem in Abgrenzung zur systemischen Familientherapie können dies Familien oder einzelne Patienten sein, die eine Familientherapie ablehnen, oder, eher selten, Institutionen oder Therapeuten, welche eine Arbeit mit ganzen Familien ablehnen (Weiss, 2008). Wesentliche Elemente der systemischen Einzeltherapie sind die besondere Epistemologie, das andere Setting, die Betonung des Therapierahmens, die Fragetechnik und die speziellen Interventionen. Im Vergleich zur Familientherapie bekommt die Therapeut-Klient-Beziehung zwangsläufig eine grössere Bedeutung und die emotionale Reaktion der Therapierenden wird (im Sinne der „Gegenübertragung“ im analytischen Sprachgebrauch) als Informationsquelle über die Beziehungsangebote des Klienten bedeutsamer (v Schlippe & Schweizer, 2007). Oft wird der Weg der „langen Kurzzeittherapie“ gewählt, bei welchem sich die Behandlung auf einen längeren Zeitraum mit vergleichsweise wenigen Stunden erstreckt.

4.2 ARBEITEN AUF PAAR- UND ELTERNEBENE

Arbeit mit Paaren, ganz gleich ob der Mann am Gespräch teilnimmt oder ob eine Klientin sich eingesteht, dass ein Mann in ihrem Leben eine grosse Rolle spielt...um ein Paargespräch kann gebeten werden, auch wenn beide nicht zusammen leben (Kim Berg, 2002). Beziehungsprobleme, welche sich auf Kindererziehung oder Eltern-Kind-Problematik auswirken oder von Misshandlungen und Gewalt geprägt sind, sollten- nicht zuletzt auch zum Wohle der betroffenen Kinder- nach Möglichkeit auch auf der Paarebene betrachtet werden.

In der Paartherapie können beide lernen, im Alltag mit sich selbst und miteinander achtsamer zu sein. So kann erkannt werden, dass das Verhalten des anderen nicht immer in der aktuellen Situation begründet ist, sondern den Bedürfnissen des verletzten Ichs, dem so genannten „in-

neren Kind“ entspricht (Korittko & Pleyer, 2010). Dabei soll nicht der Partner, sondern das jeweilige erwachsene Ich die Aufgabe übernehmen, sich um diese Bedürfnisse nach Hilfe, Trost und Verständnis zu kümmern. So kann sich das Paar entlastet fühlen und sich auf seine „erwachsenen“ Aufgaben konzentrieren.

Die Arbeit mit Eltern beruht auf einem relationalen Verständnis der Entwicklung und beinhaltet die Exploration und Reflexion der gegenseitigen Regulationen, die zwischen Eltern und Kind(ern) stattfinden (Jung, 2010). Elternarbeit richtet sich an die bestehenden signifikanten Beziehungen und zielt auf die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit (vgl. Kapitel 4.6) der Eltern. Die Gefahr der Elternarbeit besteht darin, dass die Wahrnehmung und Problemsicht der Eltern im Vordergrund steht, was dazu führen kann, dass zu sehr auf Anpassung des Kindes gezielt wird und dessen subjektive Sicht, Problematik und Entwicklungsbedürfnisse vernachlässigt werden. Die subjektive Sicht des Kindes/der Kinder sowie der „Sinn der Symptomatik“ sind im Auge zu behalten. Eine reine Verbesserung der erzieherischen Durchsetzungsfähigkeit ohne Entwicklung der reflexiven Fähigkeiten der Eltern ist problematisch. Elternarbeit startet häufig aus einer unmöglichen Konstellation, denn Eltern suchen oft erst dann eine Beratung auf, wenn sie sich in der Elternaufgabe als gescheitert erleben oder ihnen dies von Dritten so vermittelt wird. Die elterliche Hilflosigkeit kommt einer narzisstischen Kränkung und im Weiteren einer Quelle von Schuldgefühlen gleich. Der Wunsch nach Rettung durch einen „Übervater“ oder eine „Übermutter“ geht einher mit Verantwortungsabgabe, die Hoffnung auf Schuldentlastung ist gross und wird erfüllt, wenn das Problem klar beim Kind, den Kindern liegt... Das Schaffen einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung mit den Eltern ist wichtiger als die Verleitung, gleich in eine Beratung zu stürzen, nur weil sie wichtig erscheint. Die Eltern sollen als kompetent und verantwortlich angesprochen und ein Reflexionsraum geschaffen werden, in welchem über die Eltern-Kind-Interaktion nachgedacht wird, auch in Bezug zum „inneren Kind“. Eine möglichst hohe psychische und physische Präsenz lässt die Eltern klare Entscheidungen fällen und diese adäquat durchsetzen. Der Aufbau von mehr emotional positiv gestimmten Interaktionen trägt zusätzlich zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung bei.

4.3 ARBEITEN MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN

Kinder und Jugendliche suchen in der Regel nicht selbst den Kontakt zu Therapierenden oder zu einer Beratungsstelle, sie werden von Eltern gebracht oder von Dritten überwiesen (Bleckwedel, 2008). Zudem haben Kinder und Jugendliche eher vage Vorstellungen darüber, was in einer Therapie passieren soll. In dieser Hinsicht stellt die Therapie von Kindern und Jugendlichen eine ungleich komplexere Herausforderung dar als die Therapie von Erwachsenen. Aufgrund der Komplexität der jeweiligen Situation ist eine Kontextsensibilität vonnöten, um fest-

zustellen, wer welche Veränderungswünsche hat und wer wen mit welchen Erwartungen schickt. Da die Motivlage bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen oft unübersichtlich und widersprüchlich ist, gilt es, zunächst den Überweisungskontext genau abzuklären, bevor in eine differenzierte Exploration, Anamneseerhebung und Diagnostik eingestiegen wird.

Gespräche und Therapien mit Kindern und Jugendlichen setzen immer auch das Einverständnis und idealerweise die Unterstützung durch die Eltern/den Elternteil und vorangehende oder folgende Eltern- oder Familiengespräche voraus. Durch Setzung eines sinnvollen Therapie-Rahmens sollen Kindern und Jugendlichen Halt und Sicherheit vermittelt-, aber auch Grenzen aufgezeigt werden. Eine emotional entspannte Atmosphäre trägt mit dazu bei, dass Kinder oder Jugendliche ihren „Spielraum“ innerhalb des Settings ausloten können. Sie bekommen so auch die Möglichkeit, jene relationalen Muster mit und beim Therapeuten/bei der Therapeutin zu inszenieren, die ihnen im Moment am wichtigsten sind.

Um ein umfassendes Bild vom Kind oder Jugendlichen und seiner Probleme respektive der Familie zu erhalten, sind Informationen von mehreren Personen erforderlich (Jung, 2010). Nebst dem Kind oder Jugendlichen selbst sind Eltern, andere wichtige Bezugspersonen und Lehrpersonen die wichtigsten Auskunftspersonen.

4.4 FAMILIENTHERAPIE

Familientherapie bezeichnet ein therapeutisches Setting, in dem mit Hilfe der Familienmitglieder gemeinsam nach Lösungen für ein Gesundheits- oder Beziehungsproblem eines oder mehrerer Patienten gesucht wird. Der Begriff „Familie“ lässt sich heute nicht mehr auf biologisch oder juristisch reduzieren sondern meint alle vom Problem des Patienten/der Patientin betroffenen, ihm nahe stehenden und an seiner Lösung interessierten Menschen (Stierlin, 2005).

Die Begriffe Familientherapie und systemische Therapie sind nicht deckungsgleich, überlappen sich aber in der Praxis oft. Familientherapie auf systemtherapeutischer Basis bedient sich oft auch punktuell verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologischer Techniken. Das Setting Familientherapie ermöglicht in Kombination mit dem systemischen Ansatz besondere Synergieeffekte. Das natürliche Umfeld der Erkrankten kann für deren Behandlung genutzt werden und die systemische Orientierung mit ihren spezifischen Haltungen und Vorgehensweisen fördert in besonderer Weise eine neugierige, wertschätzende und lösungsorientierte Kooperation zwischen den Beteiligten, eine selbstreflexive Haltung und einen Lösungsoptimismus auch in schwierigen Situationen (Schweitzer, 2007).

Wann eine Familientherapie indiziert ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. In einigen Fällen erscheint eine Familientherapie mit einer Präsenz der tatsächlichen Familie sinnvoll, beispielsweise bei Familien, in denen die einzelnen Mitglieder so eng in das entsprechende

Symptom involviert sind, dass eine schnelle Entlastung des Indexpatienten erreicht werden muss (Weiss, 2008). Ebenso bei Vorhandensein nicht nur eines Indexpatienten sondern zahlreichen Familienmitgliedern, die offenkundige Beschwerden signalisieren. Auch in Fällen, in denen ein einzeltherapeutischer Ansatz vorher gescheitert ist, wird sich der Therapeut/die Therapeutin überlegen, ob die reale Anwesenheit der Familie günstiger ist. Ebenso bei Patienten, die sich nur äusserst schwer die Reaktionen anderer Familienmitglieder vorstellen können. Besteht die Gefahr, dass durch eine Einzeltherapie ein Paar oder eine Familie "auseinandertherapiert" wird, sollte das Paar bzw. die Familie gemeinsam kommen. All jene Familien, die von sich aus eine Familientherapie wünschen, wird man zumindest in der ersten Sitzung gemeinsam sehen, bis das weitere Vorgehen ersichtlich ist.

4.5 DER RELATIONALE ANSATZ

Der Begriff „relational“ bezeichnet ein Geflecht von komplexen Beziehungen, eine Vielzahl von miteinander verbundenen und interagierenden Teilen, die zusammen bestimmte Muster bilden. Diese Relationalität ist auf der Therapeuten-Patienten-Beziehungsebene, innerhalb der Beziehungen einer Familie, aber auch innerhalb eines Individuums selbst vorhanden. Im psychoanalytisch-systemischen Verständnis spielen Interaktionen sowohl in der Entwicklung der menschlichen Psyche, ihrer Ressourcen und ihrer Störungen, wie auch in der therapeutischen Behandlung die zentrale Rolle. Die menschliche Psyche als Summe der Konfigurationen verinnerlichter und stets neu inszenierter Interaktionserfahrungen, die als funktionale und/oder dysfunktionale, kognitiv-affektive relationale Muster bereitstehen.

„Relationale Psychotherapie“ beruht auch auf einem psychoanalytisch-systemischen Therapiemodell, welches vom Institut KJF² entwickelt wurde. Die Verbindung von psychoanalytischer und systemischer Sichtweise zu relationaler Psychotherapie gründet auf eigenen Erfahrungen der Therapeuten und Therapeutinnen der Institutsleitung KJF, unter Einbezug der neueren Entwicklungen innerhalb der psychoanalytischen und systemischen Methoden. Dabei spielte die Tatsache, dass in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen immer auch das Umfeld mit einbezogen werden muss, eine wichtige Rolle. In der psychotherapeutischen Behandlung können die im Hier und jetzt aktualisierten Konfigurationen für die Beteiligten erfahrbar und auf neue Weise verstehbar gemacht und so dysfunktionale Muster verändert werden. Hierbei handelt es sich um einen wechselseitigen Prozess zwischen allen Beteiligten des therapeutischen Systems. Aufgabe des Therapeuten ist es, diesen gegenseitigen Kommunikationsprozess zum Gegenstand der Analyse zu machen, sei es in seiner stillen

² Am 16. April 1999 wurde der „Verein Institut für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie Luzern (KJF)“ gegründet, u.a. mit dem Zweck, eine Weiterbildung in psychoanalytisch-systemischer Kinder- Jugendlichen- und Familientherapie anzubieten.

Übertragungs-/Gegenübertragungsanalyse und/oder im expliziten Dialog mit dem Patienten/der Patientin (Jung, 2010).

Neben psychoanalytischen und systemischen Methoden spielen innerhalb dieses relationalen Therapiemodells auch Bindungstheorie und entwicklungspsychologische Aspekte (inkl. Säuglingsforschung) eine wichtige Rolle.

4.5.1 SYSTEMISCHER ANTEIL DES RELATIONALEN THERAPIEMODELLS

Beziehungskonstellationen (Jung, 2010) und Übertragungsmuster innerhalb der Familie im Fokus, richten sich die systemtherapeutischen Interventionen auf gegenseitige Wahrnehmungen und konkrete Handlungen zwischen den Familienmitgliedern. Die Therapierenden laden ein, neue Interaktionsmuster zwischen den Familienmitgliedern zu erkennen und allenfalls auszuwählen. Mit der neu angebotenen Erfahrung entstehen sekundär die Chance einer neuen Sichtweise sowie eine Wahlmöglichkeit zwischen Veränderung und Nichtveränderung. Ein gemeinsamer interaktiver Beziehungskontext ist seitens der Therapierenden nur so lange vonnöten, als dass er für die Diagnostik und therapeutische Arbeit notwendig ist. Ansonsten bemühen sich die Therapierenden, nicht in die direkte Interaktion einbezogen zu sein.

4.5.2 PSYCHOANALYTISCHER ANTEIL DES RELATIONALEN THERAPIEMODELLS

Durch das Einlassen der Therapierenden auf eine Beziehung (Jung, 2010) können die bewussten und unbewussten Rollenzuschreibungen und affektiven Inhalte erkannt werden. Dabei müssen angebotene Rollen und affektive Stimmungen übernommen werden, um abgewehrte oder offene Beziehungswünsche und -ängste sowie Affekte wahrnehmen zu können. Zudem gilt es, die Rollen im Sinne der Metakomplementarität anzusprechen, zu relativieren und die wahrgenommenen Affekte in geeigneter Form zurück zu geben. Beziehungsdiagnostik aufgrund von Beobachtungen bewusster und unbewusster Äusserungen und Interaktionen (z.B. Metaphern, szenische Darstellungen, affektive Stimmungen) und ihre Hinterfragung auf handlungsleitende Überzeugungen und Selbst-Objekt-Beziehungsbilder bildet das unerlässliche und ständig zu aktualisierende Leitsystem für therapeutische Aktionen.

4.6 EXKURS: MENTALISIEREN IN DER FAMILIENTHERAPIE

Laut Allen, Bateman & Fonagy (2011) bezeichnet Mentalisieren die Fähigkeit, eigene Verhaltensweisen ebenso wie das Verhalten anderer Menschen implizit oder explizit als intentional wahrzunehmen oder zu interpretieren, d.h. es auf mentale Zustände oder mentale Prozesse zurückzuführen. Mentalisieren bedeutet, sich vorzustellen, welche geistigen, mentalen Gründe für das Verhalten eines Menschen vorliegen könnten (Jung, 2010). Diese Fähigkeit entsteht in den ersten Lebensmonaten im Kontext einer sicheren Bindungsbeziehungsentwicklung (Asen, 2011). Es bedeutet, bei sich und bei anderen Menschen Wünsche, Gedanken und Überzeu-

gungen zu vermuten -mentale, geistige Vorgänge-, die dem Handeln zugrunde liegen. Handlungen werden nicht einfach als Handlungen wahrgenommen, sondern von den meisten Menschen wird dahinter eine Intention, eine Absicht vermutet. Über sich selbst zu mentalisieren bedeutet, reflexiv zu erfassen, welche Umstände und Erfahrungen in der Vergangenheit und Gegenwart zu den jetzigen Wünschen, Gedanken und Überzeugungen geführt haben, die das Handeln motivieren.

Es ist davon auszugehen (Asen, 2011), dass Mentalisierungsschwierigkeiten einen fundamentalen Einfluss auf die Fähigkeiten einer Familie haben, effektiv zu funktionieren. Sie tragen dazu bei, dass sich Familienmitglieder missverstanden fühlen und es so zu Beziehungsproblematiken kommt. Familienproblematiken bessern sich, wenn die Fähigkeiten der Familienmitglieder zunehmen, sich an den geistig-seelischen Verfassungen der anderen Personen zu interessieren, sie verstehen zu versuchen und sich in diese hineinzusetzen. All das fördert Bindung.

Die *Mentalisierungsgestützte Familientherapie*, welche von Fonagy, Target, Fearon und ihren Mitarbeitern entwickelt wurde, ist ein mentalisierungsfokussiertes Verfahren zur Behandlung von Familien mit Kindern und Jugendlichen. Wie auch in anderen familientherapeutischen Verfahren lassen die Therapierenden nichts unversucht, um sämtliche relevanten Familienmitglieder – einschliesslich getrennt lebender Elternteile – einzubeziehen (Allen et al. 2011). Um eine langfristige Resilienz der Beteiligten zu erreichen, werden Mentalisierungsfähigkeiten kultiviert, welche den Familienmitgliedern helfen können, einander zu unterstützen und Probleme in konstruktiver Zusammenarbeit zu bewältigen. Mentalisierungsgestützte Familientherapie fördert konsequent eine mentalisierende Haltung, wobei sich die Therapierenden gezielt darauf konzentrieren, das Interesse der Familienmitglieder an den eigenen mentalen Zuständen und derer ihrer Angehörigen sowie an der Korrektur von Missverständnissen zu wecken und wachzuhalten. In Tabelle 1 werden die sieben zentralen Interventionen der Mentalisierungsgestützten Familientherapie zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 1: Die wichtigsten Interventionen der Mentalisierungsgestützten Familientherapie

<p>○ <i>Identifizierung, Betonung und lobende Anerkennung der Beispiele für kompetentes Mentalisieren</i> (Bspl: Der Therapeut erläutert der Mutter, wie positiv ihr Sohn auf ihr Interesse an seiner Sichtweise reagiert hat)</p>
<p>○ <i>Teilen und wecken von Neugier</i> (Bspl: Der Therapeut bekundet sein Interesse an den Gefühlen eines Kindes und formuliert seine Hypothesen auf nachforschende Weise: „Ich bin mir nicht sicher, ob ich es richtig verstanden habe, aber ich frage mich...“)</p>
<p>○ <i>Pausieren und Suchen</i> (Bspl: Der Therapeut unterbricht eine nicht-mentalisierende Interaktion und sagt, dass er sehr daran interessiert sei, genau zu wissen, was jeder Einzelne während dieser Interaktion gedacht und empfunden hat)</p>
<p>○ <i>Identifizierung bevorzugter nicht-mentalisierender Narrative</i> (Bspl: Der Therapeut macht auf repetitive Gespräche aufmerksam, die erfahrungsgemäss fruchtlos bleiben, um die Familienmitglieder zu einer mentalisierenden Haltung zurückzuführen)</p>
<p>○ <i>Identifizieren und Benennen verborgener Gefühlszustände</i> (Bspl: Der Therapeut ermutigt die Angehörigen, ihre Gefühle zu benennen, und forscht nach weiteren Gefühlen, die vielleicht nicht anerkannt oder geäußert werden)</p>
<p>○ <i>Formulierung hypothetischer und kontrafaktischer Annahmen</i> (Bspl: „Was wäre, wenn“-Fragen, die die Beteiligten anregen, mit Ideen zu spielen)</p>
<p>○ <i>Arbeit des Therapeuten mit seinem eigenen Selbst</i> (Bspl: der Therapeut erläutert dem Familienmitgliedern seine eigenen mentalen Zustände und die Art und Weise, wie sein Erleben durch ihr Verhalten und ihre Interaktionen beeinflusst wird)</p>

Die Mentalisierungsgestützte Familientherapie konzentriert sich auf den Prozess und nicht auf den Inhalt: anstatt des Versuchs, spezifische Familienprobleme lösen zu wollen, fördern die Interventionen das Mentalisieren aller Familienmitglieder, indem sie ihnen helfen, ihre je individuelle Perspektive bewusst wahrzunehmen und in Worte zu fassen.

4.7 ZUR WIRKSAMKEIT DER SYSTEMISCHEN FAMILIENTHERAPIE

Eine Meta-Inhaltsanalyse von randomisiert-kontrollierten Studien zur systemischen Therapie/Familientherapie bei klinischen Störungen erwachsener Inpatienten und –patientinnen (von Sydow et. al., 2007) erfasste den Forschungsstand bis 2005 mit 33 Studien. Davon stammen 18 aus den USA und 15 aus Europa. In 27 der 33 Studien waren die systemischen Interventionen eindeutig wirksamer als Kontrollgruppen ohne Intervention oder mit medizinischen Routinebehandlungen. Sie waren ähnlich oder stärker wirksam als andere etablierte Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapie, verhaltenstherapeutisches Elterntraining, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie oder Antidepressiva. Nachweisliche Wirksamkeit der systemi-

schen Therapie/Familientherapie bei Erwachsenen findet sich bei Depressionen (fünf Studien), Substanzstörungen (zehn Studien), psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten (fünf Studien), Essstörungen (drei Studien) und Schizophrenie (fünf Studien). Zu Anpassungsstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Sexual- und Zwangsstörungen sowie intellektuellen Beeinträchtigungen liegen bisher keine systemischen randomisiert-kontrollierten Studien vor.

Bei kindlichen und jugendlichen Inpatienten und –patientinnen (von Sydow et al., 2007) wurde der Forschungsstand bis 2004 mit 49 qualitativ guten Studien erfasst, davon sind 36 aus den USA und 13 aus Europa. In 43 dieser 49 Studien zeigte sich die systemische Therapie/Familientherapie als entweder wirksamer als medizinische Routinebehandlungen oder ähnlich bzw. stärker wirksam als andere etablierte Interventionen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, verhaltenstherapeutisches Elterntaining, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie oder stationäre Therapie. Eindrückliche Wirksamkeitsbelege finden sich vorwiegend im Jugendlichenbereich bei dissozialen Störungen und Delinquenz (15 Studien), Substanzabhängigkeit und Missbrauch (zwölf Studien) sowie Essstörungen (sieben Studien). Störungen mit hohem Auffälligkeits- und Belastungsgrad scheinen also für das soziale Umfeld besonders gut mit systemischer Familientherapie behandelbar. Bei den Substanzabhängigkeiten und den Essstörungen Jugendlicher gilt die systemische Familientherapie als derzeit best-evaluiertes Psychotherapieverfahren. Wirksamkeitsnachweise liegen aber auch für Depressionen (zwei Studien) und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (zwei Studien), ADHS (drei Studien) und für die somatischen Krankheitsbilder Asthma (drei Studien, alle erfolgreich) und Diabetes mellitus (zwei Studien) vor. Weniger gute Wirksamkeitsbelege zeigen sich für Angststörungen (eine Studie).

Die systemische Familientherapie scheint neben der symptomatischen Wirksamkeit weitere gut belegbare Ergebnisse zu haben. So sind die Drop-Out-Quoten der Inpatienten meist geringer, d.h. ihre Rekrutierungsrate höher, und die Patientenzufriedenheit höher als in anderen Interventionen, insbesondere bei schweren dissozialen Störungen. Verglichen mit anderen Verfahren zeigt sich die Wirksamkeit der systemischen Familientherapie stärker beim 1- oder 2-Jahres-Follow-up als beim Behandlungsende. Der Einbezug von Eltern durch systemische Methoden ist nachweislich wesentlich für den Therapieerfolg.

Systemische Familientherapie könnte nach ersten Kostenschätzungen in amerikanischen Health-Maintenance-Organisationen kostengünstiger als andere Ansätze sein (Schweitzer, 2007), im Blick auf die Anzahl der benötigten Sitzungen ebenso wie auf die nach der Intervention benötigten sonstigen psychosozialen und medizinischen Massnahmen.

Ein besonderer Nutzen von systemischer Therapie/Familientherapie wird dahingehend beschrieben, als dass sie nicht nur beim Indexpatienten sondern auch auf die anderen Familienangehörigen wirkt. Kindliche, jugendliche und erwachsene Indexpatienten werden besser erreicht und in Therapien gehalten als in anderen Therapieverfahren. Im Vergleich zu anderen Therapieverfahren weist die systemische Therapie/Familientherapie eine niedrigere Sitzungszahl auf. Zudem werden auch soziale und ethnische Randgruppen durch systemische Therapie/Familientherapie erreicht, die durch andere Verfahren kaum erreicht werden können (von Sydow et. al. 2007).

EMPIRIE

5. METHODENWAHL

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Kombination von quantitativer und qualitativer Untersuchung gewählt, in welchen jeweils unterschiedliche Gebiete und Fragestellungen bearbeitet werden. Die einzelnen Themen mit den dazugehörigen methodischen Grundlagen sowie die Auswahl der Stichprobe werden somit jeweils separat beschrieben und die dazugehörigen Erhebungsinstrumente und Auswertungsmethoden sowie die Gütekriterien erörtert. Ziel ist es, die verschiedenen Ergebnisse aus den beiden Untersuchungen so zu einem Ganzen zusammenzufügen, dass eine umfassende Abbildung von Struktur, Klientel und Fachpersonen des Ambulatoriums Hochdorf und ihrem bisher einzigartigen Modell der Zusammenarbeit entsteht.

5.1 QUANTITATIV

Die quantitative Fragebogenuntersuchung ist Klienten bezogen und dient zur Beschreibung jener Klientinnen und Klienten des Ambulatoriums Hochdorf, welche von Erwachsenenpsychiatrie und KJPD gemeinsam betreut werden, ihrer jeweiligen Ausgangssituation und eines damit verbundenen eventuell erhöhten Risikos für die beteiligten Kinder, später selbst an einer psychiatrischen Erkrankung zu leiden, wenn bereits ein oder beide Elternteile psychiatrisch erkrankt sind. Dazu bietet sich die Risikocheckliste (vgl. Kapitel 6.2 dieser Arbeit), welche von Praktikern für Praktiker entwickelt worden ist und die interessierenden Bereiche gut abbildet, als Mittel der Wahl an.

5.2 QUALITATIV

Qualitative Interviews stellen das Mittel zur Erhebung von Art und Güte der Zusammenarbeit auf fachlicher und institutioneller Ebene aus Sicht der direkt beteiligten Fachpersonen dar.

Dies geschieht in Form eines Leitfaden-Interviews, welches anhand eines vorbereiteten, aber flexibel einsetzbaren Fragenkatalogs für jedes Thema geeignet ist und die Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht (Bortz & Döring, 2002).

5.3 ROLLEN DER FACHPERSONEN

Im Rahmen der gewählten Methoden kommen den an der Untersuchung beteiligten Fachpersonen jeweils unterschiedliche Rollen zu: Im quantitativen Teil die Rolle der Einschätzenden aufgrund vorhandenen Fachwissens und Erfahrung im Umgang mit Familien mit psychisch belasteten oder psychiatrisch erkrankten Elternteilen, Eltern oder Kindern und im qualitativen Teil als Hauptbeteiligte im bisher stattgefundenen Prozess der Zusammenarbeit, den es zu reflektieren, zu beurteilen und weiter zu entwickeln gilt.

6. QUANTITATIV: FRAGEBOGENUNTERSUCHUNG

Mit der angewendeten Fragebogenuntersuchung wird eine Querschnittsdiagnose erhoben, welche einen aktuell gegebenen Zustand darstellt (Bühner, 2006). Dabei können die Position einer Person innerhalb einer Gruppe, Unterschiede der Merkmalsausprägung zwischen Personen oder Gruppen, individuelle Merkmalskombinationen oder (Nicht-)Erfüllung einer Bedingung/Erreichen eines Kriteriums festgestellt werden.

6.1 DIE RISIKOCHECKLISTE UND IHRE ANWENDUNG

Kinder von psychiatrisch erkrankten Eltern (Mattejat & Lisofsky, 2004) haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.

Die Risikocheckliste (vgl. Anhang C) ist von Dr. B. Laufs, Leiter der psychiatrischen Abteilung in Idar-Oberstein und K. Löffler, Leiter des Jugendamtes Birkenfeld, im Rahmen eines Modells des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. Bonn zur Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Birkenfeld/Rheinland-Pfalz unter Begleitung von Herrn Schmitt-Schäfer, Mitarbeiter von TRANSFER -Unternehmen für soziale Innovation- entwickelt worden (Lisofsky & Schmitt-Schäfer in Schone & Wagenblass, 2006). Damit liegt erstmals ein Manual zur Risikoeinschätzung für die Mitarbeiter der Institutionen vor und gleichzeitig bietet die Checkliste eine Basis zur einzelfallbezogenen Kooperation und zur gegebenenfalls nötigen Vernetzung der Hilfen. Hierbei handelt es sich nicht um ein wissenschaftlich geprüftes, valides Verfahren. Es wurde bewusst aus der Praxis heraus für die Praxis entwickelt.

Die Checkliste ist in drei Bereiche gegliedert. Der erste Bereich beinhaltet Informationen zur Erkrankung eines Elternteils bzw. der Eltern. Hier erfolgt bereits eine Risikoeinschätzung nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur (Mattejat & Lisofsky, 2004). Im Sinne einer genaueren Differenzierung wurden (durch die Autorin) nebst den bereits im Fragebogen erwähnten möglichen Krankheitsbildern zusätzlich Suchtproblematik, Essstörung und posttraumatische Belastungsstörung *PTBS* eingefügt, welche jedoch einen rein deskriptiven Charakter haben und nicht codiert werden. Im zweiten Teil sind Fragen zusammengefasst, die sich auf die Risikoeinschätzung bedeutsamer psychosozialer Variablen beziehen und der dritte Bereich beinhaltet Kind-Variablen.

Sämtliche einzuschätzenden Variablen sind in den entsprechenden Feldern mit „Ja“ oder „Nein“ anzukreuzen. Für die vorliegende Untersuchung wurde der aktuellen Version (vgl. Lisofsky & Schmitt-Schäfer in Schone & Wagenblass, 2006) zusätzlich das Feld „nb“ für „nicht beurteilbar“ angefügt, da davon auszugehen ist, dass die einschätzenden Fachpersonen trotz guter Kenntnisse über die Familienmitglieder und –verhältnisse nicht alle Variablen zweifelsfrei mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten können.

In den einzelnen „Ja“- oder „Nein“-Feldern sind die Ziffern A, B, C oder D zu finden. Diese Ziffern dienen zur Einschätzung des mit der jeweiligen Variablen verbundenen Risikos.

A = sehr hohes Risiko

B = hohes Risiko

C = mittleres Risiko

D = geringes Risiko

Ausführungen zu den kleingedruckten Zahlen innerhalb des Fragebogens finden sich im Anschluss an diesen.

Nachdem die Liste bearbeitet ist, wird die Häufigkeit der ermittelten Ziffern in die nachstehende Tabelle eingetragen.

Tabelle 2: Auswertung Risikoeinschätzung

Risikoeinschätzung	Anzahl der in der Checkliste vorhandenen Ziffern	Häufigkeit der ermittelten Ziffern
A	5	
B	16	
C	18	
D	19	

Mit der Häufigkeit der Nennungen steigt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken oder andere Beeinträchtigungen davonzutragen. Hierbei sind die qualitativen Abstufungen zu beachten, die mit den unterschiedlichen Ziffern verbunden sind.

Für die vorliegende Arbeit wurden anstelle der Auswertung mittels Tabelle diverse Grafiken erstellt, die eine spezielle Übersicht gewährleisten und die Auswertungsmöglichkeiten entsprechend erweitern.

6.2 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Neben grundsätzlichen Fragen nach Anzahl der Familien mit entweder einem oder mehreren Kindern, Geschlecht und Alter der betroffenen Kinder und der Eltern bzw. Elternteile, Diagnose der Eltern bzw. des Elternteils, aktueller Behandlung sowie Form des Erwerbseinkommens und Erziehungsstatus der Eltern bzw. des Elternteils stellen sich die Fragen:

1. Ob und wenn ja wie sich die Anzahl der Risikovariablen A, B, C und D der betroffenen Kinder in Bezug auf die jeweilige Diagnose der Eltern bzw. des Elternteils unterscheidet.

Hypothese 1a: Die Anzahl der Risikovariablen A, B, C und D der betroffenen Kinder unterscheidet sich in Bezug auf die Diagnose der Eltern bzw. des Elternteils.

Hypothese 1b: Kinder mit depressiven Eltern bzw. einem depressiven Elternteil haben die höchste Anzahl Risikovariablen A und B.

2. Ob sich die Anzahl der Risikovariablen A, B, C und D der betroffenen Kinder nach Geschlecht in Bezug auf die jeweilige Diagnose der Eltern bzw. des Elternteils unterscheidet.

Hypothese 2: Knaben haben über alle elterlichen Diagnosen hinweg eine höhere Anzahl Risikovariablen A und B als Mädchen.

3. Ob sich die Anzahl der Risikovariablen A und B der betroffenen Kinder in verschiedenen Altersgruppen und nach Geschlecht unterschiedlich zeigt.

Hypothese 3: Mädchen der Altersgruppe ≥ 16 Jahre haben eine höhere Anzahl Risikovariablen A, B, C und D als Knaben der Altersgruppe 6-10 Jahre.

4. Ob und wenn ja wie sich die Mittelwerte der Risikogruppen A, B, C und D der betroffenen Kinder unterscheiden, wenn entweder ein oder beide Elternteile erkrankt sind.

Hypothese 4a: Kinder mit zwei erkrankten Elternteilen haben in allen Risikogruppen höhere Mittelwerte als Kinder mit nur einem erkrankten Elternteil.

Hypothese 4b: Mädchen mit zwei erkrankten Elternteilen haben in allen Risikogruppen höhere Mittelwerte als Knaben mit zwei erkrankten Elternteilen.

6.3 STICHPROBE UND DATENERHEBUNG

Die Stichprobe der vorliegenden Fragebogenuntersuchung setzt sich zusammen aus 28 Familien, welche im Ambulatorium Hochdorf gemeinsam von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie betreut wurden oder werden. Einbezogen wurden durch die Fachpersonen ausgewählte Familien, welche im Zeitraum zwischen 01.09.2011 und 28.02.2012 entweder neu aufgenommen wurden oder sich bereits in Behandlung befanden. Die Stichprobengrösse war nicht zuletzt abhängig von zeitlichen Kapazitäten der einschätzenden Fachpersonen von KJPD und Erwachsenenambulatorium und bildet lediglich einen Teil der gemeinsamen Fälle ab.

Bei den Probandinnen und Probanden handelt es sich ausschliesslich um Kinder, deren Eltern oder Elternteil entweder eine psychiatrische Diagnose nach ICD 10 (Dilling et. al., 2011) aufweisen bzw. aufweist oder psychisch belastete Kinder und ihre Eltern. Insgesamt konnten 38 Erwachsene einbezogen und 42 Kinder eingeschätzt werden. Waren bei mehreren Kindern einer Familie unterschiedliche Risiken ausmachbar, wurden diese Kinder einzeln eingeschätzt. Waren laut einschätzender Person bei Geschwistern ausschliesslich identische Risiken vorhanden, kam es zu einer gemeinsamen Einschätzung, die für alle Geschwister gleichermaßen galt.

Alle Familien, welche mittels Risikocheckliste eingeschätzt werden sollten, wurden durch die für sie zuständigen Fachpersonen über Inhalt und Zweck der Untersuchung informiert und gaben im Voraus ein schriftliches Einverständnis ab (vgl. Anhang D).

Die Einschätzung mittels Fragebogen zur Risikoeinschätzung wurde bei Kindern und Erwachsenen jeweils durch die hauptbetreuende Fachperson von entweder KJPD oder Erwachsenenpsychiatrie vorgenommen. Bei Unsicherheiten bezüglich Einschätzung wurde entweder bei den Klienten und Klientinnen oder bei zusätzlich in die Betreuung involvierten Fachpersonen nachgefragt, um möglichst genaue Angaben machen zu können. Trotz Bestreben um eine möglichst gut zutreffende Einschätzung unterliegt diese Art von Untersuchung immer auch der subjektiven Wahrnehmung ein jeder einschätzender Fachperson.

6.4 FRAGEBOGENAUSWERTUNG

Durch auf Nachfragen ergänzte Angaben durch die einschätzenden Fachpersonen konnten schlussendlich 42 Fragebogen in die Untersuchung einbezogen werden. Von den 38 in die Untersuchung einbezogenen Elternteilen ist bei zwei Probanden und zwei Probandinnen das Alter nicht bekannt. Da dies die einzige fehlende Angabe ist, wurden sie trotzdem in die Auswertung einbezogen. Die gemeinsam eingeschätzten Geschwister wurden in der Auswertung ihrem Geschlecht und ihrer jeweiligen Altersgruppe zugeordnet und wie einzeln eingeschätzte Kinder behandelt. Die Altersgruppen der Kinder wurden aufgrund entwicklungspsychologischer Erkenntnisse (Flammer & Alsaker, 2002; Mietzel, 2004) und unter Einbezug der Theorie

festgelegt und so weit wie in diesem Rahmen möglich gefasst. Da die vorliegende Stichprobe nur zwei Kinder aufweist, die jünger als zwei Jahre sind, wurde auf eine differenziertere Unterteilung des Säuglings- und Kleinkindalters verzichtet. Bei den Angaben zu den psychiatrischen Erkrankungen der einzelnen Elternteile wurde im Hinblick auf den Anspruch an eine bestmögliche Anonymisierung der Daten auf eine Unterteilung nach Geschlecht der erkrankten Elternteile verzichtet. Aus dem gleichen Grund wurde bei der Altersgruppe der ≥ 16 -jährigen Kinder von einer differenzierten Altersangabe abgesehen, da sich diese Gruppe innerhalb einer Zeitspanne von zehn Jahren bewegt.

Die erhobenen Daten wurden ins Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 19 eingegeben (Field, 2009) und unter Einbezug von Excel 2010 (Harvey, 2010) ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mittels Excel 2010 veranschaulicht. Hierbei entstanden ausschliesslich deskriptive Aussagen, die sich an den Fragestellungen orientieren. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde auf Signifikanzrechnungen verzichtet. Fein skalierte Grafiken der Abbildungen 10 bis 17 werden nicht im Detail beschrieben, es wird aber auf die wichtigsten Punkte hingewiesen und anhand der Informationen aus den Kreuztabellen werden weitere wichtige Aspekte erläutert.

6.5 ERGEBNISDARSTELLUNG

6.5.1 FAMILIEN UND IHRE KINDER

Es wurden insgesamt 28 Familien ermittelt. Dazu konnten 38 Elternteile erfasst werden. Wie viele dieser 28 Familien Einelternfamilien sind, kann aufgrund der vorliegenden Angaben nicht beurteilt werden. Bei 20 Familien ist jeweils ein einziges Kind aufgeführt und eingeschätzt. Es ist nicht ersichtlich, ob diese 20 Kinder Geschwister haben oder Einzelkinder sind. Die restlichen acht Familien haben entweder zwei, drei oder vier Kinder. Aus Anonymitätsgründen wird hier nicht näher ausgeführt, wie viele der acht Familien je wie viele Kinder haben. Es wurden nicht bei allen Familien mit mehreren Kindern jeweils alle Kinder eingeschätzt sondern nur jene, bei denen genügend Angaben vorhanden waren. So konnten insgesamt 42 Kinder in die Risikoeinschätzung einbezogen werden. Bei diesen 42 Kindern sind jeweils ein oder beide Elternteile psychiatrisch erkrankt.

6.5.2 ALTER UND GESCHLECHT DER KINDER

Die Kinder wurden in folgende Altersgruppen unterteilt:

- Kleinkind- und Vorschulstufe (0-5 Jahre)
- Primarschulstufe (6-10 Jahre)
- Orientierungs- und Oberstufe (11-15 Jahre)
- Weiterführende Schulen, Berufsausbildung (≥ 16 Jahre)

Altersgruppen Kinder N=42

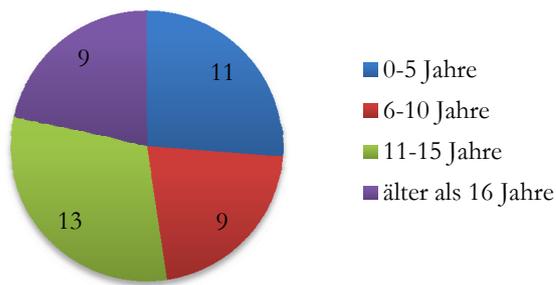


Abbildung 1: Altersgruppen Kinder

In der Altersgruppe der ≥ 16 -Jährigen ist die jüngste Person 16 Jahre und die älteste Person 26 Jahre alt.

Die 42 eingeschätzten Kinder verteilen sich relativ ausgewogen auf die vier Altersgruppen (vgl. Abb. 1). Die grösste Gruppe bilden die 11-15-Jährigen (13 Kinder = 31%), gefolgt von den 0-5-Jährigen (11 Kinder = 26.2%). Die Gruppen der 6-10-Jährigen und der ≥ 16 -Jährigen sind mit je 9 Kindern (je 21.4%) vertreten.

Altersgruppen Knaben N=29

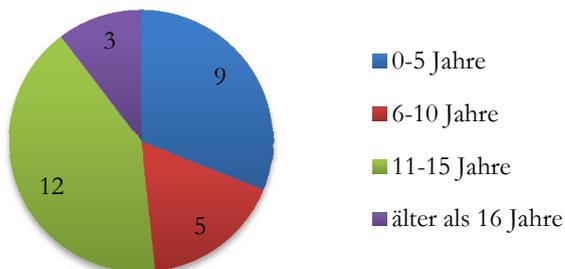


Abbildung 2: Altersgruppen Knaben

Von den 42 eingeschätzten Kindern sind 29 (=69%) Knaben (vgl. Abb. 2). In der Altersgruppe der 0-5-Jährigen finden sich neun Knaben (=21.4%), bei den 6-10-Jährigen sind es fünf Knaben (=11.9%), bei den 11-15-Jährigen zwölf Knaben (=28.6%), drei Knaben (=7.1%) sind ≥ 16 Jahre alt, davon sind zwei Knaben 16 Jahre und einer 17 Jahre alt.

Altersgruppen Mädchen N=13

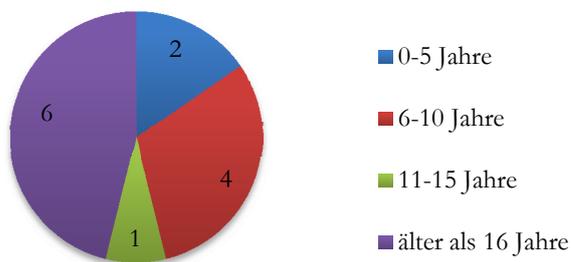


Abbildung 3: Altersgruppen Mädchen

13 (31%) der 42 eingeschätzten Kinder sind Mädchen (vgl. Abb. 3). In der Altersgruppe der 0-5-Jährigen finden sich zwei Mädchen (=4.8%), bei den 6-10-Jährigen sind es vier Mädchen (=9.5%), bei den 11-15-Jährigen ein Mädchen (=2.4%), sechs Mädchen (=14.3%) sind ≥ 16 Jahre alt und verteilen sich innerhalb einer Zeitspanne von zehn Jahren.

6.5.3 ALTER UND GESCHLECHT DER ELTERN

Insgesamt wurden 28 weibliche und 10 männliche Elternteile ermittelt und entsprechend in die Auswertung einbezogen.

Altersgruppen Eltern N=34

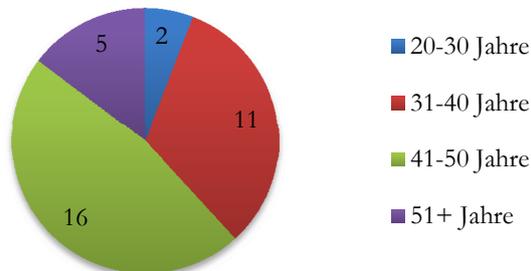


Abbildung 4: Altersgruppen Eltern

34 der in die Untersuchung einbezogenen Elternteile konnten einer Altersgruppe zugeordnet werden (vgl. Abb. 4). Von je zwei Frauen und zwei Männern ist das Alter nicht bekannt. Bei den 20-30-Jährigen sind dies zwei Personen, bei den 31-40-Jährigen 11 Personen und bei den 41-50-Jährigen 16 Personen. Fünf Personen sind \geq 51 Jahre alt.

6.5.4 KINDER IN BEHANDLUNG IM AMBULATORIUM

Kinder in psychologischer Behandlung N=42

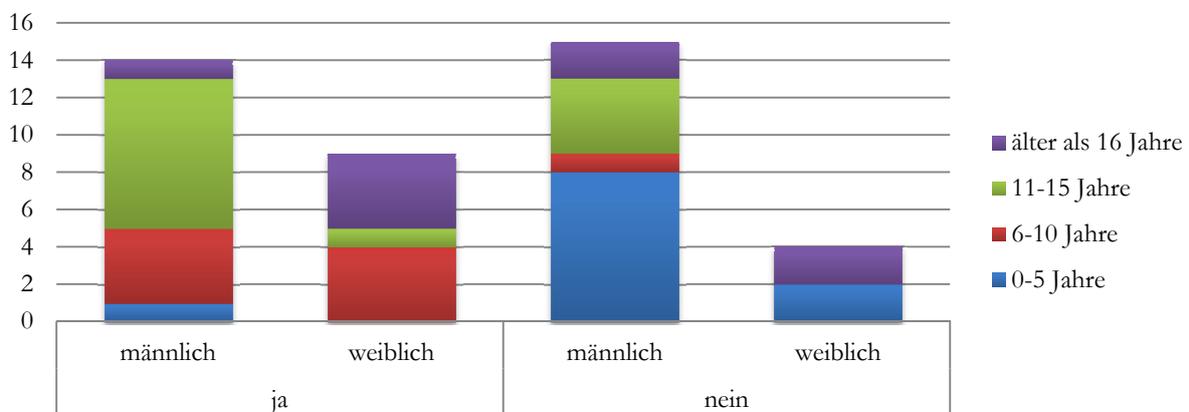


Abbildung 5: Kinder in psychologischer Behandlung

Von 29 erfassten Knaben befinden sich 14 in Behandlung, 15 hingegen nicht (vgl. Abb. 5). Von 13 erfassten Mädchen befinden sich neun in Behandlung, vier hingegen nicht. Verglichen mit den Gesamtbehandlungszahlen des KJPD (138 Kinder befinden sich in Behandlung, davon 82 Knaben und 56 Mädchen, vgl. Anhang B) stellen die 14 sich in Behandlung befindenden Knaben 10.15% und die neun in Behandlung stehenden Mädchen 6.52% der Gesamtbehandlungszahl dar. Der Anteil der am KJPD behandelten Kinder der vorliegenden Stichprobe, welche in gemeinsame Fälle involviert sind, beträgt 16.67%.

6.5.5 ELTERN IN BEHANDLUNG IM AMBULATORIUM

Erkrankte Elternteil(e) in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung N=38

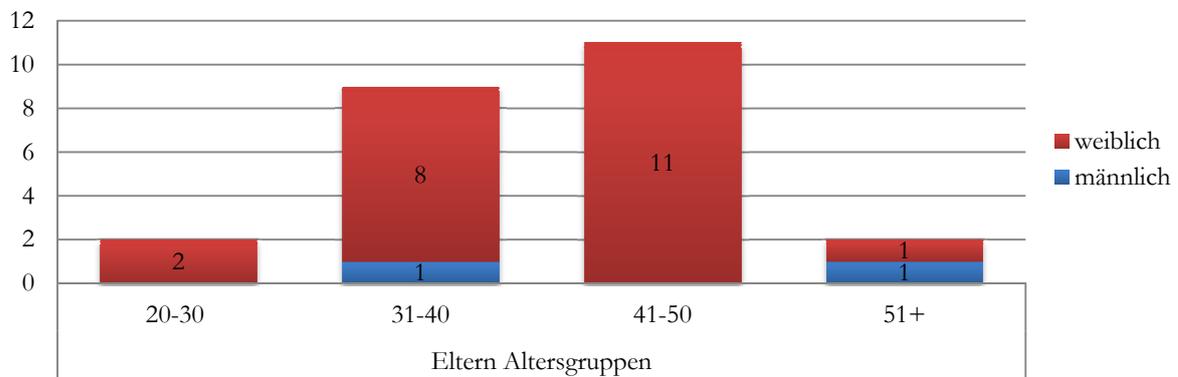


Abbildung 6: Erkrankte Elternteil(e) in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung

Von 38 erfassten Elternteilen sind 33 erkrankt (vgl. Abbildung 8). Davon befinden sich 24 in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung (vgl. Abb. 6). Dabei handelt es sich um 22 Frauen und 2 Männer. Verglichen mit den Gesamtbehandlungszahlen des Erwachsenenambulatoriums (309 Erwachsene befinden sich in Behandlung, davon 173 Frauen und 136 Männer, vgl. Anhang B) stellen die 22 sich in Behandlung befindenden Frauen 7.12% und die zwei in Behandlung stehenden Männer 0.65% der Gesamtbehandlungszahl dar. Der Anteil der am Erwachsenenambulatorium behandelten Frauen und Männer der vorliegenden Stichprobe, welche in gemeinsame Fälle involviert sind, beträgt 7.77%.

6.5.6 ERWERBSFORM UND ERZIEHUNGSSTATUS DER ELTERN

Arbeit und Erziehung N=26 (Mehrfachnennungen möglich)

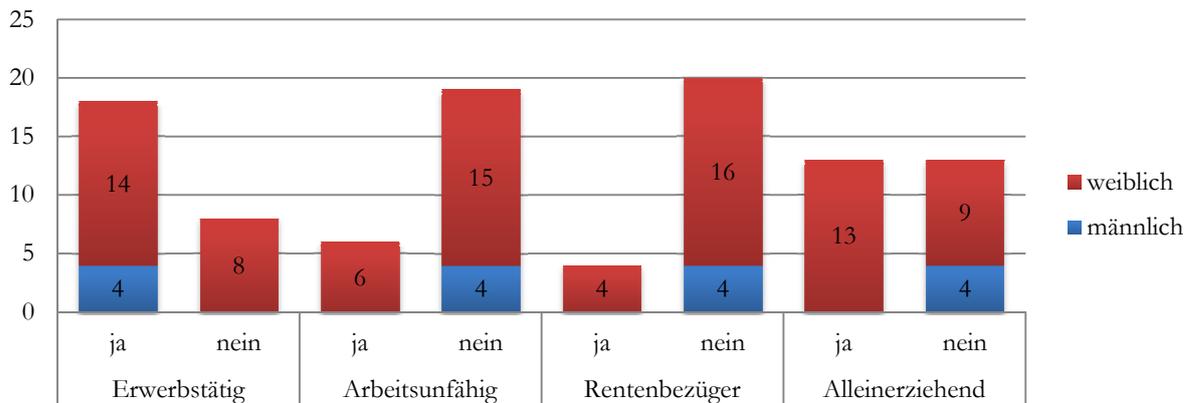


Abbildung 7: Erwerbsform und Erziehungsstatus der Eltern

Von den 26 Elternteilen, bei denen ein Arbeits- und Erziehungsstatus erhoben werden konnte, (vgl. Abb. 7) sind alle vier aufgeführten Männer erwerbstätig, weder arbeitsunfähig noch Rentenbezüger und keiner von ihnen ist alleinerziehend.

Von 22 Frauen sind 14 erwerbstätig, acht hingegen nicht. Sechs Frauen sind arbeitsunfähig, 15 könnten einer Arbeit nachgehen. Eine Angabe fehlt. Vier Frauen beziehen eine Rente, zwei machten keine Angaben dazu. Mehr als die Hälfte, nämlich 13 Frauen sind alleinerziehend, neun erziehen ihre Kinder gemeinsam mit dem anderen Elternteil oder einem neuen Lebenspartner.

6.5.7 PSYCHIATRISCH ERKRANKTE VÄTER, MÜTTER UND/ODER ELTERNPAARE

Psychiatrische Erkrankung eines oder beider Elternteile

N₃₀=27 (Mehrfachantworten möglich)

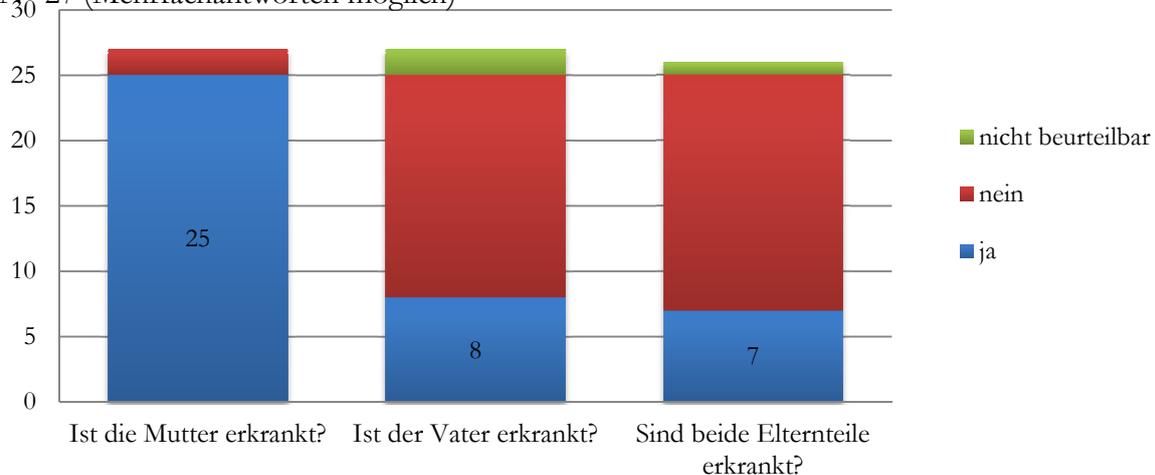


Abbildung 8: Psychiatrische Erkrankung eines oder beider Elternteile

In 25 Familien ist die Mutter erkrankt. Bei acht Familien ist der Vater erkrankt. In sieben Familien sind beide Elternteile erkrankt (diese wurden entweder als erkrankte Mutter oder erkrankter Vater schon in der vorherigen Spalte erfasst). Bei zwei Familien ist nicht beurteilbar, ob der Vater erkrankt ist, ebenso ist bei einer Familie nicht beurteilbar, ob beide Elternteile erkrankt sind oder nicht (vgl. Abb. 8).

6.5.8 PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSBILDER DER ELTERN(TEILE)

Psychiatrische Krankheitsbilder der Elternteile

N=26 (Mehrfachnennungen möglich)

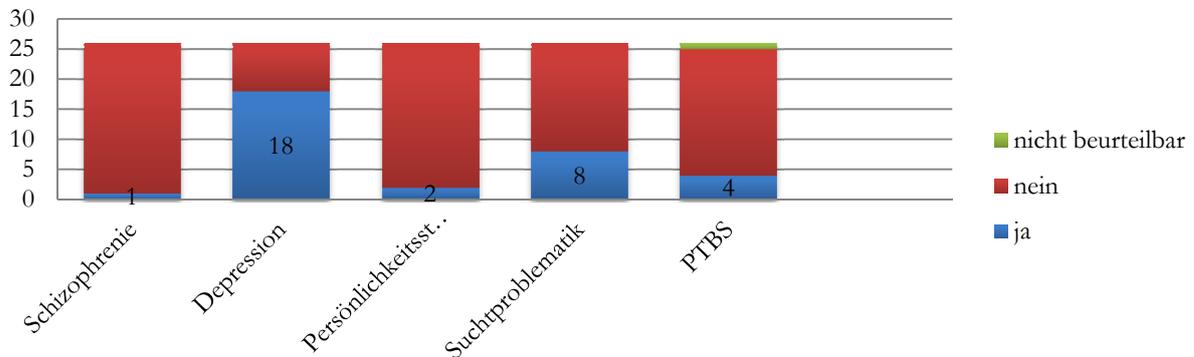


Abbildung 9: Psychiatrische Krankheitsbilder der Eltern(teile)

26 Müttern oder Vätern konnten ein oder mehrere psychiatrische Krankheitsbilder zugeordnet werden (vgl. Abb. 9). Somit ist eine Doppel- oder Mehrfacherfassung von einzelnen Personen möglich. Manisch-depressive Erkrankungen und Essstörungen kommen nicht vor und wurden deshalb in der Grafik weggelassen.

Ein Elternteil leidet an einer Schizophrenie, 18 Elternteile sind an einer Depression erkrankt und bei zwei Elternteilen besteht eine Persönlichkeitsstörung. Acht Elternteile weisen (zusätzlich oder ausschliesslich) eine Suchtproblematik auf. Vier Elternteile leiden an einer PTBS, welche sowohl isoliert als auch in Kombination mit anderen Erkrankungen vorkommt. Bei einem Elternteil ist nicht beurteilbar, ob eine PTBS vorliegt.

6.5.9 PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSBILDER DER ELTERN UND JEWEILIGES RISIKO DER KINDER

Die folgenden vier Grafiken (Abbildung 10-13) bilden die jeweiligen Risiken der Kinder unter Bezugnahme auf die Krankheitsbilder der Eltern ab. Da mehrere Elternteile eine Doppel- oder Mehrfachdiagnose aufweisen, sind die jeweils betroffenen Kinder bei allen Diagnosen aufgeführt. Die Kinder werden zusätzlich nach Geschlecht unterschieden.

Psychiatrisches Krankheitsbild der Eltern / Risiko A der Kinder

N=42 (Mehrfachnennungen möglich)

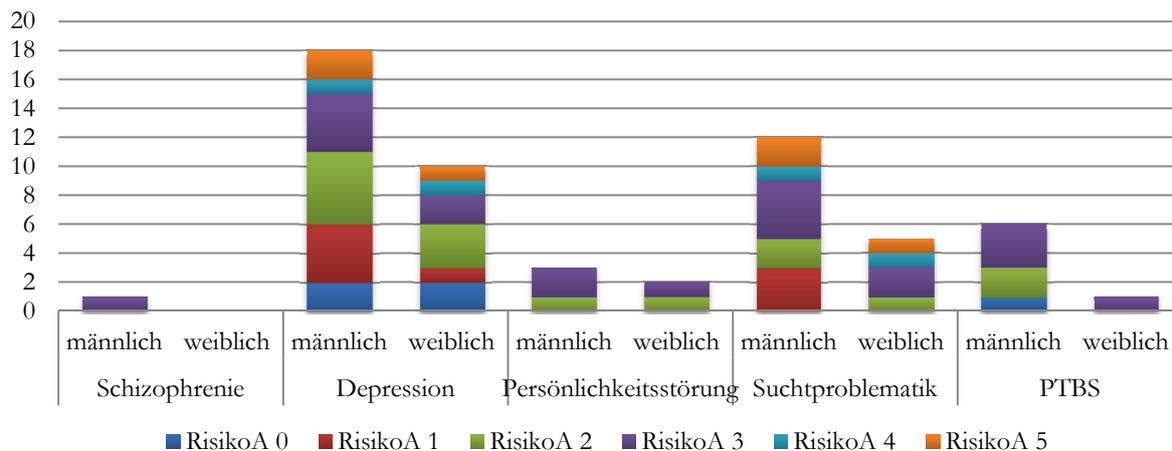


Abbildung 10: Psychiatrisches Krankheitsbild Eltern/Risiko A Kinder

A-Variablen gelten als sehr hohes Risiko für eine spätere psychiatrische Erkrankung.

Dem Risiko A werden fünf Variablen zugeordnet (vgl. Abb. 10).

Zwei Knaben und ein Mädchen erreichten die Maximalzahl fünf. Die Eltern bzw. der Elternteil dieser Kinder leiden/leidet an einer Depression und je zusätzlich an einer Suchtproblematik. Deshalb sind die Kinder bei beiden Krankheitsbildern erfasst. Ebenfalls der Kombination von Depression und Suchtproblematik konnten ein Knabe und ein Mädchen mit vier A-Variablen zugewiesen werden. Auch diese wurden bei beiden Krankheitsbildern erfasst. Für die Krankheitsbilder Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung und PTBS war die höchste erreichte Zahl drei, wobei es sich beim Knaben mit schizophrenen Eltern bzw. Elternteil um einen Einzelfall handelt. Bei Schizophrenie (Einzelfall), Persönlichkeitsstörung und Suchtproblematik ist bei allen Kindern mindestens eine A-Variable vorhanden. Je zwei Mädchen und zwei Knaben mit Eltern bzw. einem Elternteil mit Depression und ein Knabe mit einer PTBS erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil weisen keine A-Variablen auf.

Psychiatrisches Krankheitsbild der Eltern / Risiko B der Kinder N=42 (Mehrfachnennungen möglich)

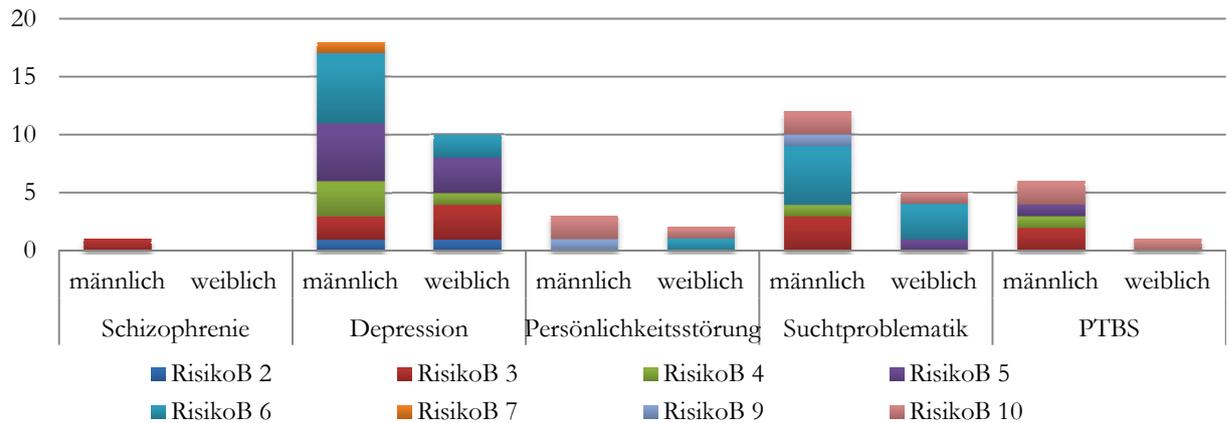


Abbildung 11: Psychiatrisches Krankheitsbild Eltern/Risiko B Kinder

B-Variablen stehen für ein hohes Risiko einer späteren psychiatrischen Erkrankung.

16 Variablen werden dem Risiko B zugeordnet (vgl. Abb. 11).

Maximal wurden zehn B-Variablen erreicht, dies von zwei Knaben und einem Mädchen. Bei den erkrankten Eltern bzw. dem Elternteil treten die Krankheitsbilder der Persönlichkeitsstörung, der Suchtproblematik und der PTBS auf. Die Kinder wurden bei allen drei Krankheitsbildern erfasst. Den Wert neun erreichte ein Knabe mit an einer Suchtproblematik und an einer Persönlichkeitsstörung erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil. Auch er wurde bei beiden Krankheitsbildern erfasst. Die meisten Kinder finden sich bei Wert sechs, nämlich sechs Knaben und zwei Mädchen mit an einer Depression erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil und fünf Knaben und drei Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Suchtproblematik. Der tiefste erreichte Wert war zwei und wurde von je einem Knaben und einem Mädchen mit an einer Depression erkrankten Eltern bzw. Elternteil erreicht.

Psychiatrisches Krankheitsbild der Eltern / Risiko C der Kinder

N=42 (Mehrfachnennungen möglich)

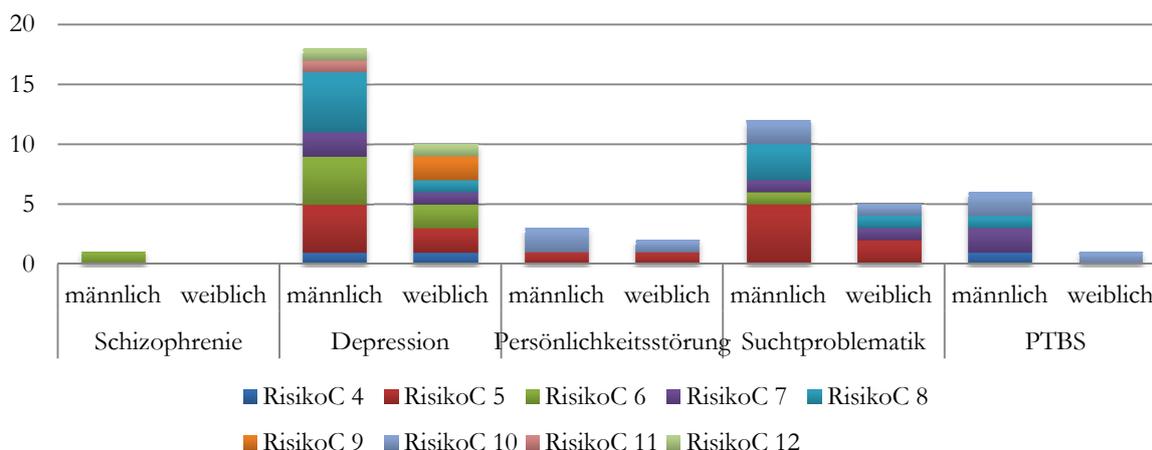


Abbildung 12: Psychiatrisches Krankheitsbild Eltern/Risiko C Kinder

C-Variablen stellen ein mittleres Risiko für eine spätere psychiatrische Erkrankung dar.

Dem Risiko C werden 18 Variablen zugeordnet (vgl. Abb. 12).

Es wurden maximal 12 C-Werte erreicht, dies von einem Knaben und einem Mädchen, deren Eltern bzw. Elternteil an einer Depression erkrankt ist. 11 C-Werte wurden einzig von einem Knaben mit Eltern bzw. Elternteil mit einer depressiven Erkrankung erreicht. Zehn C-Werte wurden von zwei Knaben und einem Mädchen mit an einer Persönlichkeitsstörung, an einer Suchtproblematik und an einer PTBS erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil erreicht. Hier besteht eine Mehrfachdiagnose bei Eltern bzw. Elternteil und die Kinder wurden bei allen drei Krankheitsbildern erfasst. Neun C-Werte wurden von zwei Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Depression erreicht, der C-Wert acht wurde insgesamt elfmal erreicht, von fünf Knaben und einem Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer depressiven Erkrankung, von drei Knaben und einem Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Suchtproblematik und von einem Knaben mit an einer PTBS erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil. Am häufigsten, nämlich 15 Mal wurde der C-Wert fünf erreicht, dies von vier Knaben und zwei Mädchen mit an einer Depression erkrankten Eltern bzw. Elternteil, von je einem Knaben und einem Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Persönlichkeitsstörung und von fünf Knaben und zwei Mädchen mit an einer PTBS erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil. Der tiefste C-Wert von vier wurde von je einem Knaben und einem Mädchen mit an einer Depression erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil und von einem Knaben mit Eltern bzw. Elternteil mit PTBS erreicht.

Psychiatrisches Krankheitsbild der Eltern / Risiko D der Kinder

N=42 (Mehrfachnennungen möglich)

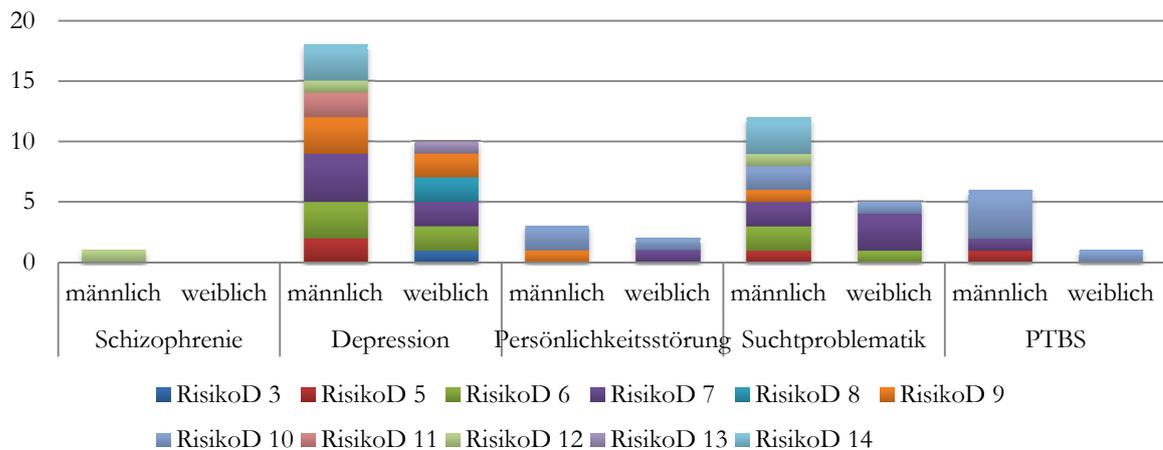


Abbildung 13: Psychisches Krankheitsbild Eltern/Risiko D Kinder

D-Variablen stehen für ein geringes Risiko einer späteren psychiatrischen Erkrankung.

19 Variablen werden dem Risiko D zugeordnet (vgl. Abb. 13).

Es wurden maximal 14 D-Variablen erreicht, dies von drei Knaben, deren Eltern bzw. Elternteil an einer Depression sowie an einer Suchtproblematik leiden/leidet. Die drei Knaben wurden bei beiden Krankheitsbildern erfasst. 13 D-Werte erreichte einzig ein Mädchen mit Eltern bzw. einem Elternteil mit einer depressiven Erkrankung.

Zwölf D-Werte wurden von je einem Knaben mit an einer Depression und/oder Suchtproblematik erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil und von einem Knaben mit an Schizophrenie erkranktem Elternteil erreicht. Elf D-Werte erreichten zwei Knaben mit depressiven Eltern bzw. depressivem Elternteil. Zehn D-Werte erreichten je zwei Knaben und ein Mädchen mit an einer Persönlichkeitsstörung und/oder an einer Suchtproblematik erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil und vier Knaben und ein Mädchen mit an einer PTBS erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil. Auch hier wurden aufgrund von Mehrfachdiagnosen einzelne Kinder bei allen sie betreffenden Krankheitsbildern erfasst. Am häufigsten wurde der D-Wert sieben erreicht, nämlich von vier Knaben und zwei Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Depression, einem Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Persönlichkeitsstörung, zwei Knaben und drei Mädchen mit Eltern bzw. Elternteil mit einer Suchtproblematik und einem Knaben mit an einer PTBS erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil. Der tiefste D-Wert war drei und wurde einzig von einem Mädchen mit an einer Depression erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil erreicht.

6.5.10 GESAMTRISIKEN A, B, C UND D DER KINDER

Anhand der vier folgenden Abbildungen (14-17) wird ersichtlich, wie sich das Gesamtrisiko für die Kinder in den verschiedenen Risikogruppen A, B, C und D nach Geschlecht und Altersgruppen darstellt. Jede Risikogruppe verfügt auch über eine Gesamtdarstellung nach Geschlecht.

Risiko A der Kinder (sehr hohes Risiko) N=42

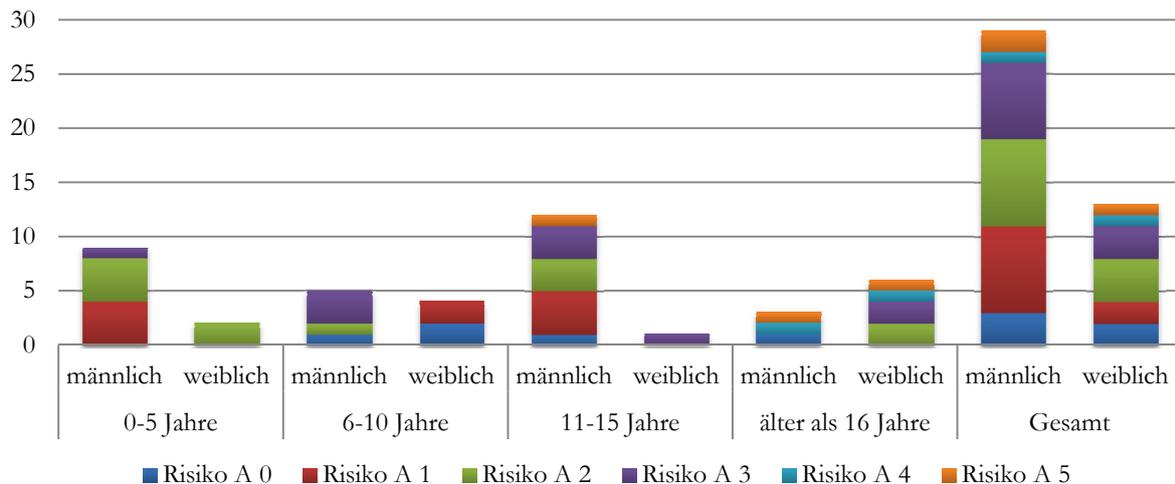


Abbildung 14: Gesamtrisiko A Kinder

Von den fünf möglichen A-Variablen wurde von einem Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre sowie von je einem mehr als 16 Jahre alten Knaben und einem Mädchen der Maximalwert fünf erreicht (vgl. Abb. 14). Vier A-Werte wurden ebenfalls von je einem Knaben und einem Mädchen aus der Altersgruppe der ≥ 16 -Jährigen erzielt. Ein Knabe von 0-5 Jahren, drei Knaben zwischen 6 und 10 Jahren sowie drei Knaben und ein Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren wiesen drei A-Items auf. Zwei A-Werte wurden von vier Knaben und zwei Mädchen von 0-5 Jahren, von einem Knaben von 6-10 Jahren, drei Knaben von 11-15 Jahren und zwei mehr als 16 Jahre alten Mädchen erreicht. Zwei Knaben und ein Mädchen der 6-10-Jährigen, ein Knabe von 11-15 Jahren und ein Knabe älter als 16 Jahre wiesen keine A-Werte auf.

Risiko B der Kinder (hohes Risiko) N=42

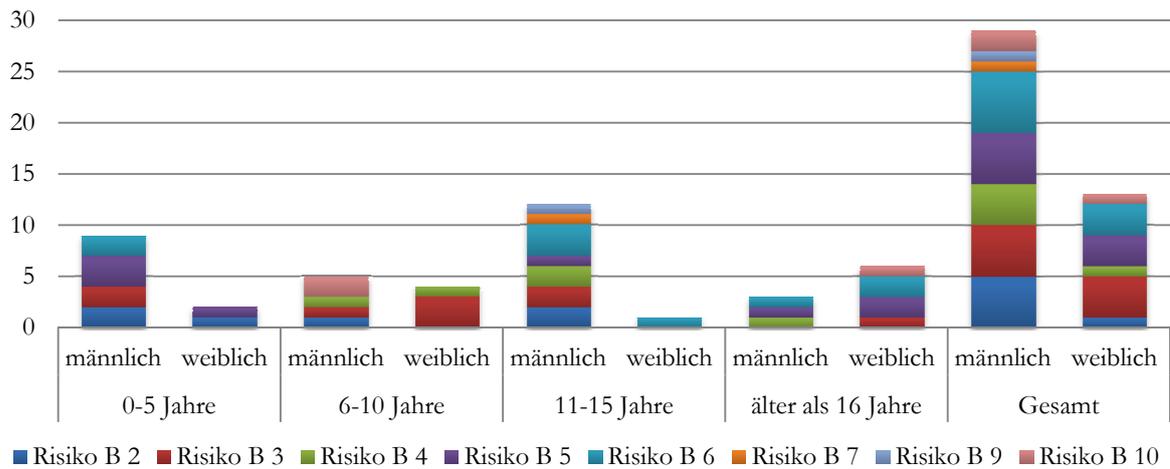


Abbildung 15: Gesamtrisiko B Kinder

Von den 16 möglichen B-Variablen lag der Maximalwert bei zehn und wurde von zwei Knaben der Altersgruppe 6-10 Jahre sowie einem Mädchen, welches älter als 16 Jahre ist, erreicht (vgl. Abb. 15). Die B-Werte neun und sieben wurden einzig von je einem Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre erreicht. Sechs B-Werte erreichten zwei 0-5 Jahre alte Knaben, drei Knaben und ein Mädchen von 11-15 Jahren und ein Knabe und zwei Mädchen, welche älter als 16 Jahre alt sind. Der niedrigste B-Wert von zwei wurde von zwei Knaben und einem Mädchen von 0-5 Jahren, einem Knaben von 6-10 Jahren und von zwei Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre erreicht.

Risiko C der Kinder (mittleres Risiko) N=42

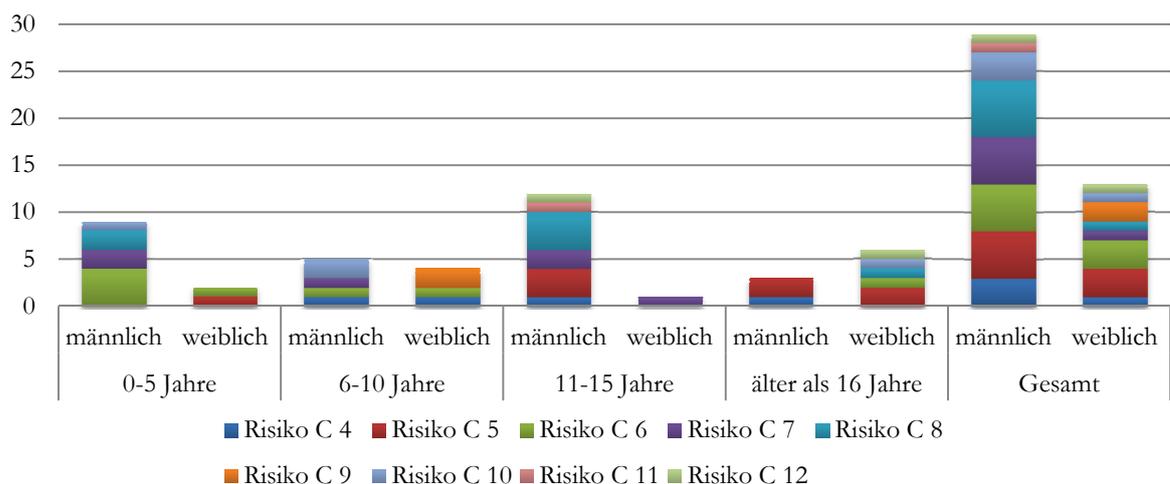


Abbildung 16: Gesamtrisiko C Kinder

Von 18 möglichen C-Variablen wurde ein Maximalwert von zwölf durch einen Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre und durch ein Mädchen der ≥ 16 -Jährigen erreicht (vgl. Abb. 16). Der C-Wert elf wurde einzig durch einen Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre erreicht. Ein

Knabe 0-5 Jahre, zwei Knaben 6-10 Jahre und ein Mädchen ≥ 16 Jahre erreichten den C-Wert zehn. Neun C-Werte erreichten zwei Mädchen der Altersgruppe 6-10 Jahre. Zwei Knaben 0-5 Jahre, vier Knaben 11-15 Jahre und ein Mädchen ≥ 16 Jahre erreichten acht C-Werte. Die niedrigste Zahl von vier C-Werten erreichten je ein Knabe und ein Mädchen 6-10 Jahre, ein Knabe 11-15 Jahre und ein Knabe ≥ 16 Jahre.

Risiko D der Kinder (geringes Risiko) N=42

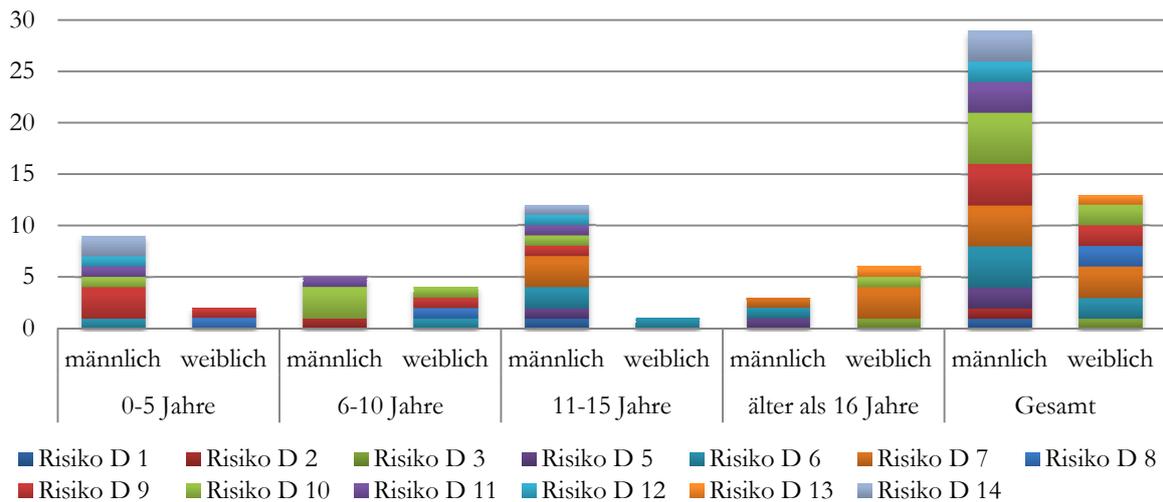


Abbildung 17: Gesamtrisiko D Kinder

Von 19 möglichen D-Variablen wurde ein Maximalwert von 14 von zwei Knaben der Altersgruppe 0-5 Jahre und einem Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre erreicht (vgl. Abb. 17). 13 D-Werte wurden einzig von einem Mädchen ≥ 16 Jahre erreicht. Je ein Knabe 0-5 Jahre und 11-15 Jahre erreichten zwölf D-Werte. Elf D-Werte wurden von je einem Knaben aus den Altersgruppen 0-5 Jahre, 6-10 Jahre und 11-15 Jahre erreicht. Ein Knabe 0-5 Jahre, drei Knaben und ein Mädchen 6-10 Jahre, ein Knabe 11-15 Jahre sowie ein Mädchen ≥ 16 Jahre erreichten zehn D-Werte. Die niedrigste Zahl von einem D-Wert erreichte einzig ein Knabe 11-15 Jahre.

6.5.11 AM HÄUFIGSTEN GENANNTEN RISIKEN

Zu den Risiken A wurden die folgenden fünf, zu B, C und D je die folgenden vier Variablen am häufigsten genannt:

Risiko A (sehr hohes Risiko)

- Das Kind oder eines der Kinder hat den Verlust oder die Trennung (Tod, Trennung, Einweisung in ein Heim) von wichtigen Bezugspersonen erlebt. (28 Nennungen)
- Mit der Erkrankung geht ein Ausfall der Alltagsversorgung des Kindes bzw. der Kinder einher. (19 Nennungen)

- Innerhalb der Familie wird nicht offen über die Krankheit geredet. (15 Nennungen)
- Die Beziehung des Kindes bzw. der Kinder zum gesunden Elternteil ist nicht tragfähig und vermittelt keine Sicherheit und Kontinuität. (13 Nennungen)
- Es sind beide Elternteile des Kindes bzw. der Kinder erkrankt. (12 Nennungen)

Risiko B (hohes Risiko)

- Die Mutter des Kindes bzw. der Kinder ist erkrankt. (39 Nennungen)
- Der erkrankte Elternteil leidet an einer Depression. (28 Nennungen)
- Seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz wurde Auffälligkeiten wie sozialem Rückzug, Abbruch von Kontakten, Leistungsabfall berichtet. (22 Nennungen)
- Die Familie lebt nicht in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen. (19 Nennungen)

Risiko C (mittleres Risiko)

- Der erkrankte Elternteil leidet nicht an einer manisch-depressiven Erkrankung. (40 Nennungen)
- Der erkrankte Elternteil hat das Kind bzw. eines der Kinder nicht produktiv in das eigene Wahnsystem integriert. (39 Nennungen)
- Es besteht keine Fixierung auf die Erkrankung. (29 Nennungen)
- Es gibt Konflikte zwischen einer aussenstehenden Bezugsperson des Kindes bzw. einem der Kinder und dem erkrankten Elternteil oder dessen Partner oder Partnerin. (25 Nennungen)

Risiko D (geringes Risiko)

- Der erkrankte Elternteil verhält sich zum Kind bzw. zu den Kindern nicht überfürsorglich und bevormundend. (36 Nennungen)
- Der erkrankte Elternteil leidet nicht an einer Persönlichkeitsstörung. (35 Nennungen)
- Es gibt Partner- oder Eheprobleme. (34 Nennungen)
- Die Familie hat keine Verwandte, Freunde oder Menschen aus der Nachbarschaft, die für längere Zeit in der Alltagsversorgung (Nahrung, Körperpflege, Betreuung) helfen können. (27 Nennungen)

6.5.12 MITTELWERTVERGLEICH DER RISIKEN A, B, C UND D DER KINDER BEI PSYCHIATRISCHER ERKRANKUNG EINES ODER BEIDER ELTERNTEILE

Mittelwertsvergleich differenziert nach Erkrankung eines oder beider Elternteile N=40

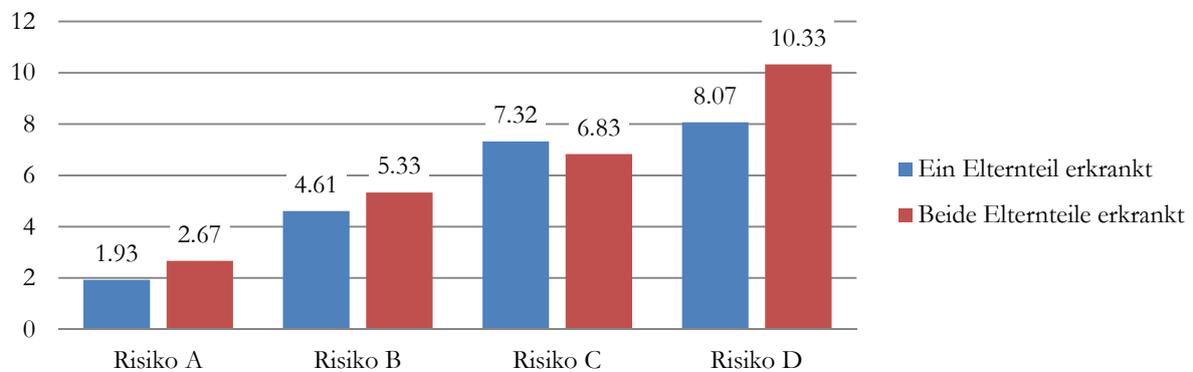


Abbildung 18: Mittelwerte Risiken Kinder bei einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen

Bei 28 Kindern ist ein Elternteil erkrankt, bei zwölf Kindern sind beide Elternteile erkrankt. Bei zwei Kindern ist nicht beurteilbar, ob ein oder beide Elternteile erkrankt sind (vgl. Abb. 8). Die Mittelwerte jener Kinder mit zwei erkrankten Elternteilen sind bei Risiko A, B und D höher als bei jenen mit einem erkrankten Elternteil. Bei Risiko C haben jedoch die Kinder mit einem erkrankten Elternteil den höheren Mittelwert (vgl. Abb. 18).

Mittelwertsvergleich differenziert nach Erkrankung eines oder beider Elternteile und nach Geschlecht des Kindes N=40

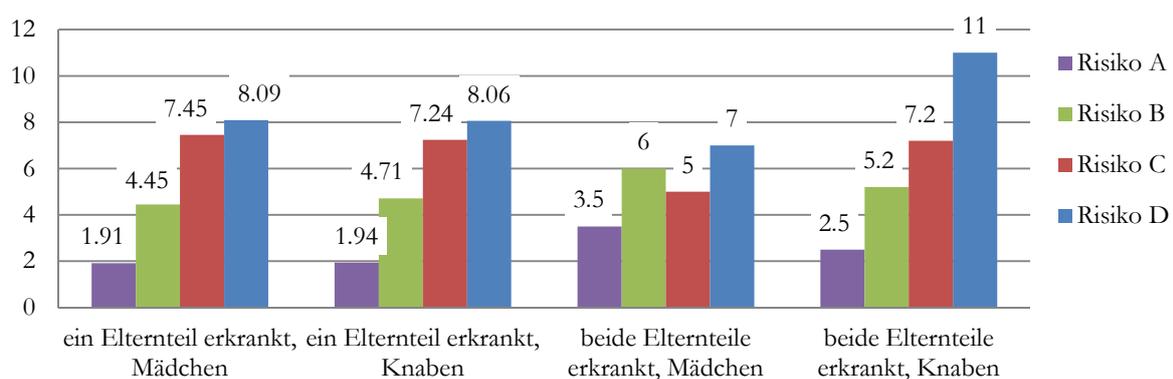


Abbildung 19: Mittelwerte Risiken Knaben und Mädchen bei einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen

Bei elf Mädchen und 17 Knaben ist jeweils ein Elternteil erkrankt, bei zwei Mädchen und zehn Knaben sind beide Elternteile erkrankt. Mädchen mit einem erkrankten Elternteil haben bei Risiko A und B tiefere Werte als Knaben, bei Risiko C und D haben die Knaben den tieferen Wert. Sind beide Elternteile erkrankt, so haben die Mädchen bei Risiko A und B die höheren Werte als Knaben, bei Risiko C und D sind die Werte der Knaben höher (vgl. Abb. 19).

6.6 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Mehr als zwei Drittel, nämlich 29 der 42 mittels Risikocheckliste eingeschätzten Kinder sind Knaben. Von diesen befindet sich weniger als die Hälfte (14) in psychologischer Behandlung, davon machen die 11-15 Jahre alten Knaben mit acht den grössten Teil aus. Von den neun sich in Therapie befindenden Mädchen sind vier aus der Altersgruppe 6-10 Jahre und vier Mädchen sind älter als 16 Jahre. Die 23 sich in psychologischer Behandlung befindenden Kinder, welche in gemeinsame Fälle involviert sind, machen einen Anteil von 16.67% der insgesamt 138 am KJPD in Behandlung stehenden Kinder aus (vgl. Anhang B).

Etwas mehr als zwei Drittel der erkrankten Elternteile befinden sich in psychologisch-psychiatrischer Behandlung. Es sind dies 22 Frauen und zwei Männer. Die 24 sich am Erwachsenenambulatorium in Behandlung befindenden Erwachsenen, welche in gemeinsame Fälle involviert sind, machen einen Anteil von 7.77% der insgesamt 309 Erwachsenen aus (vgl. Anhang B). Bei 25 erkrankten Müttern versus 8 erkrankte Väter fällt das Verhältnis auf.

Die Höhe der Risiken für die Kinder in Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen der Eltern(teile) stellen sich sehr heterogen dar. Dabei ist zusätzlich zu beachten, dass mehr als doppelt so viele Knaben wie Mädchen beurteilt wurden. Die höchsten Werte bei A (sehr hohes Risiko) erreichten drei Knaben und zwei Mädchen, deren Eltern bzw. Elternteil an einer Depression und zugleich an einer Suchtproblematik leiden/leidet. Hier ist entweder eine Doppeldiagnose vorhanden und/oder es sind beide Elternteile erkrankt. Auch bei B (hohes Risiko) wurde der höchste Wert von zwei Knaben und einem Mädchen erreicht, bei deren Eltern bzw. Elternteil die Krankheitsbilder der Persönlichkeitsstörung, der Suchtproblematik und der PTBS im Sinne einer Mehrfachdiagnose und/oder der Erkrankung beider Elternteile auftreten und von einem Knaben, bei dessen Eltern bzw. Elternteil eine Persönlichkeitsstörung und einer Suchtproblematik entweder als Doppeldiagnose und/oder als Erkrankung beider Elternteile vorliegen. Die Eltern bzw. Elternteile jener Kinder, welche entweder bei Risiko A, B, C oder D die tiefsten Werte erreichten, sind an einer Depression und/oder an einer PTBS erkrankt.

Auch die Gesamtrisiken der Kinder in den vier Risikostufen zeigen sich sehr heterogen. Durch die Unterteilung nach Geschlecht und Altersgruppen ist die Anzahl Kinder pro Gruppe sehr unterschiedlich, teilweise nur ein oder zwei Kinder pro Gruppe. Die höchsten Werte bei A (sehr hohes Risiko) wurden von einem Knaben der Altersgruppe 11-15 Jahre sowie von je zwei Mädchen und zwei Knaben älter als 16 Jahre erreicht, bei B (hohes Risiko) erreichten zwei 6-10 Jahre alte Knaben, ein Mädchen, welches älter als 16 Jahre ist und ein Knabe der Altersgruppe 11-15 Jahre die höchsten Werte. Umgekehrt wurden auf allen Risikostufen von Mädchen und Knaben unterschiedlicher Altersgruppen auch sehr tiefe Risikowerte erreicht.

Sind beide Elternteile erkrankt, so sind die Mittelwerte der Risiken A, B und D der betroffenen Kinder höher als bei jenen Kindern mit nur einem erkrankten Elternteil. Bei Risiko C ist es umgekehrt. Knaben und Mädchen mit einem erkrankten Elternteil unterscheiden sich nur minim in der Höhe der Mittelwerte aller Risikostufen. Sind beide Elternteile erkrankt, so haben Mädchen bei Risiko A und B höhere Werte als Knaben, bei Risiko C und D verhält es sich umgekehrt. Mädchen und Knaben mit einem erkrankten Elternteil haben bei Risiko A und B merklich tiefere Werte als ihre Geschlechtsgenossinnen und -Genossen mit zwei erkrankten Elternteilen. Obwohl es sich hier um Mittelwertvergleiche handelt, ist der unterschiedlichen Anzahl Kinder pro Gruppe wiederum Beachtung zu schenken.

7. QUALITATIV: INTERVIEWS

Das qualitative Interview wird im vorliegenden Fall als verabredete Zusammenkunft zweier Personen mit klaren Rollenvorgaben als Interviewende und Befragte beschrieben. Es wird die Form eines Leitfadeninterviews gewählt, welche erlaubt, einzelne Themenkomplexe als offen gehaltene Erzählaufforderung darzubieten und andererseits durch Unterfragen im Verlauf bisher nicht erwähnte Aspekte anzusprechen. Ein detailliert ausformulierter Leitfaden dient der Standardisierung und erleichtert die Vergleichbarkeit der Interviews untereinander (Friebertshäuser & Langer in Friebertshäuser et. al., 2010).

7.1 INTERVIEWLEITFADEN

Das interdisziplinäre Team am KJPD und Erwachsenenambulatorium Hochdorf setzt sich zusammen aus Fachpersonen in den Bereichen Psychologie, Psychotherapie, Medizin und Psychiatrie. Damit sind per se Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf Ausbildungshintergrund und entsprechendem Fachwissen gegeben. Eine heterogene Gruppe also, die unter demselben Dach teilweise mit den gleichen Klientinnen/Klienten arbeitet, jeder/jede aus seiner/ihrer Perspektive, aber auch mit dem Gedanken an das Gemeinsame. Unter Einbezug dieser Heterogenität wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf die übergeordnete Fragestellung nach Art und Güte der Zusammenarbeit gesucht und folgend erste Schwerpunkte im Hinblick auf den zu konstruierenden Interview-Leitfaden entwickelt.

Seit Beginn des Pilotprojektes im Januar 2010 wurden im Ambulatorium Hochdorf interne Zusammenarbeitsformen zwischen KJPD und Erwachsenenambulatorium in den Bereichen Anmeldung und Triage, Fallbesprechungen, Behandlungsstrategien, -ziele und -interventionen in gemeinsamen und getrennten Settings, Weiterbildungen, gemeinsame Strategie der Öffentlichkeitsarbeit und Formen fachlicher Vernetzung entwickelt und angewandt (vgl. Kapitel 2.2).

Die Teilnahme an gemeinsamen Fallbesprechungen gab erste Aufschlüsse und Eindrücke dieser Zusammenarbeit und der im Team individuell je nach Familie und Kontext gesetzten Schwerpunkte. Zusätzlich wurden die im Expertengespräch (vgl. Theorieteil dieser Arbeit, Kapitel 2) erfahrenen und die anhand eines Workshops im Rahmen einer Weiterbildung der Luzerner Psychiatrie herausgearbeiteten Zusammenarbeitsformen beschrieben und in die Entwicklung des Interview-Leitfadens integriert. Weitere wichtige Aspekte der psychologisch/psychotherapeutisch/psychiatrischen Team-Arbeit wie Fort- und Weiterbildungen, Supervision, Intervision und Teamentwicklung wurden ebenfalls einbezogen, um die Arbeit und ihre Entwicklung als Ganzes abbilden zu können.

Daraus entstanden die Schwerpunkte der halbstrukturierten qualitativen Interviews, welche sich über folgende vier Hauptthemengebiete definieren:

1. Ausbildung und therapeutischer Hintergrund
2. Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings
3. Rund um die Zusammenarbeit (inkl. Weiterbildung, Supervision, Intervision, Teamentwicklung)
4. Zukunftsvisionen

Der Interview-Leitfaden (vgl. Anhang E) wurde anhand der Checkliste in Bortz & Döring (2002) überprüft und entsprechend angepasst.

7.2 FRAGESTELLUNGEN

Anhand der übergeordneten Fragestellung nach Art und Güte der Zusammenarbeit und den entsprechend im Interviewleitfaden erarbeiteten Hauptthemengebieten konnten zu ebendiesen Themen zusätzlich Unterfragestellungen formuliert werden:

1. Ausbildung und therapeutischer Hintergrund
 - 1.1 Was hat die Fachpersonen des Ambulatoriums Hochdorf dazu bewogen, genau dort arbeiten zu wollen?
2. Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings
 - 2.1 Wie wird das „System Familie“ aus Sicht der Fachpersonen beschrieben?
 - 2.2 In welchen Settings wird (nicht) wie zusammen gearbeitet?
 - 2.3 Wie wird die Zusammenarbeit wahrgenommen?
 - 2.4 Welcher Nutzen ergibt sich für Therapierende und Klienten/Klientinnen aus dieser Zusammenarbeit?

3. Rund um die Zusammenarbeit

3.1 Wie haben sich Kompetenzen, Weiterbildungsthemen, Supervision und Intervention, Teamentwicklung und institutionelle Unterstützung im Rahmen der Zusammenarbeit entwickelt?

3.2 Wo besteht noch Entwicklungsbedarf?

4. Zukunftsvisionen

4.1 Wie wird die längerfristige Zukunft der Zusammenarbeit umrissen?

4.2 Welche Wünsche und/oder Bedenken sind diesbezüglich vorhanden?

Um Antworten auf die oben genannten Fragestellungen zu erhalten, wurden die im Ambulatorium Hochdorf tätigen Fachpersonen befragt und deren Aussagen denselben Hauptthemengebieten „Ausbildung und therapeutischer Hintergrund“, „Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings“, „Rund um die Zusammenarbeit“ und „Zukunftsvisionen“ zugeordnet. So wird ein Vergleich zwischen den verschiedenen Interviews möglich.

7.3 DATENERHEBUNG

Mittels qualitativer, halbstrukturierter Leitfadenterviews wurden insgesamt neun Interviews durchgeführt. Es wurden ein Psychologe und fünf Psychologinnen sowie zwei Psychiater und eine Psychiaterin befragt. Davon arbeiten drei Personen am KJPD und sechs am Erwachsenenambulatorium.

Acht Interviews wurden im Ambulatorium in Hochdorf und eines am KJPD in Luzern durchgeführt, jeweils im persönlichen Büro der zu befragenden Personen. Mit der ersten Probandin wurde das Interview im Rahmen eines Pretests vorgenommen. Dabei erwies sich der Interview-Leitfaden als sehr gut anwendbar, weshalb dieses Interview für die Auswertung ebenfalls verwendet werden konnte.

Eine Warm-up-Phase diente zur Beziehungsherstellung, der Zweck des Interviews wurde genauer erläutert, die grösstmögliche Anonymität zugesichert (vgl. Kapitel 7.5.1 dieser Arbeit) und das Einverständnis zur Audioaufnahme eingeholt. Danach wurden die vier Hauptthemengebiete möglichst offen befragt und die Ausformulierung der Unterfragen dem bereits Gesagten angepasst, so dass ein fast fließendes Erzählen möglich wurde. Am Schluss blieb den Probanden und Probandinnen auch genügend Raum für eigene Gedanken, Bemerkungen und noch nicht erwähnte Aspekte. Sämtliche Interviews wurden in der Zeitspanne vom 4. bis 18. Januar 2012 durchgeführt und dauerten zwischen 42 und 106 Minuten. Die Gespräche wurden mittels Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet und als MP3-Datei gespeichert.

7.4 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Der Fokus der qualitativen Untersuchung liegt auf Art und Güte der Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenambulatorium in Hochdorf. Dazu wurden alle neun psychologisch, psychotherapeutisch und/oder psychiatrisch tätigen Fachpersonen des Ambulatoriums Hochdorf befragt.

7.4.1 AUSBILDUNG UND THERAPIERICHTUNGEN DER FACHPERSONEN

Drei Fachpersonen haben ein Medizinstudium absolviert. Eine von ihnen trägt den Titel Dr. med. FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die zweite Fachperson ist Dr. med. FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und die Dritte Dr. med. FMH für Psychiatrie. Alle drei haben eine oder mehrere Therapieausbildungen abgeschlossen oder stehen kurz vor deren Abschluss.

Alle sechs Fachpersonen, welche Psychologie studiert haben, waren vorher in einem anderen Berufsfeld tätig. Zwei von ihnen haben eine Ausbildung im Pflegebereich, eine Person besitzt eine medizinisch-therapeutische Ausbildung, zwei weitere Personen waren im pädagogischen Bereich tätig und eine Person verfügt über eine kaufmännische Ausbildung. Somit besitzen alle psychologisch-psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen eine Erstausbildung und waren auch darin tätig. Alle sechs Psychologinnen und Psychologen verfügen zudem über eine oder mehrere abgeschlossene Psychotherapieausbildungen.

Folgende Therapierichtungen gehören zu den neun psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen:

- Person zentrierte Psychotherapie (2 Pers.)
- *KVT* (kognitive Verhaltenstherapie) nach Grawe (2 Pers.)
- Körperpsychotherapie *IBP* (1 Pers.)
- Systemische Therapie (2 Pers.)
- Hypnosetherapie (1 Pers.)
- Systemisch-Psychoanalytische Therapie (2 Pers.)
- Psychodrama nach J.L. Moreno (2 Pers.)

Dazu kommen bei einzelnen Personen Fort- und Weiterbildungen zu den Themen Psychose, Supervision, Psychoanalyse, *NLP* und Hypnose.

7.4.2 STELLENPROZENTE UND BERUFSERFAHRUNG

Von den 630 zur Verfügung stehenden Stellenprozenten im psychotherapeutischen Bereich (vgl. Kapitel 2) verteilen sich 180% auf den KJPD und werden von drei Personen abgedeckt. 430% fallen dem Erwachsenenambulatorium zu und verteilen sich auf sechs Personen. 20 Stellenprozente sind aktuell nicht besetzt.

Von den neun Mitarbeitern haben zwei ein Pensum von 100%, zwei arbeiten zu 80%, eine Person hat ein 70%-Pensum, jemand arbeitet 60% und zwei Personen arbeiten zu 50%, eine davon als PG befristet auf ein Jahr. Eine weitere Person arbeitet zu 15-20%.

Sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind seit Anfang (Oktober – Dezember 2009) im Ambulatorium Hochdorf mit dabei, jemand ist im März 2010 dazu gekommen und eine weitere Person im Januar 2011. Seit vier Monaten ist zusätzlich eine PG-Stelle besetzt.

Alle neun Fachpersonen verfügen über mehrjährige Berufserfahrung im psychotherapeutischen Bereich (Stand Januar 2012, vgl. Abb. 20):

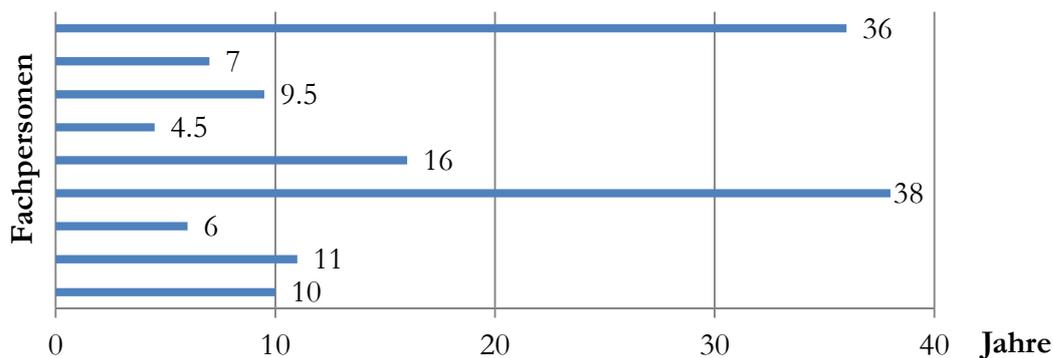


Abbildung 20: Anzahl Jahre Berufserfahrung der Fachpersonen

7.5 AUSWERTUNGSMETHODEN

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert (die Originaltranskripte können bei der Autorin eingesehen werden). Dabei wurde die Übertagung (vom Schweizerdeutschen) in normales Schriftdeutsch als laut Mayring (2002) weitest gehende Protokolltechnik angewandt. Die Dialekte wurden bereinigt, Satzbaufehler behoben und der Stil geglättet. Da in der vorliegenden Arbeit die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, ist diese Art der Transkription angebracht und sinnvoll (Mayring, 2002).

Die Auswertung wurde mittels Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2010) vorgenommen. Es wurde hauptsächlich die Technik der inhaltlichen Strukturierung angewendet. Zur Kategorienbildung wurde aufgrund der Theorie deduktiv vorgegangen, die Bildung der Unterkategorien gestaltete sich dann anhand des vorhandenen Materials teilweise induktiv. Die Inhaltsanalyse erfolgte in drei Schritten: In einem ersten Schritt wurden die Aussagen der Probandinnen und Probanden den für die Fragestellungen relevanten Kategorien (vgl. Kapitel 2.2 und 7.1) zugeordnet. Anschliessend fand eine Überprüfung und Ergänzung des Kategoriensystems statt und in einem dritten Schritt wurden die Aussagen zusammengefasst und innerhalb der Kategorien (vgl. Anhang F) systematisch angeordnet.

Prägnante Aussagen der interviewten Personen wurden aus den Transkripten extrahiert und innerhalb der Arbeit *kursiv* in Form von Paraphrasen wiedergegeben (vgl. Kapitel 7.5.1). Die entsprechenden Paraphrasen werden in der Ergebnisdarstellung (unter Kapitel 7.6) folgendermassen aufgelistet: Proband Buchstabe (Frage Nr. / Seitenzahl).

Den Gütekriterien qualitativer Forschung wurde insofern Rechnung getragen, als dass die Ergebnisse nach Objektivität, Reliabilität und Validität eingeschätzt wurden und der Forschungsprozess mittels Methoden- und Auswertungsbeschreibung nachvollzogen werden kann. Die Nähe zum Gegenstand zeigt sich dadurch, dass alle interviewten Personen Experten in der Fragestellung und in ihrem Feld sind. Die Gültigkeit von Ergebnissen und Interpretationen wurde anhand der kommunikativen Validierung (Mayring, 2002, 2010) überprüft, indem sie den Beforschten nochmals vorgelegt und mit ihnen diskutiert wurden.

7.5.1 ANMERKUNG ZUR ANONYMISIERUNG DER DATEN

Da die Probandinnen und Probanden der qualitativen Interviews ausnahmslos im Ambulatorium Hochdorf arbeiten, wurde der Anonymisierung der Daten besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Um möglichst wenige Rückschlüsse auf einzelne Personen machen zu können, wurden keine direkten Zitate in der Arbeit angeführt, sondern Paraphrasen. Probandinnen und Probanden wurden mit den Buchstaben A bis I gekennzeichnet, wobei immer die männliche Form Anwendung fand, um keinen Rückschluss auf das Geschlecht zuzulassen. Auf Altersangaben wurde gänzlich verzichtet. Im Rahmen der kommunikativen Validierung (vgl. Kapitel 7.5) wurde die Anonymisierung zusätzlich überprüft.

7.6 ERGEBNISDARSTELLUNG

7.6.1 AUSBILDUNG UND THERAPEUTISCHER HINTERGRUND

Genauere Ausführungen zu Ausbildung und therapeutischem Hintergrund der interviewten Fachpersonen sind unter Kapitel 7.4 nachzulesen. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die

BEWEGGRÜNDE ZUR ARBEIT IM AMBULATORIUM HOCHDORF

Es sind sehr unterschiedliche Gründe, welche die neun Fachpersonen im Ambulatorium Hochdorf zusammengeführt haben.

Proband D schildert, dass für ihn das Interesse aufgrund struktureller Gegebenheiten im Seetal mit zahlreichen Therapieabbrüchen seitens der Klientinnen und Klienten und gleichzeitig wenig niedergelassenen Therapeuten in der Umgebung bereits vor Jahren vorhanden gewesen sei. Diese Gegebenheiten hätten dann auch zur Entstehung der Zweigstelle Hochdorf (damals in Hohenrain) geführt. Die Idee eines gemeinsamen Hauses für KJPD und Erwachsenenpsy-

chiarie und einer entsprechenden Zusammenarbeit habe bei ihm viel Energie zur gemeinsamen Planung und Arbeit frei gesetzt.

Für die Probanden B und F waren vorwiegend strukturelle Gegebenheiten massgebend, einerseits die gesamte Umstrukturierung des Ambulatoriums Hochdorf und des Weiteren die dadurch geschaffenen Stellen. Proband G schätzt die angenehmen Arbeits- und Ruhezeiten sowie die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Etwas Neues im ambulanten Bereich finden wollte Proband A. Gleichzeitig sei ein grosses Interesse an dieser neuen Art von Zusammenarbeit vorhanden gewesen, was sicher auch dazu beigetragen habe, dass er die Stelle habe antreten können. Für Proband E war es einerseits der Wunsch, in diesem Gebiet arbeiten zu wollen, aber verbunden mit der Ungewissheit, was ihn in Hochdorf erwarten würde. Diese Unklarheit habe den Entscheid für ihn schwieriger gemacht. Proband H wurde durch die Lernsituationen im ambulanten Bereich, durch Leitung und Team sowie von der neuen Art der Zusammenarbeit sehr angesprochen.

Proband I (1.5/2-3) schildert seine Beweggründe folgendermassen: *„Die Idee der Vernetzung von Kompetenzen zum Wohl der zu betreuenden Familien stand für mich im Vordergrund. Dafür sprachen auch meine in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, von der ich überzeugt war und bin.“*

7.6.2 ARBEIT MIT SYSTEMEN IN VERSCHIEDENEN SETTINGS

„Professionelle Kompetenz in der Arbeit mit Familien gründet nicht darin, dass man als Wissender in eine Familie hineingeht, sondern im Gelingen von Beziehung und Beziehungsvollzug, da wird Kompetenz deutlich, auch eine professionelle Kompetenz.“ (M. Buchholz, zit. n. Prob. I, S. 2)

WICHTIGE ASPEKTE BEIM BETRACHTEN DES SYSTEMS FAMILIE

Proband I (2.2/4) schildert die Familie als in der Rolle ihres eigenen Therapeuten und damit die Wichtigkeit, dass sie in ihrer Funktionsfähigkeit gestärkt und unterstützt wird. Er glaubt, dass dabei der Auftritt der Fachpersonen als therapeutisches System der Familie gegenüber entscheidend ist, was wiederum abhängig ist vom Bild der eigenen therapeutischen Kompetenz. *„In der Arbeit mit Familien sollte man sich an verschiedenen Orten befinden können, in der Familie, ausserhalb, oben, unten... Empathie ist ebenso wichtig wie Distanz.“*

Proband A beschreibt, dass in Hochdorf der systemische Blick auf Familien gelebt wird und sich diese Haltung im Laufe der Zeit auch in seinem Kopf manifestiert hat, was ihm sehr wichtig ist.

Für Proband B sind Lebensabschnittsperspektiven, Rollen, Rollenkonzepte, Wahrnehmungen und Positionen der einzelnen Familienmitglieder innerhalb der Familie wichtig, während Proband H zusätzlich deren Hintergründe und Veränderungsmöglichkeiten anspricht.

Proband C beschreibt die Familie als ein autonom funktionierendes System, dessen einzelne Mitglieder manchmal beim Transfer in ihr Heimatsystem Familie unterstützt werden müssen. Drei Probanden beschreiben die Familie als das Zentralste vom Zentralen, als Kernzelle der Gesellschaft und die Arbeit mit einem System als zentrales Anliegen. Die verschiedensten Zusammensetzungen von Familien und die auch daraus resultierende Herausforderung, mit einem Familiensystem zu arbeiten, werden dargelegt.

Proband F (2.2/1) erweitert die Sicht auf das Familiensystem und beschreibt die Wichtigkeit des erweiterten Umfeldes auch in Bezug auf eine Zusammenarbeit folgend: *„Die Familie als System, welches aus verschiedenen Teilen besteht, welche sich an verschiedenen Orten befinden. Damit gehören auch andere Sichtweisen von zusätzlich involvierten Stellen dazu.“*

ARBEITEN MIT FAMILIEN

Acht Probanden sagen von sich, dass sie gerne mit Familien arbeiten und dies als Bereicherung erfahren würden, weisen aber auch darauf hin, dass die Arbeit mit Familien eine grosse Herausforderung bedeute und sehr anspruchsvoll sei. Proband C ist deshalb froh um den Luxus, mit Familien von therapeutischer Seite her zu zweit arbeiten zu können.

Proband A meint dazu, dass ebendieser Kontakt zwischen den Therapeuten einen zusätzlichen Gewinn darstelle. Proband E schliesst sich dem an und betont, dass er dankbar sei für die Möglichkeit, mit ganzen Familien meist zu zweit arbeiten zu können.

Er arbeite sehr gerne mit Familien, könne aber auch mit Teilen der Familie gut arbeiten, fügt Proband D an.

Proband B sagt von sich, dass er sich in Einzelgesprächen zwar wohler fühle, was aber nicht heissen solle, dass er per se keine Familiengespräche machen würde.

Proband H (2.3/2-3) beschreibt seine Arbeit mit der Metapher einer Zugfahrt, wo man am Anfang nicht genau wisse, wer wann wo ein- oder aussteige und wohin genau die Reise gehe. *„Manchmal ist man mit einer Familie unterwegs, ohne am Anfang genau zu wissen was passiert und wo es genau hingehen soll. Die Interaktionen innerhalb der Familie sind zusätzlich spannend. Familienarbeit bedeutet in der Regel eine Zusammenarbeit mit einer zweiten Therapeutin, einem zweiten Therapeuten, was ich sehr schätze und auch als Entwicklungschance wahrnehme.“*

Proband I fügt an, dass sich bei der Arbeit mit Familien auch die Frage nach dem jeweiligen Entwicklungsbedarf des Systems stelle und in welchem Setting dieser geschehen könne.

EINZELSETTING

Fünf Probanden äusserten sich explizit zur Arbeit mit Klientinnen und Klienten im Einzelsetting, alle neun Probanden sind aber auch einzeltherapeutisch tätig.

Proband D (2.3/2) arbeitet immer wieder einzeltherapeutisch mit einzelnen Elternteilen oder mit Kindern und sagt dazu: *„Es ist gut möglich, einzeltherapeutisch systemisch zu arbeiten. Wichtig sind die Haltung und das Denken dahinter.“* Er betont, dass die Auswahl des Settings fallbezogen geschehen sollte und es dazu kein generelles Rezept gebe.

Je nach Patient oder Patientin seien Einzelgespräche das Mittel der Wahl und eine andere Variante stehe nicht im Mittelpunkt der Behandlung, schildert Proband B, der vorwiegend einzeltherapeutisch arbeitet.

Proband E beschreibt die Schwierigkeit, einzeltherapeutisch mit einem Teil des Systems zu arbeiten, wenn die anderen Teile des Systems nicht bereit seien, in ihrer Rolle konstruktiv mitzuhelfen. Hoch zerstrittene Familien oder Eltern würden da eine besondere Herausforderung bedeuten und es könne auch dazu führen, dass man unter solchen Umständen nicht bereit sei, ins System einzudringen oder sich vorübergehend auf eine beobachtende Position zurückziehe.

Proband G arbeitet mehrheitlich einzeltherapeutisch und schätzt die Ergänzung durch gemeinsame Sitzungen, mit der Hoffnung, dass das erweiterte Setting dem Patienten, der Patientin hilfreich sei und positiv erfahren werden könne. Nicht zuletzt auch durch die Anwesenheit des Einzeltherapeuten bei erweiterten Settings.

„Eine gute Auftragsklärung gibt Hinweise darauf, was im Einzelsetting und was eher im System erarbeitet werden kann“, schildert Proband I (2.6/5). Wichtig sei, Patienten oder Patientinnen mit Einzeltherapie zu gegebener Zeit wieder ins System zu integrieren und zu schauen, was es evtl. noch brauche. *„Das versuche ich immer wieder einzubringen, auch im Team, wo ja alle unterschiedliche Ausbildungen haben und unterschiedlich auf solche Situationen schauen. Ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass jemand zusätzlich lernt, wann es das System braucht, und diesen Blick offen hat.“*

PAARSETTING

Zur Arbeit mit Paaren sagt Proband D (2.4/2): *„Bei der Arbeit mit Kindern versuchen wir, gemeinsam mit den Eltern auch soweit im Kontakt zu sein, dass wir sie gut mit einbeziehen können. Leider ist dies nicht immer möglich.“* Es werde aber immer versucht, die Kernfamilie (Kind und Eltern) einzubeziehen.

Ebenso könne es beim KJPD vorkommen, dass man vor allem Elterngespräche mache und die Kinder nach deren Abklärung fast draussen lasse, beschreibt Proband F.

Proband G (2.4/3) arbeitet ab und zu mit Paaren und betont den für ihn wichtigen Informationsgehalt darin. *„Beim Paarsetting möchte ich auch den Partner, die Partnerin kennen lernen und umgekehrt, damit Transparenz herrscht über das, was in der Therapie geschieht. Voraussetzung dazu ist das Einverständnis des Patienten oder der Patientin. Es dient auch für zusätzliche Informationen.“*

Proband I sieht in der Arbeit mit Paaren auch die Möglichkeit, Auffälligkeiten zu klären und alte Muster aufzudecken, die eine konstruktive Lösung verunmöglichen würden.

ARBEIT MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die Verbindung zum System sei etwas ganz Wesentliches, betont Proband D, ohne Einbezug des Systems sei die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht möglich.

„Ich arbeite gerne mit dem identifizierten Patienten und dessen Eltern zusammen oder auch mit Jugendlichen, wo sich oft herausstellt, dass die Eltern, Mütter Probleme haben. Diese Personen ein Stück zu begleiten macht dann auch die Veränderungen im System sichtbar. Davon bin ich immer wieder fasziniert“, schildert Proband E (2.3/2) seine Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Für Proband F ist eine ausführliche Familienanamnese hilfreich, um eine Idee der Erziehungskonzepte zu bekommen und Kindheitserfahrungen der Eltern zu verorten. So sei man nicht per se aufs Kind oder auf den Jugendlichen fokussiert.

Proband A berichtet über erwachsene Kinder, die bei ihm in Therapie seien und von denen er dann je nach Thema und Bedarf auch Eltern und Geschwister eingeladen habe.

FAMILIENTHERAPIE IN GETRENNTEN SETTINGS

Eine häufige Form der Familientherapie in getrennten Settings stellt im Ambulatorium Hochdorf die Therapie der Kinder durch den KJPD und/oder jene der Eltern oder des Elternteils durch die Erwachsenenpsychiatrie dar. Diese getrennten Settings werden ergänzt durch gemeinsame Sitzungen unter Einbezug beider Dienststellen und der (ganzen) Familie.

FAMILIENTHERAPIE IM GEMEINSAMEN SETTING

In diesem sehr umfangreichen Teil werden die Aussagen der Fachpersonen in folgende Themenblöcke unterteilt: „Arbeit im gemeinsamen Setting“, „Rollen der Therapierenden“, „Austausch nach gemeinsamen Sitzungen“, „gleiche und unterschiedliche Wahrnehmungen“, „gemeinsame Fallbesprechungen“ und „relationale Psychotherapie“.

Arbeit im gemeinsamen Setting

Ein Proband hat bisher keine Erfahrung mit gemeinsamen Settings. Bei den anderen acht Fachpersonen hat diese Art von Zusammenarbeit neue Erfahrungen und Erkenntnisse gebracht, die als sehr wertvoll und lehrreich empfunden werden.

Proband I (2.1/4) propagiert, dass mit Systemen immer zu zweit gearbeitet werden sollte. Das Partnerschaftliche daran zeige sich für ihn darin, nicht alles alleine zu können und machen zu müssen. *„Im direkten Kontakt mit Familien als Therapeutin oder Therapeut sollte man nicht in der professionellen Rolle mit Schreibblock und Schreibzeug auftreten sondern versuchen, im Sinne eines Beziehungsge-*

dächtnisses das Gehörte nach der Sitzung wieder abzurufen und aufzuschreiben bzw. zu diktieren. So kann das Gefälle zwischen Profis und Hilfesuchenden entschärft werden.“

Für Proband H ist bei Familiensitzungen auch immer das Geschlechterthema präsent. Idealerweise, findet er, sollten die Sitzungen mit je einer Therapeutin und einem Therapeuten stattfinden können, dies sei aber nicht immer möglich.

Zur Form einer Familiensitzung findet es Proband I sehr wichtig, dass sich nicht nur die Familie sondern auch die Therapierenden kurz vorstellen und etwas über sich sagen, das könne auch etwas Persönliches sein. Dies fördere eine erste Beziehungsherstellung. Des Weiteren sollten sich die Therapierenden genügend Zeit lassen zur Wahrnehmung von Zielen und Veränderungsideen innerhalb der Familie und zur genauen Auftragsklärung.

Proband E sieht in einer Familiensitzung die Möglichkeit, der Familie einen „geschützten Rahmen“ zu bieten, wo Gespräche stattfinden können, die zuhause im Moment nicht möglich sind. Dies werde von Familien sehr geschätzt.

Proband D beschreibt, dass er fallbezogen schaue, welches Setting Sinn mache, dabei aber möglichst versuche, die Kernfamilie präsent zu haben.

Proband H könnte sich auch vorstellen, in Familiensitzungen mit einem erweiterten Bezugspersonensystem zu arbeiten, falls dies der Sache dienen würde.

Als erweiterte Formen in der Therapie mit Familien würde Proband I gerne Methoden wie Reflecting Team, Videoaufnahmen oder Einwegspiegel als Unterstützung nutzen, um auch die eigenen Methoden überprüfen und verbessern zu können.

Rollen der Therapierenden

Die Rollen der Therapeutinnen und Therapeuten im gemeinsamen Setting werden von den befragten Personen sehr unterschiedlich beschrieben.

So versucht Proband D eine klare Haltung einzubringen und den Aspekt des zu zweit Seins zu nutzen. Er habe auch die Wichtigkeit des Vorhandenseins beider Geschlechter bei den Therapierenden und dessen Wirkung auf die z.B. Eltern erkannt. Für die Eltern sei es enorm wichtig, ihr eigenes Geschlecht vertreten zu sehen. Auch Proband E findet es vorteilhaft, als Therapeutin und Therapeut beide Geschlechter vertreten zu können.

Proband F beschreibt, dass er oft eine vermittelnde oder ermöglichende Rolle einnehme.

Die Rollen seien wechselnd, sagt Proband C (2.9/2) und ergänzt: *„Die am meisten involvierten Therapierenden übernehmen oft nicht die Führung, um für ihren Patienten oder ihre Patientin da sein zu können. Wir besprechen im Voraus, wer welche Rolle übernehmen könnte.“*

Auch für Proband H ist es wichtig, die Rollen im Voraus zu besprechen. Er sei am Anfang eher zurückhaltend, lernend gewesen, probiere aber inzwischen auch gerne etwas aus.

„Ich helfe mit bei Klärung, Entschärfung und beim Finden einer Lösung“; beschreibt Proband G (2.9/4) seine Rolle im gemeinsamen Setting.

Proband B berichtet von einem Therapieabbruch, die Klienten seien nach zwei gemeinsamen Sitzungen ausgestiegen. Die Zusammenarbeit mit dem anderen Therapeuten habe er aber gut erlebt.

Er habe oft den Anstoss zur Zusammenarbeit gegeben und dann auch Informationen eingespeist, berichtet Proband E. Die Rollen in den Sitzungen würden wechseln, oft sei es auch ein Abwechseln, aber es sei immer etwas Gemeinsames.

Es ist eine gezielte Konzentration möglich, da ja noch jemand zweites da ist. Zudem ist es entlastend, nicht die ganze Verantwortung alleine tragen zu müssen“; beschreibt Proband D (2.9/3) einen in seinen Augen grossen Vorteil dieser Zusammenarbeit.

Austausch nach den gemeinsamen Sitzungen

Alle Befragten sind sich einig, dass der Austausch nach den gemeinsamen Sitzungen etwas sehr Wichtiges sei. Aus Zeitgründen könne er jedoch nicht immer unmittelbar nach den Sitzungen stattfinden.

Manchmal finde schon im Voraus ein Austausch statt, beschreibt Proband E. Oft stelle sich aber die Frage nach dem wie viel und ob es nicht mehr bräuchte. So komme auch der Faktor Zeit ins Spiel.

Wichtig sei auch, sensibel zu sein darauf, wie viel an Informationen es brauche und wie viel auch nicht, bemerkt Proband A. Es könne auch zu viel sein.

Proband G (2.10/4) ist überzeugt, dass auch die geringen räumlichen Distanzen dazu beitragen, dass wichtige Dinge schnell geklärt werden können. Zusätzlich bemerkt er: „*Der Austausch findet wenn nicht direkt nach den Sitzungen dann spätestens beim gemeinsamen Mittagessen statt. Einerseits ist in diesem Rahmen Fachliches und Privates schwierig zu trennen, andererseits ist es ein natürlicher Austausch, den ich sehr schätze.*“

Manchmal daure der Austausch ebenso lange wie die Sitzung selbst, bemerkt Proband H. Notizen nach der Sitzung würden ihm helfen, wichtige Dinge festzuhalten.

Für Proband D ist der Austausch zusätzlich ein wichtiger Bestandteil zur Vorbereitung auf die nächste Sitzung.

Gleiche und unterschiedliche Wahrnehmungen

Unterschiedliche Wahrnehmungen gehören für alle Befragten zum Alltag ihrer therapeutischen Arbeit. Dabei ist ihnen wichtig, die unterschiedlichen Wahrnehmungen anzusprechen, um so auch die eigene Wahrnehmung reflektieren zu können.

Proband H (2.11/5) schildert, dass unterschiedliche Wahrnehmungen auch durch die Therapeuten direkt vor der Familie angesprochen werden können, wenn dies zum Wohle der Familie sein könne. *„Wahrnehmung ist nicht gleich Wahrheit, und was in einem Familiensystem abläuft, ist oft geprägt von subjektiven Wahrnehmungen“*, beschreibt er die Situation im gemeinsamen Setting.

Er brauche diese Aussenansicht, um flexibel und offen in seinen Perspektiven zu bleiben, betont Proband I. Für ihn deute Recht haben zu wollen auch immer auf einen Mangel an Perspektivenvielfalt hin.

„Mich interessieren die Ideen und Wahrnehmungen der anderen im Sinne einer Bereicherung, was nicht heissen soll, dass sich dadurch meine eigene Wahrnehmung ändert“, beschreibt Proband C (2.11/3) seinen Umgang mit unterschiedlichen Wahrnehmungen. Es gäbe nicht eine Wahrheit, und bei Systemen seien oft verschiedene Blickwinkel vorhanden, fügt er an.

Die Probanden A, F, G und D sind offen für unterschiedliche Wahrnehmungen und sehen dies als Chance, auch eigene blinde Flecken aufdecken zu können. Sie sehen es als Erweiterung, ohne sich davon verunsichern zu lassen.

Proband E (2.11/4) beschreibt unterschiedliche Wahrnehmungen mit Fokus auf die Patienten folgend: *„Es sind wertvolle andere Aspekte, die auch für Patientinnen und Patienten entlastend sein können, wenn sie sehen, dass auch wir Therapeuten nicht immer einer Meinung sind.“* Das Wahrnehmen anderer Sichtweisen und das Einbringen der eigenen sei für ihn eine Bereicherung.

Proband B teilt seine Position gerne klar mit und versucht, auch die Position der anderen für sich zu klären. Wichtig ist ihm, rückmelden zu können, wie und ob er etwas verstanden hat.

Gemeinsame Fallbesprechungen

Ein Proband hat momentan nicht die Möglichkeit, bei den gemeinsamen Fallbesprechungen anwesend zu sein, was er sehr bedauert. Die übrigen acht Befragten beschreiben eindrücklich die Entwicklung der einmal im Monat stattfindenden gemeinsamen Fallbesprechungen seit Beginn des Projekts bis heute.

Proband E (2.14/4-5) empfand die gemeinsamen Fallbesprechungen lange nur als Informationsaustausch. Werde aber der Fall genau angeschaut, dann sei es wie eine zusätzliche Supervision, wo von verschiedenen Seiten her drauf geschaut werde. *„Dies ist bereichernd, aber wir müssen diesen Prozess noch konkreter gestalten“*, meint er dazu.

„Am Anfang gab es Irritationen, die Kinder- und die Erwachsenenperspektive rangen um DIE Wahrheit“, beschreibt Proband I (2.14/8-9) den Anfang des Prozesses. Deshalb sei der Blick auf die verschiedenen Perspektiven und danach eine Integration in ein gemeinsames Konzept und der gemeinsame Blick auf das damit Mögliche im Sinne einer Kulturentwicklung wichtig, betont er. So könne anhand von Kontext und Ressourcen der Familie ein gemeinsames Konzept erarbeitet werden.

Proband A, F und G empfinden die gemeinsamen Fallbesprechungen als Horizont erweiternd und schätzen die Informationen zur Art, wie im anderen Gebiet gearbeitet wird.

Es sei ein gegenseitiges Einordnen und oft auch eine gemeinsame Ressourcensuche, um zu schauen, welche Ressourcen im System genützt werden könnten, beschreibt Proband H das für ihn Wichtige an den gemeinsamen Fallbesprechungen.

Proband D (2.15/4) ergänzt das für ihn Wichtige in eigenen Worten: *„Der Austausch ist im Sinne der Familie aber auch für uns selber ganz wichtig, damit wir sehen, wo wir stehen. Es treffen verschiedene Ausbildungen, Schwerpunkte und Wahrnehmungen aufeinander, die eine grosse Offenheit fordern. Es ist ein gegenseitiges besser Kennenlernen und als eigene Weiterbildung zu betrachten.*

Proband C sagt, dass sie hätten lernen müssen, für diese Fallbesprechungen eine Kultur zu entwickeln. Sie hätten nun auch eine bessere Struktur und es sei somit nicht mehr nur eine Diskussionsrunde. Ein schöner Nutzen davon sei, dass in dieser Zusammenarbeit auch die gesunden Anteile der Patientinnen und Patienten und die Prävention Platz einnehmen würden.

Sechs Probanden halten den zeitlichen Rahmen von zwei Stunden pro Monat (vor kurzem von 1.5 auf zwei Stunden erweitert...) für gemeinsame Fallbesprechungen als ausreichend, betonen aber, dass jederzeit die Möglichkeit bestehen müsse, dies neu zu überdenken, ggf. zu ändern und neuen Entwicklungen und Bedürfnissen anzupassen. Dabei müsse auch berücksichtigt werden, dass am gemeinsamen Mittagstisch jeweils ein reger, auch fachlicher Austausch stattfinde, ohne den die Zeit der gemeinsamen Fallbesprechungen wohl kaum so kurz gehalten werden könnte.

Die Probanden A, D und H würden gerne einzelne spannende Fälle etwas mehr vertiefen können oder sogar einen Hauptfall pro Sitzung haben, auf den man sich entsprechend vorbereiten könnte.

Proband C würde gerne inhaltlich das Augenmerk noch etwas mehr auf die Struktur legen, damit man nicht Fälle und Organisatorisches vermische. Dazu fügt Proband I (2.16/9) an: *„Die inhaltliche Gestaltung der Fallbesprechungen ist ein Prozess, auch ein Ausbalancieren der unterschiedlichen Kulturen unserer Betriebe. Die Auseinandersetzung über Positionen, Einschätzungen und therapeutische Strategien unserer Zusammenarbeit im System wird ein nächster Schritt sein, den es zu konzeptualisieren gilt.*

Relationale Psychotherapie

Gefragt nach dem Begriff der Relationalen Psychotherapie sagten zwei Probanden, dass ihnen der Begriff nicht nahe sei. Die restlichen Befragten verorten die Relationale Psychotherapie im Rahmen von verschiedenen Formen der Beziehung und Beziehungsgestaltung.

Proband E beschreibt relationale Psychotherapie im Sinne von Beziehung als Grundlage, in der es verschiedene Richtungen gebe. Mit Kongruenz, Wertfreiheit und Wertschätzung könne Beziehung gelingen.

Proband H sieht darin Beziehungsgestaltung, Beziehungen des Patienten, aber auch die Beziehung Therapeut-Patient und die Eigenschaft, jemanden so wertzuschätzen wie er ist.

Für Proband F beleuchtet relationale Psychotherapie die Beziehungen eines Menschen und auch die Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Er fügt an, dass alle immer in Beziehungen stehen würden und dass es erwiesen sei, dass Beziehung einen der Haupterfolgskriterien einer Psychotherapie darstelle.

Proband I (2.8/7) geht davon aus, dass alles Beziehung ist. Der Mensch in Beziehung zu sich und zu verschiedenen Teilen in sich ebenso wie insgesamt als Mensch in Beziehung zu verschiedensten Lebensbereichen. Seine Erkenntnis gibt er folgend wieder: *„Die Vorstellung von Beziehung ist immer doppelt beschrieben. Es gibt die Seite, wie ich etwas sehe oder auf etwas reagiere von jemand anderem, und es gibt die Vorstellung, dass der andere etwas ganz anders verstehen kann als ich meine. Das Autopoietische, dass wirklich jemand auf etwas anders reagieren kann, dass das so ist und dass es eigentlich eine Wahrheit in Beziehungen nicht gibt.“*

VERMUTETER NUTZEN DER GEMEINSAMEN ARBEIT

Der vermutete Nutzen der gemeinsamen Arbeit aus Sicht der befragten Fachpersonen wird in zwei Teilen beschrieben, dem „Nutzen für die Fachpersonen“, und dem „Nutzen für die Familien“.

Nutzen für die Fachpersonen

Alle Probanden beschreiben den Nutzen aus der gemeinsamen Arbeit im Sinne einer fachlichen Bereicherung durch den Einblick in das jeweils andere Gebiet.

Proband G sagt dazu, dass er von dieser Zusammenarbeit lerne. Für ihn seien das Wissen darum, dass noch eine andere Seite vorhanden sei und das Gefühl, schnell und gut reagieren zu können, sehr wichtig. Er glaubt, dass Einigung und Klärung ohne gemeinsame Sitzungen vielleicht nicht immer möglich wären.

Proband E beschreibt neben der fachlichen Bereicherung, dass auch vom therapeutischen Arbeiten des jeweils anderen Gebietes viel einfließe.

Er sei sensibilisierter auf das Thema Familien und auch in Bezug auf entwicklungspsychologische Aspekte geworden, schildert Proband A.

„Der Blick wird geöffnet, es ist eine höhere Sensibilität da und es werden andere Fragen angesprochen. Es wird gesamthafter gesehen“; beschreibt Proband F (2.12/3) den Nutzen aus der gemeinsamen Arbeit.

Er könne sich in seiner eigenen Arbeit klarer abgrenzen, im Wissen, dass noch eine andere Seite da sei, meint Proband C zum vermuteten Nutzen aus der Zusammenarbeit. Die Teamzusammenarbeit werde erweitert und es gebe andere Auseinandersetzungen. Kritik und Feedbacks würden die Zusammenarbeit zusätzlich fördern.

Für Proband I bedeutet es eine Erweiterung des Tätigkeitsbereiches, verbunden mit Respektentwicklung der anderen Kompetenz gegenüber, aber auch Dankbarkeit dass der/die Andere da ist. Er glaube auch, dass der Mut, das gewohnte Terrain ein Stück weit zu verlassen, auf allen Ebenen einen persönlichen Gewinn darstelle. Zusätzlich betont er, dass die verschiedenen Ansprüche an Therapieräume eine enorm wertvolle Erweiterung gebracht hätten.

„Die Zusammenarbeit ist für mich eine unglaubliche Bereicherung“, erklärt Proband D (2.12/3-4) und fügt an: *„Wir haben die Möglichkeit, für die ganze Familie ein gutes Holding zu machen. Das ist unersetzlich.“*

Proband A beschreibt das Entstehen von Nähe, gemeinsamem Erleben, Reflektieren und Feedback geben. Es sei eine andere Form von Team, könne aber das Ganze auch kompliziert und komplex machen.

Nutzen für die Familien

„Die Sorge um das Kind und/oder die Sorge um die Erwachsenen wird zur gemeinsamen Sorge für die Familie!“ Proband I (2.13/9)

Proband C und E gehen davon aus, dass die Familien durch das gemeinsame Setting mehr Sicherheit erlangen würden und das Gefühl hätten, besser aufgehoben zu sein. Proband E bemerkt, dass auch mit dem erweiterten System besser gearbeitet werden und differenzierter geschaut werden könne, was es brauche. Durch schnelleren Informationsfluss sei zudem eine schnellere Reaktion zugunsten der Familie möglich.

Den Familien werde vermittelt, dass sie nicht versagen, wenn sie Hilfe von aussen holen würden. So sei das Erleben von Selbstwirksamkeit möglich und die Familien könnten zu einer neuen Selbständigkeit geführt werden, beschreibt Proband G den Nutzen für die Familien.

Proband A und D sehen den Nutzen darin, dass die Familien sich angesprochen und ernst genommen fühlen. Proband D ergänzt, dass sich Familien durch persönliche Zuwendung, Interesse und Hilfe gut aufgehoben fühlen würden. Vermutlich komme man auch in kürzerer Zeit zu Ergebnissen für die Familie, sei effizienter und spare dadurch weitere Konsultationen im einzeltherapeutischen Setting.

„Familien erleben ein eingebettet und getragen Sein, Verantwortungen können direkter abgegeben werden ohne zuhause übersetzt werden zu müssen. Es entstehen weniger Missverständnisse im gemeinsamen Setting und evtl. erzählen die Leute bei Einzelgesprächen mehr vom System, wenn es schon einmal als Ganzes amwesend war“, beschreibt Proband H (2.13/6) die Vorteile für die Familien.

Durch die räumliche Nähe der beiden Dienste sei oft eine schnelle Kontaktherstellung möglich, was von den betroffenen Familien sehr geschätzt werde, ergänzt Proband I.

Proband F hat erfahren, dass das Problem einer Familie gesamthafter angeschaut werde und dadurch ein umfassenderes Bild entstehe. So komme man vielleicht besser an die Problematik heran und es könne schneller eine Lösung gefunden werden.

ARBEITSANTEIL AN GEMEINSAMEN FÄLLEN

Gefragt nach dem Anteil an ihrer Gesamtarbeitszeit, den die Probanden für die Arbeit mit gemeinsamen Fällen aufwenden würden, kamen sehr unterschiedliche Angaben zustande.

Für zwei Probanden ist der Anteil im Moment sehr klein, da sie nicht direkt in gemeinsame Fälle involviert sind.

Die anderen sieben befragten Personen betonen, dass es kein zeitlicher Mehraufwand sei, sondern zu ihrer Arbeit gehöre und einen Teil des Behandlungsverlaufs darstelle.

So sagt Proband D (2.17/7) darüber: *„Ich kann es nicht in % ausdrücken, aber es hat immer Priorität und ich nehme mir die Zeit dazu.“*

Auch Proband E sagt, er könne keine genauen Angaben machen, da Familiengespräche sporadisch stattfinden würden. Wenn es notwendig sei, schaffe er sich aber immer Kapazität.

Er wende zwischen 5 und 10% für gemeinsame Fälle auf, beschreibt Proband C seine Situation, ergänzt aber, dass er gerne bereit sei, mehr Zeit dafür zu investieren, wenn dies von oben her abgesegnet würde.

Bei drei weiteren Probanden bewegt sich der Anteil zwischen 10 und 20%. Hierzu betont Proband H, dass er eine grosse Wertschätzung dieser Arbeit gegenüber erfahre.

„Ich brauche etwa 30% meiner Gesamtarbeitszeit, vielleicht sogar etwas mehr. Es ist aber Ziel, dass ich längerfristig mehr Zeit für gemeinsame Fälle haben soll“, beschreibt Proband I (2.17/13) seine momentane Situation.

ZEITAUFWAND FÜR EINZEL- ODER FAMILIENTHERAPIEN IM VERGLEICH

Alle sieben momentan in Familiensitzungen involvierten Probanden gehen davon aus, dass die Arbeit mit Familien zwar einen höheren Aufwand generiert, im Endeffekt aber effizienter ist und weniger Zeit braucht.

„Familiensitzungen bedeuten zusätzliches Engagement, aber vermutlich braucht es dadurch weniger Einzeltherapien. Leider können wir diesen Erfahrungswert noch nicht empirisch beweisen“, beschreibt Proband H (2.18/9) seine bisherigen Erfahrungen.

So erklärt Proband A, dass der Aufwand für Familiensitzungen zwar gross sei, dass sich dies aber relativiere, wenn man den Effekt mit einbeziehe. Dann sei es viel effizienter.

Proband E vermutet, dass der Zeitaufwand grösser wäre, wenn man die Familie nicht einbeziehen würde.

„Grössere, gemeinsame Sitzungen, evtl. kombiniert mit Einzeltherapie, bringen mehr als jahrelange Einzeltherapiestunden. Das bedeutet, dass man schlussendlich weniger Sitzungen braucht“; ist Proband D (2.18/7) aus Erfahrung überzeugt.

Zu zweit komme man besser voran und es seien schon per se auch zwei Parteien betreut, so sei der anfängliche Aufwand für Familiensitzungen zwar grösser, im Endeffekt aber weniger, beschreibt Proband F seinen Eindruck.

ZUSÄTZLICH IN FAMILIENTHERAPIEN INVOLVIERTE PERSONEN UND INSTITUTIONEN

Alle befragten Personen beschreiben den Austausch mit zusätzlich in die Situation der Familien involvierten Personen und Institutionen als wichtiger und wertvoller Bestandteil des Therapieprozesses. Zusammenarbeitsformen ergeben sich im Ambulatorium Hochdorf mit SoBZ, IV, RAV, geschützten Arbeitsstellen (Brändi), Polizei, Sozialbehörden, Gemeinden, Vormundschaftsbehörde, Beiständen, Schulleitern, Lehrern, Schulsozialarbeitern, SPD, Hausärzten und Kinderärzten.

„Hausärzte sind sehr wichtige Kontakte, schliesslich haben sie jahrelang Patienten psychiatrisch begleitet, als es noch keine psychiatrische Versorgung vor Ort gab“, beschreibt Proband B (2.21/4) für ihn wichtige Ansprechpartner.

Proband I beschreibt, dass schon ganz am Anfang Kontakt zur Polizei vor Ort hergestellt worden sei in Bezug auf Sicherheitsvorkehrungen im Ambi, häusliche Gewalt und Kindesgefährdung.

Viermal jährlich fänden Fallbesprechungen gemeinsam mit dem SoBz und dem Erwachsenenambulatorium statt, ergänzt Proband I. Auch der KJPD mache neu Fallbesprechungen mit dem SoBZ, gemeinsam sei dies jedoch noch nicht möglich.

Proband F schildert die Zusammenarbeit mit zusätzlich involvierten Stellen als notwendig aber sehr zeitintensiv, deshalb mache man so viel wie nötig und so wenig wie möglich.

Um die Familien optimal betreuen zu können, sei die Zusammenarbeit mit verschiedenen zusätzlichen Stellen sehr wichtig, ist Proband D überzeugt.

Proband C würde sich mehr gemeinsame Sitzungen mit SoBZ, Erwachsenenambulatorium und KJPD wünschen.

„Mit SPD, Schulsozialarbeit, Schulen und SoBZ haben wir einen guten Weg gefunden und wir sind bemüht, diese Kontakte gut zu pflegen“, beschreibt Proband E (2.21/5) seine Erfahrung bezüglich Zusammenarbeit.

Auch die Hausärzte seien eingeladen worden und an einer Zusammenarbeit grundsätzlich interessiert, mit dem KJPD sei dies jedoch noch etwas konflikthaft, beschreibt Proband I die momentane Situation.

7.6.3 RUND UM DIE ZUSAMMENARBEIT

UNTERSTÜTZUNG BEI FACHLICHEN FRAGEN ODER PROBLEMEN

Die befragten Personen gaben sehr differenziert Auskunft darüber, wo sie sich bei fachlichen Fragen oder Problemen Unterstützung holen oder holen können. Dabei stand auch immer die Wichtigkeit einer vorhandenen Unterstützung im Raum.

Er hole sich Wissen im Team selbst im Sinne eines „Reflecting Team“ bei Fallvorstellungen, aber auch an regelmässigen Sitzungen im Rahmen des Leitungsteams, bei Einzelsupervisionen extern oder bei Kadersitzungen der lups, erklärt Proband I. Zudem spiele für ihn die Literatur eine grosse Rolle.

Proband H holt sich primär Unterstützung im Team, meist bei jener Person, die sich mit seinem Problem am besten vertraut fühlt. Auch Supervision, Intervision und Fallbesprechungen seien Orte, wo er sich Unterstützung holen könne, beschreibt er.

Neben Intervision und Supervision hole er sich auch direkten Rat beim jeweiligen Teamkollegen, der jeweiligen Teamkollegin, der/die in die Zusammenarbeit involviert sei, erläutert Proband C.

„Es findet sich immer jemand, der mir weiter helfen kann, sei es ein Teammitglied, jemand von meinen Vorgesetzten oder auch unsere leitende Ärztin“, beschreibt Proband G (2.7/3) seine Situation vor Ort.

Proband E schildert eine gute Abdeckung bezüglich Unterstützung. Er könne sich diese bei differenzierten Workshops, in der wöchentlichen Supervision, in der eigenen Fallarbeit mit Vorgesetzten oder in den monatlichen Fallbesprechungen holen.

Er hole sich Rat in Supervisionen und Teambesprechungen, sei aber gleichzeitig auf der Suche nach einem neuen Ort für seine Fragen, erklärt Proband B.

Er hole sich Unterstützung bei seinem Vorgesetzten oder bei anderen Teammitgliedern, beschreibt Proband A seine Situation. Er schätze diesen Rückhalt sehr und fühle sich gut unterstützt.

Auch die Probanden D und F holen sich vor allem bei Supervisionen oder Vorgesetzten Rat, Proband F zusätzlich in den gemeinsamen Besprechungen oder bei Teammitgliedern.

KOMPETENZ- UND WISSENERWEITERUNG IN BEZUG ZUR ZUSAMMENARBEIT

Acht Probanden haben sich dazu geäussert, welche Kompetenz- und Wissenserweiterung sie im Rahmen der Zusammenarbeit bisher erlebt haben. Umgekehrt benennen sie auch ihren vermuteten Anteil an dieser Entwicklung und ihre Wünsche diesbezüglich.

„Durch den Blick auf das andere Gebiet und dessen Wissen und Konzepte fühle ich mich sicherer, mich in beiden Welten zu bewegen und kann auch gleichzeitig meine eigene Kompetenz einbringen. Ich möchte viel dazu beitragen, dass sich meine Vision zu einer Kultur entwickeln kann“, beschreibt Proband I (3.1/10) seinen Gewinn und sein Engagement.

Er könne immer wieder andere Blickwinkel einnehmen und empfinde dies als Bereicherung, sagt Proband C. Zudem könne er seine Erfahrung in Projekt-Management gut einbringen.

Proband A, E, F und G schätzen den Einblick ins theoretische und praktische therapeutische Schaffen des jeweils anderen Bereiches, was zu einer vermehrten Sensibilisierung führe und eine grosse Bereicherung darstelle.

Bei Proband E ist der Wunsch nach einem Konzept über die Art, gemeinsame Fälle zu besprechen, vorhanden, während sich Proband A mehr Wissen zum Thema Familie und Therapie von jungen Erwachsenen wünschen würde.

Er habe viel gelernt in Bezug auf Zusammenarbeit, Therapiesitzungen, Gesprächsführung und Auswertung, ergänzt Proband D. Er nehme auch an, dass er einen Teil seiner Erfahrung und Kompetenz zum Nutzen des Ganzen habe einbringen können. Sein Wunsch wäre, von aussen beleuchten zu lassen, was hier gemacht wird.

Proband H empfindet es als reichhaltig und stärkend, sagt aber, es mache auch die Grenzen des Arbeitens mit Systemen bewusst. Er lerne viel, indem er dies immer wieder ins eigene Arbeiten einbeziehe. Sein Knowhow mit gruppentherapeutischen und systemischen Verfahren bringe er gerne ein und würde sich wünschen, verschiedene Familienmodelle gemeinsam betrachten zu können.

WAHL VON FORT- UND WEITERBILDUNGEN

Sechs der befragten Personen geben an, dass die Zusammenarbeit ihre Wahl von Fort- und Weiterbildungen bis anhin nicht beeinflusst hätte. Sie würden sich vor allem Weiterbildungen in ihrer eigenen Therapierichtung aussuchen oder solche, die ihnen Wissenslücken erschliessen könnten. Dabei seien Inhalt, Ort, Dauer und auch die dazugehörigen Referenten oder Referentinnen der gewählten Weiterbildung ein Kriterium.

Vier der sechs obgenannten Personen, die Probanden A, C, E und F beschreiben jedoch, dass sie sich gemeinsam, d.h. in beiden Teams, mit dem Thema der mentalisierungsbasierten Therapie auseinandersetzen würden und dazu bereits je eine Weiterbildung absolviert hätten. Nun stehe auch eine Weiterbildung in mentalisierungsbasierter Therapie für beide Teams an. Alle vier Probanden stehen diesem Thema offen und interessiert gegenüber und finden es gut, an einem Thema dranbleiben zu können und zu sehen, dass man in eine ähnliche Richtung geht. Sie sehen es als wertvollen Bestandteil ihrer gemeinsamen Arbeit.

Die mentalisierungsbasierte Therapie sei bis heute das einzige auf eine Zusammenarbeit fokussierte Weiterbildungsangebot, erklären Proband B, E, G, F und H.

„Meine Wahl wird klar durch die Zusammenarbeit beeinflusst“, betont Proband I (3.4/12). *„Wir haben gemeinsam ein Seminar bei Bolm gemacht zu mentalisierungsbasierter Therapie und auch der Workshop mit Eia Asen war ein wertvolles Angebot. Die Realisation des Ganzen ist eine andere Geschichte. Meine Kriterien sind, dass es handlungsorientiert ist oder forschungsorientierte Grundlagen hat, die man als Hinweis oder Legitimation für unsere Arbeit brauchen kann.“* Proband I (3.5/12)

Proband G sagt, er lasse sich in der Auswahl seiner Fort- und Weiterbildungen auch durch die Zusammenarbeit beeinflussen und interessiere sich in diesem Zusammenhang vor allem für systemische Themen und für die mentalisierungsbasierte Therapie.

Proband D betont, dass teamspezifische Weiterbildungen eindeutig noch ausgebaut werden müssten, dass aber dafür zuerst ein Status erreicht werden müsse, der dann auch klarere Formen brauche.

Auch Proband H lässt sich in seiner Wahl durch die Zusammenarbeit beeinflussen. Das Mentalisieren werde in Familiengesprächen stark gelebt und er möchte das in seiner Weiterbildung aufgreifen und neu einordnen, beschreibt er.

SUPERVISION UND INTERVISION

„Zur Reflexion therapeutischer Konzepte, aber auch um die institutionelle Ebene mit zu reflektieren, ist für das Projekt Hochdorf eine externe Supervision angedacht.“ Proband I (2.7/6).

Sieben der neun befragten Personen sind entweder am KJPD oder in der Erwachsenenpsychiatrie in eine Supervisionsgruppe eingebunden, welche von internen und externen Fachpersonen geleitet werden. Eine Supervision, die speziell auf die Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie ausgerichtet sei, existiere jedoch bisher nicht.

Er habe dieses Thema bis anhin nicht in die Supervisionsgruppe eingebracht, da niemand in der Gruppe Erfahrungen mit Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie habe, erklärt Proband H.

„Wenn das Projekt offiziell anerkannt ist, müsste der Aspekt der Zusammenarbeit in den Supervisionen mehr Form und Raum bekommen“, betont Proband D (3.7/6).

Proband E würde ein gegenseitiges Besuchen der Supervisionen begrüßen.

Die Probanden C, E, F, H und I sind in verschiedenen selbst organisierten externen Intervisionsgruppen, Proband A in einer zusätzlichen externen Supervisionsgruppe.

Proband I vermutet, dass der grössere Teil der für beide Stellen zuständigen Supervisoren den Background und auch die Herangehensweise habe, mit Systemen zu arbeiten. Die Supervisionen seien aber nicht spezifisch so konzeptualisiert, dass es dort auch so vermittelt werde. Dies geschehe dann in den internen Fallbesprechungen.

TEAMENTWICKLUNG UND ZUSAMMENARBEIT

Ob bei Teamentwicklungsthemen auch auf die Zusammenarbeit fokussiert werde, wird von den einzelnen befragten Personen sehr unterschiedlich wahrgenommen.

Während Proband D glaubt, dass bei Teamentwicklungsthemen fast ausschliesslich auf die Zusammenarbeit fokussiert werde und dies im Zentrum stehe, beschreibt Proband G, dass Teamentwicklung bisher nicht in einem offiziellen Gefäss sondern eher privat am Mittagstisch stattgefunden habe. Er denke aber, dass auf Leitungsebene diesbezüglich ein reger Austausch stattfinde.

Sie seien hier kein Team im eigentlichen Sinn, nimmt Proband E die Situation wahr und fragt, was Teamentwicklung in diesem Kontext heisse. Es werde immer von einem Vorprojekt gesprochen und es sei nirgends beschrieben, wie und wohin die Teamentwicklung gehen solle.

„Wir haben einfach begonnen und das Team hat sich entwickelt ohne besondere Gefässe dazu. Die Zusammenarbeit wird aber immer wieder besprochen“, beschreibt Proband F (3.11/5) die Situation.

Auch die Probanden A und H beschreiben, dass bis anhin kein offizielles Gefäss für Teamentwicklung existiere, die inoffizielle Teamentwicklung jedoch ziemlich umfangreich in der gemeinsamen Küche und am Mittagstisch stattfinde.

Es habe bisher keine Teamentwicklung stattgefunden, sagt Proband C dazu, es solle aber nächstens damit begonnen werden.

„Teamentwicklungsthemen sind, wie Begegnung und Vernetzung gut passieren und die Begegnung zwischen unseren beiden Stellen so gestärkt werden kann, dass Sicherheit und Flexibilität daraus resultieren. Zudem soll die Entwicklung eines gemeinsamen Bewusstseins und Rollenverständnisses gefördert werden“, beschreibt Proband I (3.11/13) einen Teil der angedachten Themen zur gemeinsamen Teamentwicklung.

INSTITUTION LUPS ALS UNTERSTÜTZUNG

In der Wahrnehmung und im Wissen über Unterstützung durch die lups in Bezug auf die Zusammenarbeit bestehen zwischen den Probanden grosse Unterschiede.

Während Proband A davon ausgeht, dass von Seiten der lups ein grosses Interesse am Projekt vorhanden sei, beschreibt Proband C, dass dieses neue Projekt vermutlich noch ein Randthema sei und es Eigenengagement brauche, um Unterstützung zu bekommen.

Auch Proband B ist im Ungewissen darüber, ob eine Unterstützung vorhanden ist oder nicht. Proband E (3.12/7) weiss nicht, wie wohlwollend man der Sache wirklich gegenübersteht und geht von Unterschieden aus. *„Man müsste auf Leitungsebene erfragen, wie die Unterstützung erlebt wird“*, fügt er an.

Proband H nimmt Respekt und Bewunderung von Einzelpersonen wahr, geht aber grundsätzlich nicht von einer grossen Unterstützung aus.

Er wisse nicht so genau, wie ein Dienst sonst ausgestattet sei, und er sei auch zu wenig in diese Entscheidungen involviert, beschreibt Proband F seine Situation. Räumliche Anliegen und Ideen in Bezug auf Therapieräume und Büros seien aber aufgenommen und umgesetzt worden. Die gute Unterstützung räumlicher Anliegen wird auch von Proband G bestätigt.

„Die Chefs der beiden Stellen liessen uns viele Möglichkeiten offen, was sicher auf die guten Beziehungen untereinander zurückzuführen ist. Die nichtärztliche Stellenleitung wurde beibehalten und auch bei der Suche nach geeigneten Räumen hat man sich enorm für uns eingesetzt. Wir durften viel Support erfahren“, beschreibt Proband I (3.12/13) die bisher sicht- und spürbare Unterstützung durch die lups.

Proband D betrachtet es entwicklungsbezogen und glaubt, dass der Wert des Projekts der lups am Anfang nicht wirklich bewusst gewesen sei. Durch das daran Bleiben beider Teams sei aber immer mehr hingeschaut worden, was da wirklich geschehe. Nun werde mehr Kenntnis davon genommen und es sei einmal mehr eine Einladung dazu da, das Projekt innerhalb der lups vorzustellen. So gesehen sei eine Entwicklung im Gang.

7.6.4 ZUKUNFTSVISIONEN

DIE LÄNGERFRISTIGE ZUKUNFT DES AMBULATORIUMS HOCHDORF

Im Hinblick darauf, dass die Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie am Ambulatorium Hochdorf bestehen bleiben wird, was sich alle befragten Personen unbedingt wünschen, kamen verschiedene Ideen und Anregungen bezüglich längerfristiger Zukunft dieser Zusammenarbeit zustande.

So regen zwei Probanden eine administrative Einheit nach innen und aussen an, verbunden mit einer intensiveren Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen, die ein besseres Teamgefühl entstehen lassen könnte.

Proband H macht den Vorschlag einer gemeinsamen Leitung oder Co-Leitung, gemeinsamer Team- und Fachentwicklung und gemeinsamer Weiterbildungen. Auch die Idee der Vergrößerung des KJPD-Teams durch eine männliche Fachperson steht für ihn im Raum.

Proband D ergänzt zum Thema Leitung, dass Team- und Stellenleitung vor Ort von einzelnen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gemacht werden könnten.

Proband G würde gerne eine Triage für Familien anbieten können und hat die Idee der Installation einer regelmässig stattfindenden Kinder- und Jugendsprechstunde.

In einem professionellen Angebot für Paartherapien sähe Proband D eine wichtige Erweiterung.

Proband E fragt, wie sich die Kombination der beiden Stellen nennen könnte, damit eine zu starke Psychiatrisierung auch im Hinblick auf Stigmatisierungen vermieden werden könnte.

Für Proband F bräuchte es noch mehr Selbstverständlichkeit der gemeinsamen Arbeit gegenüber, während Proband I dies noch weiter ausführt und sich eine Selbstverständlichkeit wünscht, das Angebot zusammen am gleichen Ort zu konzipieren und daraus folgend eine Integration dessen in alle anderen Ambulatorien zu realisieren.

WAS BRAUCHT ES ZUR UMSETZUNG

Zwei Probanden fänden es sinnvoll, das vor Ort bestehende Sekretariat für beide Stellen zu konzipieren und auch gegenseitigen Einblick in die einzelnen Agenden haben zu können.

Jene sechs befragten Personen, die sich zur Umsetzung der vorhandenen Ideen geäußert haben, wünschen sich ausnahmslos mehr Zeit, um sich der Gestaltung der Zusammenarbeit, der gemeinsamen Fälle und Familiengespräche und der Erarbeitung eines gemeinsamen Konzepts unter Einbezug der Bedürfnisse der beiden Stellen annehmen zu können.

8. DISKUSSION

8.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE

8.1.1 ZUSAMMENFASSUNG UND BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN QUANTITATIVER TEIL UNTER EINBEZUG DER LITERATUR

Eltern(teile) mit einer psychiatrischen Erkrankung und ihre Kinder

20 Familien sind mit einem einzigen Kind präsent, was nicht per se auf eine Ein-Kind-Familie hindeutet. Bei den älteren Kindern der acht Familien mit zwei oder mehr Kindern könnten laut Wiegand-Grefe et. al. (2011a) zusätzliche Belastungen durch die Betreuung der jüngeren Geschwister hinzukommen.

Bei den 28 weiblichen und zehn männlichen Elternteilen fällt bezüglich Alter auf, dass von 34 einer Altersgruppe zugeordneten Personen nur zwei zwischen 20-30 Jahre alt sind, während sich in der Gruppe der 31-40-Jährigen elf und in der Gruppe der 41-50-Jährigen 16 Personen befinden. Fünf Personen sind ≥ 51 Jahre alt.

Der bei 22 Frauen und vier Männern erhobene Arbeits- und Erziehungsstatus zeigt, dass alle vier Männer erwerbstätig sind, keine Rente beziehen und ihre Kinder nicht allein erziehen. Von 22 Frauen erziehen 13 ihre Kinder allein und nur neun gemeinsam mit dem anderen Elternteil oder einem neuen Lebenspartner. 14 Frauen sind erwerbstätig, sechs arbeitsunfähig und vier Frauen beziehen eine Rente. Der unterschiedliche Anteil an erfassten Frauen und Männern sowie der hohe Anteil an allein erziehenden Frauen fallen auf und stellen offensicht-

liche Unterschiede der psychosozialen Verhältnisse zwischen den Geschlechtern dar, welche auch bei Wiegand-Grefe et. al. (2011b) beschrieben werden.

33 von 38 erfassten Elternteilen leiden an einer oder mehreren psychiatrischen Erkrankungen. Wie es um die psychische Gesundheit der anderen fünf erfassten Elternteile und jener Elternteile, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gar nicht erfasst werden konnten, bestellt ist, bleibt unklar. Diese Unklarheit sollte von den Therapierenden bei der Frage nach Indikation für eine Familiensitzung und/oder –Therapie sorgfältig mit einbezogen werden. Weiss (2008) beschreibt, dass bei Vorhandensein mehrerer Familienmitglieder mit offenkundigen Beschwerden die Anwesenheit der ganzen Familie sinnvoll sein kann.

Bei 25 Familien liegt eine psychiatrische Erkrankung der Mutter vor, in acht Familien ist der Vater psychiatrisch erkrankt. In sieben der vorhergehend genannten Familien sind beide Elternteile erkrankt. Hier fällt wiederum die unterschiedliche Anzahl erkrankter Elternteile nach Geschlecht auf. Lisofsky & Schmitt-Schäfer (2006) beschreiben bei Kindern mit psychiatrisch erkrankten Müttern eine höhere Beeinträchtigung als bei Kindern erkrankter Väter, was auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass Kinder in der Mehrzahl der Fälle hauptsächlich durch die Mutter betreut werden. Kinder in Familien mit zwei psychiatrisch erkrankten Elternteilen sind laut Remschmidt & Mattejat (1994) am meisten gefährdet.

Von den 33 psychiatrisch erkrankten Elternteilen befinden sich 24 in ambulanter psychiatrischer oder psychologischer Behandlung. Diese machen 7.77% der insgesamt am Erwachsene-nambulatorium in Behandlung stehenden Personen aus (vgl. Anhang B). Die vorliegende Stichprobe bildet nur einen Teil der in gemeinsame Fälle involvierten Elternteile ab, was dafür spricht, dass der Versorgungsbedarf dieser Anspruchsgruppe als erheblich eingeschätzt werden muss. Zugleich befinden sich drei psychiatrisch erkrankte Frauen und sechs Männer nicht in Behandlung. Um auch die sich nicht in Behandlung befindenden psychiatrisch erkrankten Elternteile in den Therapieprozess einbeziehen zu können, bieten sich je nach Situation die Arbeit mit Paaren wie sie Kim Berg (2002) empfiehlt oder Familiengespräche, in denen laut Stierlin (2005) gemeinsam nach Lösungen für ein Gesundheitsproblem eines oder mehrerer Familienmitglieder gesucht werden kann, an.

Von den 26 Elternteilen, welchen eine oder mehrere psychiatrische Erkrankungen zugeordnet werden konnten, leidet der grösste Teil, nämlich 18 Personen, an einer Depression. Laut Mattejat et. al. (2000) stellt die elterliche Erkrankung für die betroffenen Kinder den Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter dar. Acht Elternteile leiden an einer Suchtproblematik. Hier ist gemäss Zobel (2006) besonders der elterliche Alkoholüberkonsum für ein höheres Risiko der Kinder für eigene Störungen durch Substanzkonsum verantwortlich. Vier Elternteile sind an einer PTBS erkrankt, zwei an einer Per-

sönlichkeitsstörung. Zu Persönlichkeitsstörungen beschreiben Weiss et. al. (2006), dass eine elterliche Borderline-Persönlichkeitsstörung bei den untersuchten Kindern signifikant mehr psychiatrische Störungen hervorruft als andere Formen von Persönlichkeitsstörungen. Ein Elternteil ist an einer Schizophrenie erkrankt, was laut Remschmidt & Mattejat (2008) die Lebenszeitprävalenz für eine schizophrene Erkrankung bei den betroffenen Kindern auf 13% steigen lässt. Die bipolare Störung und Essstörungen kamen nicht vor, was vermutlich auf Grösse und Zusammensetzung der Stichprobe zurückzuführen und daher zufällig ist.

Dass von 42 eingeschätzten Kindern 29 Knaben und nur 13 Mädchen sind, ist zufällig, nicht zuletzt deshalb, weil sich von ebendiesen 42 Kindern nur 23 in Behandlung befinden. Diese 23 sich in Behandlung befindenden Kinder entsprechen 16.67% der Gesamtbehandlungszahl am KJPD (vgl. Anhang B). Die vorliegende Stichprobe bildet jedoch nur einen Teil der in gemeinsame Fälle involvierten Kinder ab. 28.6% (zwölf) aller eingeschätzten Kinder sind 11-15-jährige Knaben, 14.3% (sechs) sind ≥ 16 Jahre alte Mädchen. Sie stellen in ihrem Geschlecht die jeweils grösste Gruppe dar. Acht der zwölf 11-15-jährigen Knaben und vier der sechs ≥ 16 Jahre alten Mädchen sind in Behandlung am KJPD. Bezogen auf psychiatrische Störungen und Auffälligkeiten bei Kindern der beschriebenen Altersgruppen und Geschlecht finden sich bei Mattejat (1985) und Hölling, Erhardt, Ravens-Sieberer & Schlack (2007) ähnliche Erkenntnisse.

Psychiatrische Erkrankungen der Eltern und jeweiliges Risiko der Kinder

Bezüglich der Frage, ob und wenn ja wie sich die Anzahl der Risikovariablen A, B, C und D der betroffenen Kinder in Bezug auf die jeweilige Diagnose der Eltern bzw. des Elternteils unterscheidet, kann

Hypothese 1a angenommen werden. Die Kinder unterscheiden sich bezüglich elterlichen Diagnosen in allen vier Risikostufen in der jeweiligen Anzahl der Risikovariablen. So haben bei Risiko A drei Knaben und zwei Mädchen mit an einer Depression und zugleich an einer Suchtproblematik erkrankten Eltern bzw. Elternteil die höchsten Werte. Dies lässt einerseits keine Rückschlüsse darauf zu, welches der jeweilige Anteil der einzelnen Krankheitsbilder an den fünf oder vier A-Variablen ist, zeigt aber gleichzeitig, dass eine Doppeldiagnose (im vorliegenden Fall mit der Kombination Depression und Suchtproblematik) der Eltern bzw. des Elternteils ein sehr hohes Risiko für die betroffenen Kinder darstellen kann. Der Aspekt der Komorbiditäten wird bei Sameroff (1987) eindrücklich beschrieben. Auf die Lebensqualität der Kinder haben laut Wiegand-Grefe et. al (2010) nur die Tatsache der Erkrankung eines oder beider Elternteile, nicht aber die Art der elterlichen Erkrankung oder vorhandene Komorbiditäten einen entscheidenden Einfluss.

Bei Risiko B erreichten zwei Knaben und ein Mädchen mit an Persönlichkeitsstörung, Suchtproblematik und PTBS erkrankten Eltern bzw. Elternteil den höchsten Wert. Diese Mehrfachdiagnose lässt wiederum keine Rückschlüsse auf den Einfluss der einzelnen Krankheitsbilder auf die jeweilige Anzahl B-Variablen zu, zeigt aber deutlich die Möglichkeit eines hohen Risikos für Kinder mit Eltern bzw. einem Elternteil mit einer Mehrfachdiagnose.

Den höchsten Wert des mittleren Risikos C erreichten zwei Knaben und ein Mädchen mit an einer Depression erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil.

Bei geringem Risiko D hatten drei Knaben mit an einer Depression und an einer Suchtproblematik erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil. Auch hier ist wieder der Aspekt der Doppeldiagnose zu berücksichtigen.

Über alle elterlichen Diagnosen hinweg hat es Knaben und Mädchen, die in den vier Risikostufen sehr wenige oder sogar keine Risikovariablen aufweisen.

Die Heterogenität unter den Kindern bezüglich Anzahl Risikovariablen in den vier Risikostufen und elterlichen Diagnosen lässt darauf schliessen, dass die Art der psychiatrischen Erkrankung der Eltern bzw. des Elternteils nicht per se für das jeweilige Risiko der betroffenen Kinder steht, sondern dass das soziale Umfeld der Kinder, der Umgang mit der Krankheit und weitere erfragte psychosoziale Variablen mit eine Rolle spielen. Auch Sameroff (1987) äussert sich dahingehend, dass u.a. familiäre und psychosoziale Bedingungen des Aufwachsens sehr bedeutsam bezüglich Risiko der Kinder sein können.

Aufgrund der oben beschriebenen Erkenntnisse muss Hypothese 1 b, dass Kinder mit depressiven Eltern bzw. einem depressiven Elternteil die höchste Anzahl Risikovariablen A und B aufweisen, verworfen werden. Bei Risiko A ist bei jenen Kindern mit der höchsten Anzahl Risikovariablen die Depression komorbid vorhanden und bei Risiko B gar nicht. Dies erstaunt einerseits (vgl. Matthey et. al., 2000), könnte aber beispielsweise bedeuten, dass die Kinder und/oder die Familie psychosozial gut unterstützt werden, eventuell vorhandene Resilienzfaktoren aktiviert werden konnten und sich dadurch das Risiko für die Kinder verringert.

Zur Frage, ob sich die Anzahl der Risikovariablen A, B, C und D der betroffenen Kinder nach Geschlecht in Bezug auf die jeweilige Diagnose der Eltern bzw. des Elternteils unterscheidet, muss

Hypothese 2 verworfen werden. Knaben haben nicht über alle Diagnosen der Eltern hinweg eine höhere Anzahl der Risikovariablen A und B als Mädchen. Von an einer Schizophrenie erkrankten Eltern bzw. erkranktem Elternteil ist nur ein Knabe betroffen. Dieses Krankheitsbild wird deshalb nicht berücksichtigt. Knaben haben einzig bei Risiko B einen höheren Wert als Mädchen, wenn bei einem Elternteil oder den Eltern eine depressive Erkrankung vorliegt. Leidet ein Elternteil oder leiden die Eltern an einer Persönlichkeitsstörung, Suchtproblematik

oder PTBS, haben Knaben und Mädchen identische Höchstwerte bei Risiko A und B. Auch bei einer Depression der Eltern bzw. eines Elternteils sind die Höchstwerte bei Risiko A für Knaben und Mädchen identisch. Dazu muss berücksichtigt werden, dass die Anzahl eingeschätzter Mädchen und Knaben sehr unterschiedlich ist und sich die Fragestellung nur auf das Geschlecht, nicht aber auf die verschiedenen Altersgruppen (vgl. Mattejat, 1985) bezieht.

Bezug nehmend auf die Gesamtrisiken der Kinder in den vier Risikostufen stellt sich die Frage, ob sich die Anzahl der Risikovariablen A, B, C und D der betroffenen Kinder in verschiedenen Altersgruppen und nach Geschlecht unterschiedlich zeigt.

Die dazu formulierte *Hypothese 3*, dass Mädchen der Altersgruppe ≥ 16 Jahre eine höhere Anzahl Risikovariablen A, B, C und D aufweisen als Knaben der Altersgruppe 6-10 Jahre, muss verworfen werden. Die ≥ 16 -jährigen Mädchen weisen nur bei den Risikostufen A, C und D höhere Werte auf als die 6-10-jährigen Knaben, bei Risikostufe B weisen beide denselben Höchstwert auf. Das Risiko der Kinder, selbst psychiatrisch zu erkranken, wenn ein Elternteil bzw. die Eltern an einer psychiatrischen Krankheit leiden, ist jedoch nicht gleichzusetzen mit bereits bestehenden psychiatrischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Hierzu sagt Mattejat (1985), dass Jungen eher im Kindesalter von psychiatrischen Störungen betroffen seien, während diese bei Mädchen in der Adoleszenz häufiger auftreten würden. Wichtig ist auch hier, auf die sich in der untersuchten Stichprobe zeigende Heterogenität der Risiken bezüglich Alter und Geschlecht hinzuweisen.

Laut Remschmidt & Mattejat (1994) sind Kinder mit zwei psychiatrisch erkrankten Elternteilen stark gefährdet, weil kein Elternteil eine kompensatorische Funktion wahrnehmen kann. Die *Hypothese 4a*, dass Kinder mit zwei erkrankten Elternteilen in allen Risikogruppen A, B, C und D höhere Mittelwerte haben als Kinder mit einem erkrankten Elternteil, muss jedoch aufgrund der vorliegenden Ergebnisse verworfen werden. Bei Risiko C haben Kinder mit einem erkrankten Elternteil den höheren Mittelwert.

Hypothese 4b, dass Mädchen mit zwei erkrankten Elternteilen in allen Risikogruppen höhere Mittelwerte haben als Knaben, muss ebenfalls verworfen werden. Knaben weisen bei Risiko C und D die höheren Werte auf. Da im vorliegenden Fall jedoch zwei Mädchen mit zehn Knaben verglichen wurden, ist das Ergebnis mit Vorsicht zu betrachten.

Die am häufigsten genannten Risiken für die betroffenen Kinder werden auch bei Remschmidt & Mattejat (1994) sowie bei Lenz (2008) als wichtige Umweltfaktoren in Bezug auf den Entwicklungsverlauf der Kinder genannt. Für die Therapierenden stellt der Hinweis auf Vorhandensein solcher Risiken einen wichtigen Aspekt in der Therapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien dar.

8.1.2 KRITISCHE BETRACHTUNGEN I

Die Risikocheckliste zur Einschätzung der Kinder mit psychiatrisch erkranktem Elternteil bzw. erkrankten Eltern fokussiert ausschliesslich auf vorhandene Risiken, ihr Blick ist defizitorientiert. Resilienz und Ressourcen der betroffenen Kinder und ihrer Familien müssten somit anhand eines oder mehrerer zusätzlicher Instrumente separat erhoben werden, um ein ganzheitliches Bild der Situation darstellen zu können. Sind nur die Resultate der Risikocheckliste vorhanden, so könnten nicht vorhandene Risiken als Ressourcen formuliert und im therapeutischen Kontext mit dem System auch als solche angesprochen, gefördert und gewürdigt werden.

Es existieren keine Vergleichsstudien, die mittels Risikocheckliste durchgeführt wurden, was vermuten lässt, dass sie, wie in Kapitel 6.1 beschrieben, vorwiegend als Einzelfalldiagnostik-Instrument in der sozialpsychiatrischen Praxis Anwendung findet.

Die kleine Stichprobe und die sehr unterschiedliche Anzahl Kinder in den Alters- und Geschlechtsgruppen machten Vergleiche zwischen den Gruppen fast unmöglich. Die Verbindung zur Theorie liess sich nur anhand einzelner Aspekte vollziehen, und eine grosse Anzahl erfragter Variablen konnte nur gesamthaft beschrieben und in Bezug zur Theorie gesetzt werden. Die grosse Heterogenität in den Ergebnissen wirft die Frage auf, ob anhand der Risikocheckliste Einzelfallstudien (s.o.) das Mittel der Wahl wären und auf diesem Weg der Bezug zur Theorie differenzierter abgebildet werden könnte.

8.1.3 ZUSAMMENFASSUNG UND BEANTWORTUNG DER FRAGSTELLUNGEN QUALITATIVER TEIL UNTER EINBEZUG DER LITERATUR

ZU AUSBILDUNG UND THERAPEUTISCHEM HINTERGRUND:

Mit den drei ärztlichen und sechs nichtärztlichen psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen kommen im Ambulatorium Hochdorf ein reiches Fachwissen, sieben verschiedene Psychotherapierichtungen, zahlreiche Jahre Berufserfahrung und neun unterschiedliche Persönlichkeiten zusammen.

Die Beweggründe zur Arbeit im Ambulatorium Hochdorf sind für die neun Fachpersonen sehr unterschiedlich. Strukturelle Gründe spielten ebenso eine Rolle wie die durch die Umstrukturierung neu zu besetzenden Stellen im ambulanten Bereich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Obwohl die Idee eines gemeinsamen Hauses für KJPD und Erwachsenenpsychiatrie auch von viel Ungewissheit begleitet gewesen ist, schildern alle Beteiligten, dass sie sich im Laufe der vergangenen zwei Jahre immer mehr für diese Zusammenarbeit zu interessieren vermochten und diese schon fast zu einer Selbstverständlichkeit geworden sei.

ZUR ARBEIT MIT SYSTEMEN IN VERSCHIEDENEN SETTINGS:

Ihr Betrachten des Systems Familie beschreiben alle Probanden als ein sehr umfassendes Bild ein jeder Familie als einerseits Ganzes, andererseits mit allen Individuen und den ihnen eigenen Bedürfnissen, Ressourcen und Schwächen. Das Bewusstsein um die Komplexität eines Familiensystems wird betont.

Der Rolle der Familie als ihr eigener Therapeut wird für ebenso wichtig gehalten wie die Art und Weise der Therapierenden, einem Familiensystem gegenüber aufzutreten. Dass der systemische Blick auf Familien gelebt wird und sich innerhalb des Teams zu einer Haltung entwickeln durfte, wird als wertvoll aber auch als Herausforderung empfunden. Die Familie als ein System aus verschiedenen Teilen, das sich nicht immer ausschliesslich auf die Kernfamilie bezieht, heisst für die Probanden, dass oft zusätzlich involvierte Stellen ins System einbezogen werden müssen.

So beschreibt auch Räddecke (2010) das System Familie als Patient im Sinne, dass die Summe des Ganzen mehr ist als seine Einzelteile.

Das Arbeiten mit Familien schätzen acht von neun Probanden sehr und erfahren dies als Bereicherung. Sie weisen aber auch darauf hin, dass die Arbeit mit Familien eine grosse Herausforderung bedeutet und sehr anspruchsvoll ist.

Der „Luxus“, von therapeutischer Seite her zu zweit mit Familien zu arbeiten, wird sehr geschätzt und der Kontakt zwischen den Therapierenden als zusätzlicher Gewinn beschrieben.

Systemisches Arbeiten im Einzelsetting wird von allen neun Probanden praktiziert. Hierbei wird auf eine gute Auftragsklärung Wert gelegt, welche zeigt, was im Einzelsetting und was eher im System erarbeitet werden kann. Dem richtigen Zeitpunkt der Integration von Patientinnen oder Patienten mit Einzeltherapie zurück ins System wird ebenfalls besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Beim einzeltherapeutischen systemischen Arbeiten wird die Ergänzung durch gemeinsame Sitzungen erwähnt, aber auch die Schwierigkeit, einzeltherapeutisch systemisch zu arbeiten, wenn andere Teile des Systems dies nicht konstruktiv unterstützen.

Dazu sagt Weiss (2008), dass Einzeltherapien bei Familien oder Einzelpersonen, die eine Familientherapie ablehnen, manchmal das Mittel der Wahl seien. Die systemische Einzeltherapie kann nach Weiss auch den Vorläufer einer Familientherapie darstellen oder sich an eine oder mehrere Familiensitzungen anschliessen.

Ob mit Paaren gearbeitet werden soll, ergibt sich für alle befragten Fachpersonen auch vorwiegend anhand guter Auftragsklärung. In Bezug auf die Kinder wird am KJPD oft mit Elternpaaren gearbeitet. Diese Elternpaare sind nicht per se auch gegenseitige Lebenspartner,

was die Situation komplexer und herausfordernder werden lässt. So wird die Arbeit mit Paaren von den Probanden einerseits als zusätzliche Kontaktmöglichkeit mit den Eltern eingesetzt, aber auch zur Ergänzung und zusätzlichem Informationsgewinn bei Einzeltherapien.

Diese Möglichkeiten der Paararbeit finden sich in der Theorie bei Kim Berg (2002), Korittko & Pleyer (2010) und zur Arbeit mit Eltern bei Jung (2010), welcher die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung durch Paartherapie beschreibt.

Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, meist im Einzelsetting, ist hauptsächlich den drei Probanden vorbehalten, welche am KJPD arbeiten. Der erste Teil ist meist eine Abklärung des Kindes oder Jugendlichen, je nach Ergebnis und Bedarf schliesst sich dann eine Therapie an, während dieser auch immer wieder die Verbindung zum ganzen System hergestellt wird. Die Probanden betonen die Wichtigkeit dieser Verbindung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Als ebenso wichtig wird die ausführliche Familienanamnese erwähnt.

Dazu betont Bleckwedel (2008) die Wichtigkeit der Unterstützung durch die Eltern oder den Elternteil und entsprechende Eltern- oder Familiengespräche, während Jung (2010) auf den Einbezug von zusätzlichen Bezugspersonen hinweist.

Für die befragten Fachpersonen ist bei der Familietherapie in getrennten Settings der gemeinsame Blick auf die je entweder am KJPD oder im Erwachsenenambulatorium stattfindenden Therapien und die gemeinsamen Sitzungen selbstverständlich geworden.

Acht der neun Probanden haben Erfahrungen in der Arbeit mit Familien im gemeinsamen Setting. Diese Zusammenarbeit hat für die Therapierenden neue Erfahrungen und Erkenntnisse gebracht, die als sehr wertvoll und lehrreich empfunden werden. So achten die Probanden in Familiensitzungen vor allem auf die Art der Kontaktaufnahme und Beziehungsherstellung, das Geschlechterthema, die genaue Auftragsklärung und einen eventuellen Einbezug des erweiterten Bezugssystems. Dazu finden sich bei Schweitzer (2007) Ausführungen zu besonderen Synergieeffekten bei Familientherapien.

Die regelmässige Überprüfung der eigenen Therapiemethoden anhand verschiedener Mittel lässt den Schluss zu, dass die Therapierenden diesem Aspekt ebenfalls Rechnung tragen.

Die Probanden schildern verschiedene Rollen im gemeinsamen Setting. Dabei wird als Idealfall beschrieben, dass die Eltern bei den Therapierenden je ihr eigenes Geschlecht vertreten sehen. Für die Probanden ist es wichtig, die Rollen im Voraus besprechen und sich darauf einstellen zu können. Sie spüren eine Entlastung und Teilung der Verantwortung durch das zu zweit Sein und betonen zugleich, dass dadurch eine bessere Konzentration möglich ist und

mehr beobachtet werden kann. Trotzdem werden die Sitzungen aber nach wie vor als grosse Herausforderung, verbunden mit viel persönlichem Engagement, beschrieben.

Der Austausch nach den gemeinsamen Sitzungen wird von allen Befragten als sehr wichtig empfunden, auch als Vorbereitung auf eine nächste Sitzung. Er schliesst sich aber laut mehrerer Probanden aus Zeitgründen nicht immer direkt an die Sitzung an, sondern verlagert sich oft auf die gemeinsame Mittagspause. Dies wird jedoch von Therapeutinnen und Therapeuten nicht als störend erlebt.

Gleiche und unterschiedliche Wahrnehmungen in der therapeutischen Arbeit zu zweit gehören für alle Befragten angesprochen und werden u.a. als Mittel zur Reflektion über die eigene Wahrnehmung beschrieben. Vier Probanden sehen unterschiedliche Wahrnehmungen als Chance, eigene blinde Flecken aufdecken zu können. Beim gemeinsamen Setting gehen zwei Probanden davon aus, dass es für die Familien entlastend sein kann, zu sehen, dass auch die Therapierenden nicht immer einer Meinung sind. Auch Schweitzer (2007) beschreibt dazu die Wichtigkeit der Förderung einer selbstreflexiven Haltung.

Jene acht Probanden, welche regelmässig an den einmal monatlich während zwei Stunden stattfindenden gemeinsamen Fallbesprechungen teilnehmen, beschreiben, dass sich in den vergangenen zwei Jahren seit Beginn des Pilotprojektes eine stetige Entwicklung zeigt. Die am Anfang als Informationsaustausch und Diskussionsrunde empfundenen Fallbesprechungen, welche zudem das sich Finden zweier unterschiedlicher Kulturen beinhalteten, haben sich strukturell und inhaltlich entwickelt. Sie werden von den Befragten zum jetzigen Zeitpunkt als wichtigen Einblick in die „andere“ Kultur und deren Arbeitsweise beschrieben, kombiniert mit der Möglichkeit der gemeinsamen Ressourcensuche zugunsten der Familien. Fünf Probanden sehen die Fallbesprechungen auch als zusätzliche Supervision und eigene Weiterbildung an.

Der zeitliche Rahmen von aktuell zwei Stunden monatlich wird von den Probanden als ausreichend betrachtet unter dem Aspekt, dass auch am gemeinsamen Mittagstisch ein reger fachlicher Austausch stattfindet. Sie behalten sich aber vor, den bestehenden Zeitrahmen nach Bedarf erweitern zu können. Diese Haltung unter den Therapierenden beschreibt grosses Interesse und Sorgfalt der gemeinsamen Arbeit gegenüber und den Wunsch, sich diesbezüglich gemeinsam weiter entwickeln zu wollen.

Sieben der neun Befragten verorten den Begriff der Relationalen Psychotherapie unter dem Aspekt der Beziehung als Grundlage. Zwei von ihnen sagen, dass für sie Wertfreiheit und Wertschätzung dazu beiträgt, dass die Beziehung zwischen Therapierenden und Pati-

ent/Patientin gelingen kann. Ein Proband ergänzt, dass Beziehung für einen Haupterfolgswort einer Psychotherapie steht. Ein weiterer Proband sieht das ganze Leben des Menschen als Beziehung auf verschiedenen Ebenen an und erlebt, dass es eine Wahrheit in Beziehungen nicht gibt.

Jung (2010) beschreibt Relationalität als komplexe Beziehungen innerhalb eines Individuums sowie im familiären oder therapeutischen Kontext, deren Interaktionen für die Entwicklung der menschlichen Psyche eine zentrale Rolle spielen. Weiter erläutert er dazu das psychoanalytisch-systemische Therapiemodell der Relationalen Psychotherapie.

Als aus der gemeinsamen Arbeit entstandener Nutzen für sie als Fachpersonen wird von allen Probanden die fachliche Bereicherung durch den Einblick in den jeweils anderen Bereich und dessen therapeutische Arbeitsweisen beschrieben. Dies erhöht für die Befragten die Sensibilität auf das Thema Familien und sie nützen die durch diese Zusammenarbeit entstandene Möglichkeit, den Familien ein umfassendes Holding zu bieten. Für sechs Probanden sind die entstandene Nähe, das gemeinsame Erleben und der schnell mögliche Austausch ein Gewinn. Als weiterer Nutzen werden die verschiedenen Ansprüche der beiden Bereiche bezüglich Therapieräumen erörtert, was für alle Probanden zu einer wertvollen Erweiterung geführt hat.

Der durch die Zusammenarbeit entstandene Nutzen für die Familien wird von allen Probanden als sehr hoch eingeschätzt. Vier der Befragten gehen davon aus, dass sich die Familien im gemeinsamen Setting besser aufgehoben fühlen und sagen, dass zugleich für sie als Therapierende ein differenzierteres, umfassenderes Bild der Familie und ihrer Problematik entsteht. Weiter wird betont, dass der effiziente Informationsfluss auch schnellere Reaktionen zugunsten der Familie ermöglicht. Drei Probanden glauben, dass die Familien im gemeinsamen Setting mehr Sicherheit erlangen können und so das Erleben von Selbstwirksamkeit möglich wird.

Obwohl der beschriebene Nutzen für die Familien auf Annahmen und Erfahrungen der neun Probanden beruht, wird auch bei von Sydow et. al (2007) zur systemischen Therapie/Familientherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine meist erhöhte Wirksamkeit und bessere Resultate in follow-up-Untersuchungen im Vergleich zu anderen etablierten therapeutischen Interventionen beschrieben.

Der Anteil der Gesamtarbeitszeit, der für gemeinsame Fälle aufgewendet wird, gestaltet sich für zwei Probanden sehr minim, da sie aktuell nicht direkt in gemeinsame Fälle involviert sind. Zwei weitere Probanden können es nicht in Prozent ausdrücken, schaffen sich aber immer Kapazität dazu. Bei vier Probanden beträgt der Anteil zwischen 5 und 20%, ein weiterer Proband wendet 30% und mehr für gemeinsame Fälle auf. Alle Probanden betonen, dass diese

Arbeit einen Teil ihres Behandlungsverlaufes darstellt. Die Bereitschaft, zukünftig mehr Zeit für gemeinsame Fälle einzusetzen, ist bei allen Probanden vorhanden. Sie betonen aber, dass dies nicht auf Kosten der restlichen therapeutischen Arbeit geschehen darf.

Vergleicht man den Zeitaufwand für Einzel- oder Familientherapien, so gehen die in gemeinsame Fälle involvierten Probanden einstimmig davon aus, dass die Arbeit mit Familien für sie zwar einen höheren Aufwand generiert, im Endeffekt aber effizienter ist. Diese Aussagen beruhen nicht zuletzt auf zum Teil jahrelanger Erfahrung einiger Probanden in der Arbeit mit Familien. Bezogen auf den Zeitfaktor wird im gemeinsamen Setting der Aspekt berücksichtigt, dass damit per se zwei Parteien betreut sind.

Schweitzer (2007) beschreibt eine geringere Anzahl benötigter Sitzungen bei Familientherapien im Vergleich zu anderen Ansätzen, was sich auch als kostengünstiger erweisen kann.

Die Zusammenarbeit mit zusätzlich involvierten Personen und Institutionen stellen die Probanden als einen wichtigen Teil ihrer Arbeit mit Familien im gemeinsamen Setting dar. Sie beschreiben diese Zusammenarbeit als notwendig und wichtig zur optimalen Betreuung von Familien, aber als im Arbeitsalltag sehr zeitintensiv. Trotzdem wird diesem Aspekt im Therapieprozess durch die Probanden die erforderliche Zeit eingeräumt, was für eine sorgfältige, verantwortungsvolle Arbeitsweise steht.

Bei Wiegand-Grefe et. al. (2011) finden sich diesbezüglich Hinweise zur Wichtigkeit des Einbezugs und der Überprüfung des erweiterten sozialen Umfelds der betroffenen Familien.

RUND UM DIE ZUSAMMENARBEIT

Die befragten Probanden holen sich Unterstützung für fachliche Fragen oder Probleme bei Teammitgliedern, Vorgesetzten, im Rahmen von Fallvorstellungen, Supervisionen, Intervisionen, Workshops, anhand von Literatur oder nach Bedarf auch anlässlich der Kadersitzungen der Iups. Für zwei Probanden liegt es nahe, die Unterstützung vorab beim zusätzlich in die Zusammenarbeit involvierten Teammitglied zu suchen.

Die verschiedenen Angebote der Unterstützung werden von allen Probanden als sehr wichtig beschrieben und nach individuellen Bedürfnissen genutzt, was wiederum Ausdruck für verantwortungsbewusstes Arbeiten darstellt.

Ihre eigene Kompetenz- und Wissenserweiterung in Bezug zur Zusammenarbeit erachten acht Probanden als wesentlich. Sie beschreiben einerseits den Wissenszuwachs durch Einblicke in den anderen Bereich und seine Arbeitsweisen und Konzepte, andererseits bringen sie aus ihrem eigenen Bereich und ihrer Erfahrung wichtige Aspekte zur Optimierung der Zusammenarbeit ein. Gleichzeitig sind bei einzelnen Probanden Wünsche vorhanden nach mehr Wissen

zu wollen über z.B. Therapie von jungen Erwachsenen oder Betrachtung verschiedener Familienmodelle.

Sechs der Befragten erachten ihre Wahl von Fort- und Weiterbildungen als nicht von der Zusammenarbeit beeinflusst und orientieren sich diesbezüglich vorwiegend in ihrer eigenen Therapierichtung. Vier von ihnen beschreiben zusätzlich die mentalisierungsbasierte Therapie als gemeinsames Weiterbildungsthema. Drei Probanden lassen sich bei ihrer Wahl durch die Zusammenarbeit beeinflussen und sprechen konkret die mentalisierungsbasierte Therapie und ihr Interesse daran an. Die Probanden setzen sich in beiden Teams mit dem Thema der mentalisierungsbasierten Therapie auseinander und das Mentalisieren wird in Familiengesprächen stark gelebt. Der Wunsch nach gemeinsamer Weiterbildung zu diesem Thema ist in beiden Teams gewachsen, die Umsetzung in Planung.

Allen, Bateman & Fonagy (2011) sowie Asen (2011) beschreiben den Einfluss von Mentalisierungsschwierigkeiten auf die Funktionsfähigkeiten einer Familie und erachten das Erlernen von Mentalisierungsfähigkeiten als einen wichtigen Bestandteil bei der Therapie von Familien mit Kindern und Jugendlichen.

Die von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie angebotenen Gruppensupervisionen werden von sieben Probanden besucht, fünf Probanden sind in einer externen Intervisionsgruppe organisiert. Es gibt bis anhin kein Angebot an Supervision und Intervention, das auf die Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie fokussiert. Der Bedarf ist klar vorhanden, erkannt und für das Projekt Hochdorf ist diesbezüglich eine externe Supervision angedacht. Die regelmässig in den einzelnen Teams stattfindenden Fallbesprechungen sowie die gemeinsamen Fallbesprechungen einmal monatlich werden als zusätzliche Super- und Intervention intensiv genutzt und von allen Beteiligten sehr geschätzt.

Während auf Leitungsebene Vorstellungen von Teamentwicklungsthemen in Bezug auf die Zusammenarbeit vorhanden sind und sich in Richtung „Förderung eines gemeinsamen Bewusstseins und Rollenverständnisses und dadurch vermehrte Sicherheit und Flexibilität erlangen“ bewegen, erzählen sechs Probanden, dass bis anhin kein Konzept der gemeinsamen Teamentwicklung existiert, der Wunsch danach aber vorhanden ist.

Die inoffizielle Teamentwicklung findet am gemeinsamen Mittagstisch statt und wird von den Befragten als positiv und wertvoll erlebt, stellt aber näher betrachtet ein zusätzliches Engagement der Beteiligten im Hinblick auf die Zusammenarbeit dar, welches nicht in Form von Geld oder Zeit honoriert wird. Trotzdem scheint auf verschiedenen Ebenen ein beträchtlicher Nutzen daraus zu resultieren.

Die unterschiedliche Wahrnehmung der Institution lups als Unterstützung bezüglich Zusammenarbeit hängt offensichtlich auch mit den verschiedenen Hierarchiestufen der einzelnen Probanden zusammen. So wird auf Leitungsebene viel Freiraum von Seiten der Chefärzte bezüglich Gestaltung des Projekts beschrieben, während sich die verbleibenden Probanden über konkrete Unterstützung eher im Unklaren sind. Alle Befragten schätzen jedoch die schnell stattgefundene Umsetzung verschiedener räumlicher Anliegen.

Entwicklungsbezogen ist ein zunehmendes Interesse am Projekt spürbar, was sich auch dadurch äussert, dass das Projekt in verschiedenen Kontexten innerhalb der lups vorgestellt werden kann.

ZUKUNFTSVISIONEN

Für die längerfristige Zukunft der Zusammenarbeit im Ambulatorium Hochdorf sind von acht Probanden verschiedene Entwicklungsvorschläge und Wünsche vorhanden, welche sich auch an den bisher gemachten Erfahrungen orientieren.

Ein gemeinsames Sekretariat für beide Stellen und damit verbunden Einblick in die einzelnen Agenden wird von vier Probanden gewünscht, verbunden mit der Hoffnung, dass dies baldmöglichst umgesetzt wird.

Konkrete Erweiterungsangebote sehen zwei Probanden in einer Triage für Familien, einer Kinder- und Jugendsprechstunde sowie einem professionellen Angebot für Paartherapien.

Den Wunsch nach mehr Selbstverständlichkeit der gemeinsamen Arbeit gegenüber und, nach Entwicklung eines gemeinsamen Konzepts, dessen Realisation auch in allen anderen Ambulatorien stellt die Perspektive zweier weiterer Probanden dar.

Die Probanden betonen, dass sie zur Umsetzung der obengenannten Ideen mehr Zeit brauchen, als ihnen zum jetzigen Zeitpunkt im Rahmen ihrer Arbeitspensen zur Verfügung steht. Sie sehen es aber auch als Herausforderung, aktiv etwas zur Umsetzung beitragen zu können.

8.1.4 KRITISCHE BETRACHTUNGEN II

PRAXISBEZUG

Die fachliche Evaluation des Pilotprojektes ist fast ausschliesslich praxisbezogen. Um das Tätigkeitsfeld von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie umfassend abbilden zu können, bedurfte es zur Konstruktion des Interviewleitfadens diverser Hintergrundinformationen bezüglich Institutionen und ihrer jeweiligen Arbeitsweise. Ohne durch Praxistätigkeit erworbene Vorkenntnisse diesbezüglich wäre die vorliegende detaillierte Darstellung kaum möglich gewesen. Die Frage nach einem begleitenden Praktikum oder einer entsprechenden Möglichkeit des Praxiseinblicks für diese Art von Evaluationsforschung sollte diskutiert werden.

VERGLEICHBARKEIT MIT DER LITERATUR

Die Literatur zur Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings beschreibt zum Teil sehr unterschiedliche Meinungen bezüglich Indikationsstellung für die verschiedenen Settings. Diese Unterschiede sind vermutlich auch auf die zeitliche Entwicklung und damit verbundene Erfahrungswerte zurückzuführen. Wird die Indikationsstellung zum gewählten Setting zusätzlich unter dem Aspekt der in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Zusammenarbeit gesehen, ist auch dort mit einer fortschreitenden Entwicklung und den damit verbundenen Veränderungen über die Zeit zu rechnen.

Die Wirksamkeit der Familientherapie im systemischen Setting wird in den einzelnen Studien jeweils in Bezug zu den verschiedenen psychiatrischen Störungen der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen gesetzt. Diese Familientherapien wurden nicht durch zwei verschiedene Bereiche gemeinsam durchgeführt. Bei den im Ambulatorium Hochdorf im gemeinsamen Setting durchgeführten Familientherapien sind zudem nicht per se die Kinder psychiatrisch erkrankt, psychiatrische Diagnosen wurden im Rahmen dieser Arbeit nur für die Elternteile erhoben. Trotzdem werden anhand der Interviews Vermutungen beschrieben, die den Ergebnissen aus der Literatur entsprechen.

Die beschriebenen Aspekte rund um die Zusammenarbeit stehen nicht in direktem Bezug zur im Theorieteil erwähnten Literatur. Obwohl es sich bei der vorliegenden Art der Zusammenarbeit um ein Pilotprojekt handelt, dessen Arbeitsweise bisher diesbezüglich nicht erforscht wurde, konnten einige Verbindungen zur Theorie hergestellt werden.

8.2 VERBINDUNGEN

Die sehr heterogenen Ergebnisse aus der Risikocheckliste bezüglich Risikos der betroffenen Kinder weisen auf die individuelle Situation ebendieser Kinder und ihrer Familien hin und lassen, wie bereits unter Kapitel 8.1.2 erwähnt, die Überlegung der Einzelfallstudie aufkommen. So könnte jedes mittels Risikocheckliste eingeschätzte Kind individuell nach seinen Bedürfnissen und vorhandener Ressourcen (vgl. Kapitel 8.1.2) betreut und das dazugehörige Familiensystem entsprechend unterstützt und gefördert werden, was der ursprünglichen Absicht der Risikocheckliste entspricht. Durch frühe Erfassung der individuellen Situation von Kindern mit psychiatrisch erkrankten Eltern oder erkranktem Elternteil könnte vielleicht ein „auffällig werden müssen“ der Kinder vermieden werden.

Der Einbezug der Ergebnisse aus der Risikocheckliste in gemeinsame Fallbesprechungen kann Hinweise auf mögliche Behandlungsschwerpunkte für die Familientherapie im gemeinsamen Setting geben und im Gespräch Prioritäten setzen lassen. Zudem wird für Therapeutinnen und Therapeuten ein gezieltes Nachfragen bei Unklarheiten möglich. Anhand des vom Familiensystem erteilten Auftrags an die Therapierenden kann unter Einbezug der Ergebnisse disku-

tiert werden, wer welche Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen wie erkannt hat und welche Bedeutung ihnen zugemessen wird. So können die umfangreichen Informationen aus der Risikocheckliste einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung des Therapieprozesses liefern. Auch die Notwendigkeit des Einbezugs zusätzlicher Personen oder Stellen in den Therapieprozess kann dadurch evtl. schneller sichtbar gemacht und angesprochen werden.

8.3 FAZIT UND WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN

Psychiatrisch erkrankte Männer und Frauen sind oft auch Väter oder Mütter, Partner oder Partnerin und haben Kinder. Der Einbezug der potentiell vorhandenen Familienmitglieder in den therapeutischen Prozess stellt an Therapeutinnen und Therapeuten sowie an die betroffenen Familien hohe Anforderungen, wird aber bei von Sydow et. al. (2007) als nicht nur auf den Indexpatienten sondern auch auf die Familienangehörigen wirksam beschrieben. Dieser Aspekt kann als wesentlicher Nutzen für die betroffenen Familien betrachtet werden.

Die seit Januar 2010 bestehende Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie im Ambulatorium Hochdorf stellt diesbezüglich Pionierarbeit in Form des Transfers aus der Theorie (vgl. Kapitel 1, Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2010) in die Praxis dar. Gemeinsam betreute Familien, bei denen entweder ein oder beide Elternteile psychiatrisch erkrankt sind und/oder eines oder mehrere Kinder Belastungen oder Auffälligkeiten zeigen, erfahren eine für alle Familienmitglieder kompetente Betreuung und werden in ihrer Situation gehört und ernst genommen. In Absprache mit den betroffenen Familien können unter den Therapierenden Informationen ausgetauscht werden, um gemeinsam nach idealen Therapiemöglichkeiten und Lösungen zu suchen.

Zum ersten Evaluationszeitpunkt (vgl. Kapitel 7.3) war das Pilotprojekt etwas mehr als zwei Jahre alt. Zur Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings liessen sich aus der Literatur fundierte Aspekte beschreiben und auch teilweise auf die neue Arbeitsweise mit Familien im gemeinsamen Setting übertragen. Gleichzeitig wurden neue therapeutische Aspekte wie die Relationale Psychotherapie (Jung, 2010) oder die Mentalisierungsgestützte Familientherapie (Allen et. al. 2011, Asen, 2011) einbezogen, welche im Rahmen der gemeinsamen Arbeit angewendet und vertieft werden.

Rückblickend auf die vergangenen zwei Jahre seit Beginn des Pilotprojekts ist bezüglich Zusammenarbeit eine stetige Entwicklung ausmachbar. Der systemische Blick auf Familien wird gelebt und hat sich innerhalb des Teams zu einer Haltung entwickelt. Dazu ist das Engagement der beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten besonders hervorzuheben. Der Einblick in den jeweils anderen Bereich wird als Wissenserweiterung und persönliche Weiterent-

wicklung beschrieben und zeigt, dass trotz anfänglicher Skepsis die Offenheit für Veränderungen vorhanden war und ist.

Anmerkung: Drei Monate nach der Durchführung der Interviews wurde in der gemeinsamen Sitzung der Teams von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie vom 6. März 2012 (vgl. Anhang G) eine kurze mündliche Auswertung der bisherigen Zusammenarbeit vorgenommen. Darin wird ersichtlich, dass in diesen vergangenen drei Monaten eine weitere Entwicklung stattgefunden hat.

Durch die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, haben sich Möglichkeiten und Ideen entwickelt, die nun gemeinsam weiter verfolgt werden. Die Mentalisierungsgestützte Familientherapie soll in gemeinsamer Weiterbildung und regelmässigen Übungen sowie im Rahmen der Familientherapien im gemeinsamen Setting weiter entwickelt werden.

Ein Konzept zur genauen Beschreibung der gemeinsamen Arbeit, das auch gemeinsam im Team erarbeitet werden könnte, würden die Fachpersonen sehr begrüssen. Dazu kann das reiche Fachwissen und die zum Teil jahrzehntelange Erfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten in der Arbeit mit Familien genutzt werden, was ein grosses Entwicklungspotential birgt. In welcher Form die Erarbeitung eines Konzepts geschehen soll, ist noch offen und wird sich nach den vorgegebenen Möglichkeiten richten. Im Sinne auch der Teamentwicklung wäre die Form einer Retraite oder eines Workshops zu überdenken.

Auf Leitungsebene soll ein Konzept auch dazu dienen, das Pilotprojekt nach aussen zu vertreten und bekannt zu machen. Das Fernziel dahinter, nämlich die Verankerung der Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie in der Luzerner Psychiatrie und deren Installation in weiteren Ambulatorien würde einen Gewinn für Patientinnen und Patienten sowie auf fachlicher und institutioneller Ebene bedeuten.

Ebenso sollten die Ideen einer Triage für Familien, einer Kinder- und Jugendsprechstunde und eines professionellen Angebots für Paartherapien weiter verfolgt und in die zukünftige Planung einbezogen werden. Das bestehende Angebot um diese drei Bereiche erweitern zu können würde eine noch umfassendere Betreuung der betroffenen Familien und gleichzeitig eine Erweiterung des therapeutischen Rahmens für die Fachpersonen bedeuten.

Der Anteil der Gesamtarbeitszeit, der für gemeinsame Fälle eingesetzt wird, bewegt sich zwischen 5 und 30%. Die Fachpersonen signalisieren grosses Interesse für die gemeinsame Arbeit, äussern aber bezüglich der dafür benötigten Zeit ernsthafte Bedenken. Sie bezweifeln, dass das momentan zur Verfügung stehende Zeitbudget auf längere Sicht ausreichend sein wird. Umgekehrt würde man mit einem erweiterten Stellenplan bald an räumliche Grenzen stossen.

Hier setzt eine weitere Frage an, nämlich, wie viel Information über das Projekt vorhanden sein muss, um eine gute Personalrekrutierung vornehmen zu können. Die Bereitschaft zur

Zusammenarbeit und das Interesse an deren Weiterentwicklung werden bei Bewerberinnen und Bewerbern vorausgesetzt. Für weitere Rekrutierungskriterien kann ein Konzept zur genauen Beschreibung der gemeinsamen Arbeit (s.o.) von Nutzen sein.

Mit dieser quantitativen und qualitativen Arbeit wurde das Modell Hochdorf nach zweijähriger „Probezeit“ erstmals genauer betrachtet, beschrieben und auf fachlicher Ebene evaluiert. Im Wissen darum, dass es in der deutschsprachigen Schweiz die bis anhin einzige Stelle mit genau dieser Form der Zusammenarbeit ist, setzt ein weiterführender Gedanke und Wunsch dazu bei der Verbreitung dieser Zusammenarbeitsform in weitere psychiatrische Institutionen der Schweiz an. So liessen sich auch die Möglichkeiten spezifischer Fort- und Weiterbildungen erweitern, und es könnten immer mehr Familien von diesem Angebot profitieren.

Vorerst aber bedarf es weiterer Erfahrungswerte, um den vermuteten Nutzen der Zusammenarbeit von KJPD und Erwachsenenpsychiatrie auf verschiedenen Ebenen darzustellen und hoffentlich beweisen zu können. Eine konsekutiv folgende Masterarbeit, die sich der Evaluation des Projekts aus der Sicht der betroffenen Familien annimmt, ist bereits in Planung.

9. LITERATUR

- Allen, J.G., Bateman, A.W., Fonagy, P. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2008: *Mentalizing in Clinical Practice*).
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.
- APA-American Psychiatric Association. (Hrsg.).(1996). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Weinheim: Beltz.
- Asen, E. (2011). *Mentalisierungsbasierte Familienarbeit MBT-F. Tagungsdokumentation*. 1-65. Luzern: Institut KJF.
- Bleckwedel, J. (2008). *Systemische Therapie in Aktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*.(2. Aufl.). München: Pearson.
- Christiansen, V. & Pleininger-Hoffmann, M. (2006). Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familiensysteme. In Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.) (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Aufl.). 65-72. Weinheim: Juventa Verlag.
- Deneke, C. (2001). Kinder psychisch kranker Eltern – Entwicklungsprobleme und präventive Ansätze. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.). *Hauptsache gesund... Zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation*. 59-70. Münster.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. (8., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Dörner, K. (2001). Handwerksregeln für Angehörigengruppen. In: Dörner, K., Egetmeyer, A. & Koenning, K. (Hrsg.). *Freispruch der Familie: Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen*. (3. Aufl.). 60-96. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Erikson E. H. (1973). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. (3. Ed.). London: SAGE.
- Flammer, A. & Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Huber: Bern.
- Friebertshäuser, B. & Langer, A. (2010). Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, B., Langer, A., Prengel, A. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. (3. Aufl.). 439-441. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Groen, G. & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

- Harvey, G. (2010). *Excel 2010 für Dummies*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Herpertz-Dahlmann, B., & Herpertz, S. (2010). Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Kooperation über die Lebensspanne. *Der Nervenarzt*, 81, 1298-1305.
- Hölling, M., Erhardt, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 50, 784-793.
- Jung, J. (2010). *Relationale Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien* (2. Aufl.). Luzern: Institut für Kinder- Jugend- und Familientherapie.
- Kim Berg, I. (2002). *Familien-Zusammenhalt(en)* (7. Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Klein, M., Ferrari, T. & Kürschner, K. (2003). *Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen*. Bonn: Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung.
- Korittko, A. & Pleyer, K.H. (2010). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühnel, S. & Bilke, O. (2004). Kinder psychisch kranker Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 14, 60-74.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lisofsky, B. & Schmitt-Schäfer, T. (2006). Hilfsangebote für die Kinder psychisch kranker Eltern- Kooperation versus spezialisierte Einrichtungen. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.). *Soziale Praxis*, 21 (2. Aufl.). 19-30. Weinheim: Beltz.
- Mattejat, F. (1985). Familie und psychische Störungen. Eine Übersicht zu den empirischen Grundlagen des familientherapeutischen Ansatzes. *Klinische Psychologie und Psychopathologie, Band 34*. Stuttgart: Enke.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998/2006). *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ILK*. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern. Bern: Huber.
- Mattejat, F., Wüthrich, C., Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172.
- Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.) (2004). *Nicht von schlechten Eltern*. (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Mattejat et. al. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Kindheit und Entwicklung*, 14/1, 2005, 39-47. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 2008 / 7. 312-317.
- Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, Ph. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mietzel, G. (2004). *Wege in die Entwicklungspsychologie. Kindheit und Jugend*. (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Noeker, M. & Bode, U. (1987). *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: PVU.
- Rädecke, M. (2010). Der systemische Blickwinkel. In: Hardt, J., Mattejat, F., Ochs, M., Schwarz, M., Merz, T. & Müller, U. (Hrsg.). *Sehnsucht Familie in der Postmoderne. Eltern und Kinder in Therapie heute*. 299-303. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Kinderpsychologische Tests: ein Kompendium für Kinderärzte*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. (5. Aufl.). Huber: Bern.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 23, 413-418.
- Romer, G., Möller, B. & Wiegand-Grefe, S. (2011). Wenn Eltern zerstörbar werden – Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hrsg.) *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Salewski, C. (2004). *Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen*. München: Reinhardt.
- Sameroff, A., Seifer, R., Zax, M. & Barocas, R. (1987). Early Indicators of Developmental Risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 13 (3). 383-394.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.) (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Schreyer, I., Petermann, F. & Petermann, U. (2011). Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Vorschulalter. Wie stark ist die Lebensqualität von Kindern und deren Müttern beeinträchtigt? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2011, 19. 147-156.

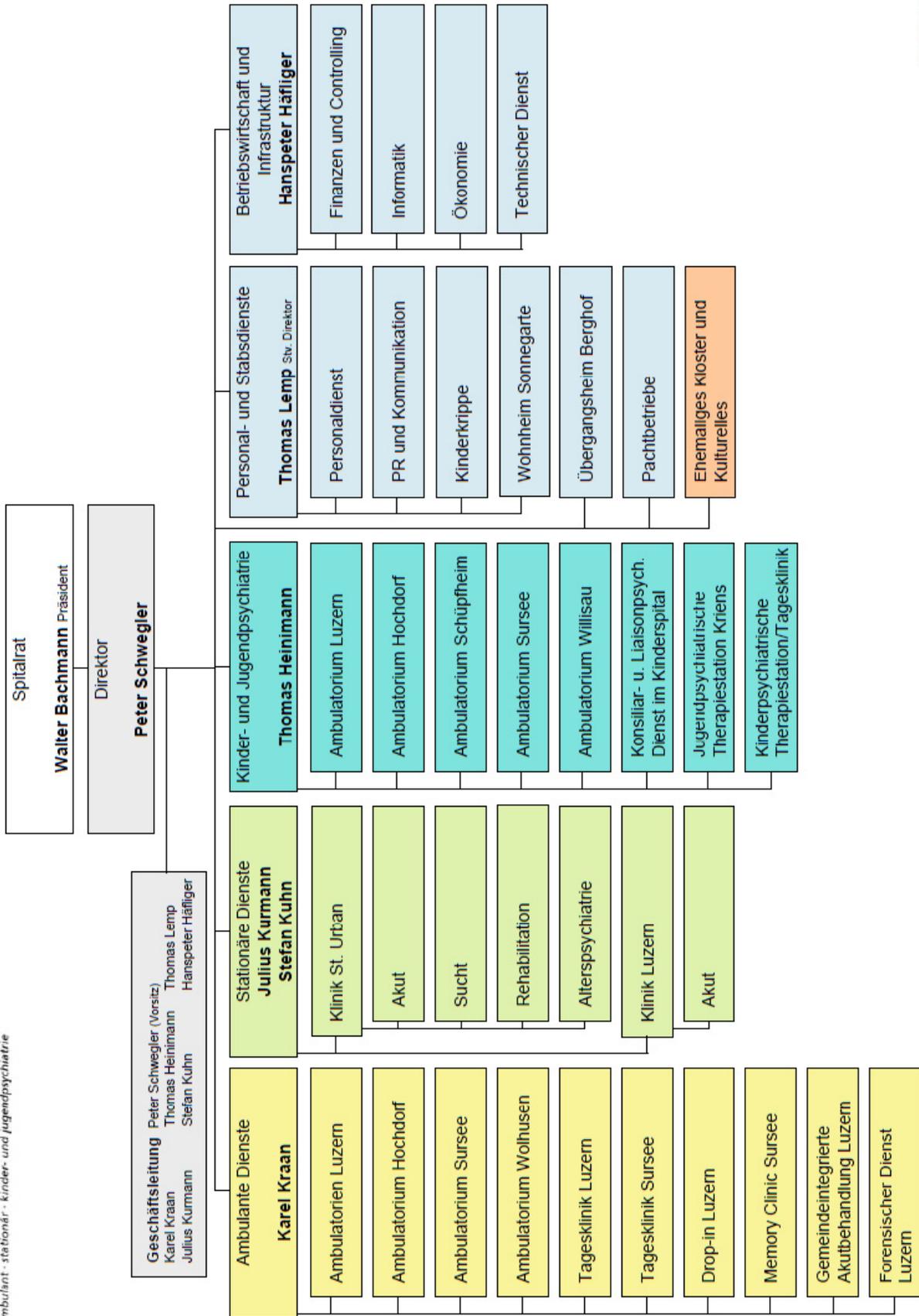
- Schweitzer, J. (2007). Wozu (systemische) Familientherapie? In: Resch, F. & Schulte-Markwort, M. (Hrsg.). *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie*. 81-92. Weinheim: Beltz Verlag.
- Schwing, R. & Fryszer, A. (2009). *Systemisches Handwerk* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stierlin, H. (2005). *Gerechtigkeit in nahen Beziehungen*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Tienari, P. & Wynne, L. (2004). Genotype-Environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216-222.
- Verhulst, F.C. (1995). A review of community studies. IN: F.C. Verhulst & H.M. Koot (Hrsg.). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. 146-177. Oxford: University Press.
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Von Sydow, K., Beher, St., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorders: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 285-290.
- Wiegand-Grefe, S., Jeske, J., Bullinger, M., Plass, A. & Petermann, F. (2010). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2010 / 4. 315-322. Bern: Huber.
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011a). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hrsg.) (2011b). *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weiss, T. (2008). *Familientherapie ohne Familie* (6. Aufl.). München: Kösel-Verlag.
- Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

10. ANHANG

A: ORGANIGRAMM LUZERNER PSYCHIATRIE LUPS	90
B: GESAMTBEHANDLUNGSZAHLEN VON KJPD UND ERWACHSENENAMBULATORIUM	91
C: FRAGEBOGEN RISIKOEINSCHÄTZUNG (RISIKOCHECKLISTE)	92
D: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	97
E: INTERVIEW-LEITFADEN	98
F: KATEGORIENBILDUNG	102
G: AUSWERTUNG DER BISHERIGEN ZUSAMMENARBEIT	117

A: ORGANIGRAMM LUZERNER PSYCHIATRIE LUPS

Organigramm



B: BEHANDLUNGSZAHLEN AMBULATORIUM UND KJPD HOCHDORF

Auswertung Amb. Hochdorf, Zeitraum 01.09.2011 - 28.02.2012					
Patienten in Behandlung	weiblich	173	Altersjahr	bis 20	9
	männlich	136		21 - 30	64
	TOTAL	309		31 - 40	54
				41 - 50	82
				über 50	100
				TOTAL	309
Patienten Neueintritte	weiblich	57	Altersjahr	bis 20	4
	männlich	42		21 - 30	22
	TOTAL	99		31 - 40	21
				41 - 50	29
				über 50	23
				TOTAL	99

Auswertung KJPD. Hochdorf, Zeitraum 01.09.2011 - 28.02.2012					
Patienten in Behandlung	weiblich	56	Altersjahr	bis 5	2
	männlich	82		6 - 10	43
	TOTAL	138		11 - 15	66
				über 15	27
				TOTAL	138
Patienten Neueintritte	weiblich	13	Altersjahr	bis 5	0
	männlich	16		6 - 10	13
	TOTAL	29		11 - 15	11
				über 15	5
				TOTAL	29

C: FRAGEBOGEN RISIKOEINSCHÄTZUNG

Grunddaten der Kinder

Bitte ankreuzen

Alter ¹	Geschlecht		Besucht das Kind		
	männlich	weiblich	den Kindergarten?	die Schule?	einen Ausbildungsplatz?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Grunddaten der Eltern

Alter ¹	Geschlecht		Sind die Eltern		
	männlich	weiblich	erwerbstätig?	arbeitsunfähig?	Rentenbezüger?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

A. Risikoeinschätzung Elternvariablen

Bitte ankreuzen

Nr.		nein	ja	nb
1	Ist die Mutter erkrankt? ²		B	
2	Ist der Vater erkrankt?		D	
3	Sind beide Elternteile erkrankt? ³		A	
4	Sind andere Familienmitglieder psychisch erkrankt? ⁴	D		
	Leidet der erkrankte Elternteil			
5	an einer Schizophrenie?		B	
6	an einer Depression? ⁶		B	
7	an einer manisch-depressiven Erkrankung? ⁷	C		
8	an einer Persönlichkeitsstörung?	D		
	an einer Suchtproblematik?			
	an einer Essstörung?			
	an einer PTBS?			

Nr.		nein	ja	nb
9	Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? ⁸	D		
10	Handelt es sich um einen chronischen Krankheitsverlauf?	C		
11	Bestand die Krankheit schon vor der Geburt des Kindes bzw. der Kinder oder trat die Erkrankung unmittelbar nach der Geburt eines Kindes auf?	C		
12	Geht mit der Erkrankung ein Ausfall der Alltagsversorgung des Kindes bzw. der Kinder einher?		A	
13	Wird die Erkrankung vom Patienten bzw. der Patientin verleugnet oder der Partnerin bzw. dem Partner verleugnet? ⁹		B	
14	Besteht eine Fixierung auf die Erkrankung?	C		
15	Gibt es Partner- bzw. Eheprobleme?		D	
16	Ist der erkrankte Elternteil alleinerziehend?	D		
17	Gibt es Personen im familiären System, die den erkrankten Elternteil in Krankheitsverarbeitung und Weiterentwicklung behindern?	D		
18	Beschreibt der erkrankte Elternteil die Beziehung zum Kind bzw. zu den Kindern negativ?		D	
19	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern abweisend und entwertend?	D		
20	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern überfürsorglich und bevormundend?	D		
21	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern teilnahmslos und desinteressiert?	C		
22	Hat der erkrankte Elternteil das Kind bzw. eines der Kinder produktiv in das eigene Wahnsystem integriert?	C		

B. Risikoeinschätzung psychosoziale Variablen

23	Lebt die Familie in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen?	B		
24	Gibt es ein Arbeitseinkommen?	C		
26	Bezieht Ihre Patientin bzw. Ihr Patient Sozialhilfe?		D	
27	Ist die Familie in den letzten zwei Jahren umgezogen?		D	
28	War mit einem solchen Umzug ein Schulwechsel für ein Kind verbunden?		C	

Nr.		nein	ja	nb
29	Hat die Familie regelmäßigen Kontakt zu Freunden oder Menschen aus der Nachbarschaft?	B		
30	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die kurzfristig unterstützend helfen können?	B		
31	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die für längere Zeit in der Alltagsversorgung (Nahrung, Körperpflege, Betreuung) helfen können?	D		
32	Ist ein Familienmitglied in einem Verein, kirchlichen Gruppen etc. aktiv?	D		
33	Nimmt ein Familienmitglied an (kulturellen) Veranstaltungen (Dorffeste, Schulfeste etc.) teil?	D		
34	Wird innerhalb der Familie offen über die Erkrankung geredet?	A		
35	Wissen Verwandte über die Erkrankung Bescheid?	C		
36	Ist der Kindergarten bzw. die Schule des Kindes über die Erkrankung in der Familie informiert?	D		
37	Befindet sich der erkrankte Elternteil in psychiatrischer Behandlung oder wird er von einem ambulanten Dienst betreut?	D		

C. Risikoeinschätzung Kindvariablen

38	Hat das Kind oder eines der Kinder den Verlust oder die Trennung (Tod, Trennung, Einweisung in ein Heim) von wichtigen Bezugspersonen erlebt		A	
39	Ist die Beziehung des Kindes bzw. der Kinder zum gesunden Elternteil tragfähig, vermittelt sie Sicherheit und Kontinuität?	A		
40	Hat das Kind bzw. eines der Kinder eine tragfähige Beziehung zu einer Bezugsperson außerhalb des engeren Familienkreises aufbauen können?	B		
41	Gibt es Konflikte zwischen einer außenstehenden Bezugsperson des Kindes bzw. eines der Kinder und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten oder seinem bzw. ihrem Partner?		C	
42	Fühlt sich das Kind bzw. eines der Kinder für die Erkrankung des Elternteils mitverantwortlich (schuldig)?		B	
43	Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Zuschreibungen aus dem Wahnsystem des erkrankten Elternteils?		B	
44	Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Elternfunktionen wie Versorgung des Haushalts oder die Betreuung von Geschwistern?		C	

Nr.		nein	ja	nb
45	Hat das Kind bzw. die Kinder Freunde oder Spielkameraden?	B		
46	Hat das Kind bzw. die Kinder Kontakt zu Nachbarn?	D		
47	Besucht das Kind bzw. die Kinder regelmäßig die Schule, den Kindergarten, den Ausbildungsplatz?	C		
48	Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz von Auffälligkeiten wie sozialem Rückzug, Abbruch von Kontakten, Leistungsabfall berichtet?		B	
49	Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz ein psychosozialer Fachdienst wie Kinderfrühförderung, schulpsychologischer Dienst, Beratungsstelle o. ä. eingeschaltet?	C		
50	Stottert das Kind bzw. eines der Kinder oder wird eine andere Sprach- oder Sprechstörung bemerkt? Falls zutreffend: wird eine Lese- oder Rechtschreibstörung bemerkt?		C	
51	Werden beim Kind oder einem der Kinder eine Aufmerksamkeits- oder Aktivitätsstörungen beobachtet?		C	
52	Werden beim Kind oder einem der Kinder ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren beobachtet?		B	
53	Werden beim Kind oder einem der Kinder eine erhebliche Destruktivität, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam beobachtet?		C	
54	Ist das Kind bzw. eines der Kinder schon einmal von zu Hause weggelaufen?		B	
55	Hat sich das Kind oder eines der Kinder schon einmal absichtlich selbst verletzt? Wurde schon einmal suizidales Verhalten beobachtet?		B	
56	Leidet das Kind bzw. eines der Kinder an für das Entwicklungsalter untypischen Einnässen oder Einkoten?		C	
57	Wird das Kind bzw. eines der Kinder als überängstlich, furchtsam, still, in sich gekehrt oder anklammernd erlebt?		C	
58	Werden beim dem Kind bzw. einem der Kinder Verwahrlosungstendenzen beobachtet?		B	
59	Wird beim dem Kind bzw. einem der Kinder eine andere Auffälligkeit beobachtet oder beschrieben?		D	

Datum:

Name der ausfüllenden Person:

-
- 1 Je jünger das Kind zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung, desto größer das Risiko.
 - 2 Kinder einer psychisch (auch an Schizophrenie) erkrankten Mutter sind stärker beeinträchtigt als Kinder psychisch kranker Väter, was sich in einem verstärkt auftretenden dissozialem Verhalten bzw. Rückzugstendenzen der Kinder ausdrückt.
 - 3 Bei zwei erkrankten Elternteilen liegt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken, zwischen 5% und 50%.
 - 4 Das Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie steigt mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad.
 - 5 Nach vorliegenden Forschungsergebnissen sind Kinder schizophrener Eltern besonders gefährdet. Die Wahrscheinlichkeit, als Kind schizophrener Eltern selbst zu erkranken, liegt bei 10% – 15% im Vergleich mit einem allgemeinen Lebenszeitrisko von 1%. Zahlreiche Untersuchungen liefern Hinweise für Auffälligkeiten im kognitiven und emotionalen Bereich sowie auf Störungen des Sozialverhaltens und der Beziehungen zu Gleichaltrigen.
 - 6 Nach Studien, in denen Kinder bipolar und unipolar Erkrankter persönlich untersucht worden sind, waren Kinder schizophrener oder unipolar erkrankter Eltern am leichtesten ablenkbar, störbar und in ihrer sprachlichen Kompetenz eingeschränkt. Die Kinder bipolarer Eltern unterschieden sich in vielen Bereichen nicht von der Kontrollgruppe. In einer Studie von Hameln et al. wiesen 42% der Kinder unipolarer Eltern eine major depression gegenüber jeweils 25% bei bipolaren und High-Stress-Familien.
 - 7 In einigen Studien, in denen die Eltern und Bezugspersonen von Kindern bipolar und unipolar Erkrankter nach Auffälligkeiten bei ihren Kindern befragt worden sind, wurden bei bipolar Erkrankten häufiger Ängste, Hypochondrie, Impulsivität, Stimmungslabilität und motorische Auffälligkeiten angegeben als in der Vergleichsgruppe.
 - 8 Je schwerer und langdauernder die Erkrankung, desto höher ist das Risiko für die Kinder.
 - 9 Fehlende Krankheitseinsicht erhöht das Risiko für die betroffenen Kinder. Sie begünstigt eine Tabuisierung oder Verleugnung der Erkrankung und befördert auf diesem Wege die soziale Isolation.

D: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Luzerner
Psychiatrie *lups.ch*

Ambulante Dienste

Ambulatorium Hochdorf für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Brauipplatz 8
6280 Hochdorf

ambulatorium.hochdorf@lups.ch
www.lups.ch

Einverständniserklärung

Herr/Frau:

.....

.....

erklärt/erklären sich einverstanden, dass der/die Behandelnde/n

.....

.....

eine Einschätzung ihrer Krankheits- und Behandlungssituation im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie vornehmen. Die Studie wird anonymisiert vorgenommen, d.h. es werden keine persönlichen Daten weitergegeben. Ein späterer Rückschluss auf Sie kann ausgeschlossen werden.

Wir danken Ihnen für ihr Einverständnis. Sie helfen uns damit unser Behandlungsangebot zu verbessern.

Datum:

Unterschrift:

E: LEITFADENINTERVIEW

Der rote Faden:

Allgemeine Fragen im Vorfeld

1. Fragen nach Ausbildung, therapeut. Hintergrund
2. Fragen nach Art, mit Systemen in verschiedenen Settings zu arbeiten
3. Fragen zur Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen
4. Zukunftsvisionen
5. Schlussfrage, Abschluss des Interviews

Fragen im Vorfeld

- Ist der/die Interviewte mit der Aufzeichnung des Interviews einverstanden?
- Ist der/die Interviewte damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden?
- Sollen die Angaben zur Person anonymisiert werden?
- Gibt es Rückfragen der Interviewten?

1. Ausbildung, therapeutischer Hintergrund

- *Eigene Therapierichtung / Erfahrungshintergrund*

- 1.1 Welches Studium/welche Studien hast du absolviert?
- 1.2 Welche Therapieausbildung(en) gehören zu dir? Warum genau diese?
- 1.3 Wie viele Jahre praktische Berufserfahrung hast du?
- 1.4 Seit wann arbeitest du schon im Ambi Hochdorf? Zu wie viel Prozent?
- 1.5 Was hat dich dazu bewogen, genau hier im Ambi Hochdorf zu arbeiten?

2. Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings

- *Betrachten des „Systems“ Familie*

- 2.1 Wie betrachtest du auf dem Hintergrund deiner Therapieausbildung /deiner therapeutischen Erfahrung das System Familie?
- 2.2 Welches sind für dich wichtige Aspekte beim Betrachten dieses Systems? Warum?

- *Zur Arbeit mit Familien*
 - 2.3 Arbeitest du gerne mit Familien? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
 - 2.4 Welche Settings wendest du bei deiner Arbeit mit Familien an? Warum?
 - 2.5 Gibt es Settings, die du weniger gerne anwendest? Warum?
 - 2.6 Was lässt sich aus deiner eigenen Therapierichtung gut integrieren? Was nicht?
 - 2.7 Wo holst du dir Unterstützung, wenn du anstehst, ein spezifisches Problem hast?
 - 2.8 Was verstehst du unter „relationaler Psychotherapie“?

- *Gemeinsame Klientengespräche und Fallbesprechungen*
 - 2.9 Welche Rolle(n) hast du bei gemeinsamen Sitzungen mit Familien? Wie fühlst du dich dabei?
 - 2.10 Tauschst du dich danach mit deinen Kolleginnen/Kollegen aus? Wenn ja, worüber?
 - 2.11 Wie gehst du mit gleichen oder unterschiedlichen Wahrnehmungen innerhalb des Behandlungsteams um? Was ist dir dabei wichtig?
 - 2.12 Was ist in deinen Augen der Nutzen dieser Zusammenarbeit für euch Fachpersonen? Woran merkst du dies?
 - 2.13 Was könnte der Nutzen für die Familien sein?
 - 2.14 Was ist für dich der Nutzen aus den gemeinsamen Fallbesprechungen?
 - 2.15 Ist für dich die Häufigkeit dieser Besprechungen ausreichend? Wenn nein, wie oft sollten sie stattfinden? Warum?
 - 2.16 Möchtest du am Inhalt dieser Fallbesprechungen etwas ändern? Wenn ja, was?

- *Arbeitsanfall und Bewältigungsmöglichkeiten*
 - 2.17 Wie gross ist im Durchschnitt der Anteil deiner Gesamtarbeitszeit, welcher durch gemeinsam betreute Fälle gebraucht wird?
 - 2.18 Welche zusätzliche Zeit wird benötigt im Unterschied zu Kindern/Erwachsenen, die du allein betreust?
 - 2.19 Wie schätzt du deine Kapazität zur Arbeit mit Familien im gemeinsamen Setting ein?

- *Umgang mit zusätzlich involvierten Personen/Institutionen*
 - 2.20 Mit welchen zusätzlich involvierten Personen/Institutionen hast du in Bezug auf die gemeinsam betreuten Familien zu tun? In welchem Zusammenhang?
 - 2.21 Wie empfindest du diese Zusammenarbeit?

- 3. Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen (inkl. Weiterbildung, Supervision, Intervention, Teamentwicklung)**
 - *Kompetenz- und Wissenserweiterung*
 - 3.1 Wie beurteilst du die Zusammenarbeit unter euch Fachpersonen von KJPD und EA in Bezug auf deine eigene Kompetenz- und Wissenserweiterung?
 - 3.2 Was trägst du selber dazu bei? In welcher Form?

3.3 Was würdest du für dich noch brauchen/wünschen?

- *Auswahl von Weiter- und Fortbildungen*

3.4 Beeinflusst die Zusammenarbeit KJPD und EA deine Auswahl der Themen von Weiter- und Fortbildungen? Wenn ja, wie?

3.5 Welche Kriterien spielen für dich bei der Auswahl von Fort- und Weiterbildungen eine Rolle?

3.6 Gibt es für euch ein spezifisch auf die Zusammenarbeit mit Systemen in verschiedenen Settings fokussiertes Weiterbildungsangebot?

- *Supervision/Intervision*

3.7 Welches Supervisionsangebot besteht? Ist es auch auf eure Zusammenarbeit ausgerichtet?

3.8 Wird die Supervision von einer internen oder externen Person geleitet?

3.9 Welchen fachlichen Hintergrund hat diese Person?

3.10 Ist Intervision für dich ein Thema? Warum? Warum nicht? Wenn ja, in welcher Form?

- *Teamentwicklung*

3.11 Wird bei Teamentwicklungsthemen spezifisch auf eure Zusammenarbeit fokussiert? Wenn ja, in welcher Form?

- *Institutional support als Unterstützung*

3.12 Welche Form der Unterstützung ist durch die übergeordnete Institution lups in Bezug auf die Zusammenarbeit EA/KJPD gegeben?

4. Zukunftsvisionen

- *Ausblick (Wünsche, Anregungen)*

4.1 Kannst du dir vorstellen, die Zusammenarbeit von KJPD/EA auch weiterhin aufrecht zu erhalten? Warum? Warum nicht?

4.2 Wie könnte die Zusammenarbeit EA / KJPD in 5 Jahren aussehen? Was würde es dazu brauchen?

5. Schlussfrage, Abschluss des Interviews

5.1 Schlussfrage: Gibt es etwas, das du noch sagen möchtest?

Dank an den Interviewpartner/die Interviewpartnerin für die Zeit und das Engagement.

Nach Abschalten des Aufnahmegerätes:

- Klärung von Fragen, die nicht zum Inhalt des Interviews gehören.
- Notieren von Datum und Dauer des Interviews.
- Kurzer Ausblick, wie es nun mit der Arbeit weiter geht
- Versicherung, dass bei auftretenden Fragen jederzeit an die Schreibende gelangt werden kann.

F: KATEGORIEN-BILDUNG

1 **Ausbildung, therapeutischer Hintergrund** (Hypothese: Interesse an Zusammenarbeit basierend auf eigenem Erfahrungshintergrund)

1.1 Studium (inkl. Erstausbildung, wenn vorhanden)

- Psychologiestudium, vorher im pädagogischen Bereich tätig
- Medizin, Allgemeinmedizin und Psychiatrie
- Psychologiestudium, vorher im Pflegeberuf tätig
- Medizinstudium, FA Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychologiestudium, vorher im pädagogischen Bereich tätig
- Psychologiestudium, vorher im kaufmännischen Bereich tätig
- Medizin, Psychiatrie
- Psychologiestudium, vorher im medizinisch-therapeutischen Bereich tätig
- Psychologiestudium, vorher im Pflegeberuf tätig

1.2 Therapieausbildungen, Begründung der Richtungswahl

- Personzentrierte Psychotherapie (2 Pers.)
- KVT (kognitive Verhaltenstherapie nach Grawe) (2 Pers.)
- Körperpsychotherapie IBP (1 Pers.)
- Systemisch (2 Pers.)
- Hypnose (1 Pers.)
- Systemisch-Psychoanalytisch (2 Pers.)
- Psychodrama nach J.L. Moreno (2 Pers.)

Dazu kommen bei einzelnen Personen Weiterbildungen in: Psychose, Supervision, Psychoanalyse, NLP, Hypnose

-Gute Erfahrungen in der Praxis haben Entscheid zur Therapiemethode mit beeinflusst (Prob. A, S.1)

-Meine Haltung drückt sich durch meine therapeutische Richtung aus (Prob. D, S.1)

-Etwas machen wollen, das mir entspricht (Prob. F, S.1)

-Eine Richtung wählen, die für viele Patienten tauglich und von ihnen akzeptiert ist (Prob. G, S.1)

-Die Haltung, welche die von mir gewählte Richtung widerspiegelt sowie ihre Vielseitigkeit waren ausschlaggebend bei der Wahl (Prob. H, S.1)

Immer wieder schauen was es braucht, um den gegebenen oder neuen Umständen gerecht werden zu können (Prob. I, S.1)

1.3 Berufserfahrung in psychiatrischer/psychologischer Arbeit in Jahren

-10 / 11 / 6 / 38 / 16 / 4.5 / 9.5 / 7 / 36

1.4 Tätigkeit im Ambi Hochdorf in Jahren (offizieller Beginn 15. Oktober 2009). Stellenpro- zente.

- seit Oktober 2009 zu 70%
- seit Oktober 2009 zu 50%
- seit Oktober 2009 zu 100%
- seit Dezember 2009 zu 15-20%
- seit Dezember 2009 zu 80%

- seit Dezember 2009 zu 80%
- seit März 2010 zu 60%
- seit Januar 2011 zu 100%
- seit vier Monaten, befristet auf ein Jahr zu 50%

1.5 Beweggründe zur Arbeit im Ambi Hochdorf

- Etwas Neues im ambulanten Bereich finden und dies im Raum Luzern. Blindbewerbung bei der Luzerner Psychiatrie. Interesse an dieser Art von (Zusammen)arbeit. (Prob. A, S. 1)
- Der Zufall und die Umstrukturierung. (Prob. B S.1)
- Die vielen Möglichkeiten, die nicht zuletzt durch die Leitung möglich werden. Gute Erfahrungen aus der Vergangenheit in Bezug auf Zusammenarbeit. (Prob. C S.1)
- Erstes Interesse aufgrund struktureller Gegebenheiten im Seetal bereits vor Jahren mit zahlreichen Therapieabbrüchen seitens der Klientinnen und Klienten und gleichzeitig wenig niedergelassenen Therapeuten in der Umgebung. Diese Tatsache führte schlussendlich zur Entstehung der Zweigstelle Hochdorf (damals in Hohenrain).
- Die Idee vom gemeinsamen Haus für KJPD und Erwachsenenpsychiatrie und einer entsprechenden Zusammenarbeit setzte viel Energie frei zur gemeinsamen Planung im Vorfeld. (Prob. D, S.1-2)
- Der Wunsch, in diesem Beruf arbeiten zu wollen versus die Ungewissheit, was mich in Hochdorf erwarten würde.
- Diese Unklarheit erschwerte den Entschluss, hierher zu kommen wesentlich, ich hatte noch keine Vorstellung von diesem Projekt. (Prob. E, S. 1)
- Vor allem strukturelle Gründe auf verschiedenen Ebenen. (Prob. F, S.1)
- Die angenehmen Arbeits- und Ruhezeiten und die gute Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen. (Prob. G, S. 2)
- Ich freute mich auf die Lernsituationen im ambulanten Bereich und das Team, die Leitung sowie die neue Art der Zusammenarbeit haben mich sehr interessiert und angesprochen. (Prob. H, S.2)

2 **Arbeit mit Systemen in verschiedenen Settings** ([Hypothese: Zusammenarbeit erweitert Kompetenzen und therapeutische Möglichkeiten](#))

2.1 Wie betrachtest du auf dem Hintergrund deiner Therapieausbildung das System Familie? Was ist dir dabei wichtig?

- Im Sinne dass die Familie als ihr eigener Therapeut agiert, wird wichtig, dass sie in ihrer Funktionsfähigkeit gestärkt und unterstützt wird. Dabei ist unser Auftritt als therapeutisches System der Familie gegenüber entscheidend.
- Das hat wiederum damit zu tun, was unser Bild unserer therapeutischen Kompetenz ist. (Prob. I, S. 3-4)
- In der Komplexität von verschiedenen Perspektiven
- Beim Kontakt mit einem familiären System bleibt das Gesehene und Gehörte ohne Notizen in Erinnerung und kann entsprechend wieder abgerufen werden. (Prob. I, S. 3-4)
- Im Gelingen von Beziehung und Beziehungsvollzug wird Kompetenz, auch eine professionelle, deutlich.
- Sich vergegenwärtigen, wer das Gegenüber ist und dessen Leistung wertschätzen, schafft Augenhöhe. (Prob. I, S. 2-3)

- Die Haltung des freien Improvisierens in der Interaktion mit Familien mit sich einbringen, sich zurück nehmen, in den Hintergrund treten, zuschauen gehört mit dazu. (Prob. I, S. 4)
- Hier in Hochdorf wird der systemische Blick auf Familien gelebt. Somit konnte sich diese Haltung auch in meinem Kopf manifestieren, und das ist mir wichtig. (Prob. A, S. 2).
- Lebensabschnittsperspektiven, Rollen, Rollenkonzepte, Wahrnehmungen und Positionen der einzelnen Familienmitglieder innerhalb der Familie sind mir wichtig. (Prob. B, S. 2)
- Das System Familie funktioniert sehr autonom. Einen Patienten, eine Patientin beim Transfer in ihr Heimatsystem Familie zu unterstützen ist wichtig. (Prob. C, S. 1)
- Die Familie ist das Zentralste vom Zentralen. Dies ist verinnerlicht in sämtlichen Arbeits- und Lebensbereichen. Kinderpsychiatrie ohne Familie ist für mich unvorstellbar. (Prob. D, S. 2)
- Die Arbeit mit einem System ist ein zentrales Anliegen. Aber auch das Individuum in verschiedenen Konstellationen wie Gruppen, grösseren Verbänden und in der Gesellschaft. (Prob. E, S. 1)
- Die Familie als Kernzelle der Gesellschaft oder einer sozialen Gruppierung. Es gibt viele Zusammensetzungsmöglichkeiten von Familien. Arbeit mit Familien als Herausforderung. (Prob. G, S. 2)
- Die verschiedenen Rollen, Muster, Haltungen der Familienmitglieder innerhalb des Systems, deren Hintergründe und Veränderungsmöglichkeiten. (Prob. H, S. 2)

2.2 Arbeitest du gerne mit Familien? Warum? Warum nicht?

- Ich arbeite gerne mit Systemen. Verständnisenwicklung für die Interaktionen der Familienmitglieder untereinander, damit arbeiten. (Prob. G, S. 3)
- Ja, die Arbeit mit Familien ist für mich bereichernd. (Prob. F, S. 1)
- Ich arbeite gerne mit Familien, empfinde dies aber als sehr anspruchsvoll. Ich bin dankbar für die Möglichkeit, hier mit ganzen Familien meist zu zweit arbeiten zu können. (Prob. E, S. 2)
- Ich arbeite sehr gerne mit Familien, kann aber auch mit Teilen der Familie gut arbeiten. (Prob. D, S. 2)
- Ich arbeite gerne mit Familien.
- Ich empfinde es als andere Herausforderung und bin froh um den Luxus, mit Familien von therapeutischer Seite her zu zweit arbeiten zu können. (Prob. C, S. 2)
- Ich fühle mich wohler bei Einzelgesprächen, was nicht heisst, dass ich per se keine Familiengespräche mache. (Prob. B, S. 2)
- Ja, ich arbeite gerne mit Familien, aber es ist eine Herausforderung und deshalb gut, dass wir hier meist zu zweien mit Familien arbeiten. Dies ist im Kontakt unter den Therapeuten zusätzlich ein Gewinn. (Prob. A, S. 2)
- Es stellt sich die Frage nach dem jeweiligen Entwicklungsbedarf eines Systems und in welchem Setting dieser geschehen kann. Dazu braucht es eine Breite an anschlussfähigen Konzepten. (Prob. I, S. 5)

2.3 Einzelsetting

- Je nach Patient oder Patientin sind Einzelgespräche das Mittel der Wahl und eine andere Variante steht nicht im Mittelpunkt der Behandlung. (Prob. B, S. 2)
- Es ist schwierig, einzeltherapeutisch mit einem Teil des Systems zu arbeiten, wenn die anderen Teile des Systems nicht bereit sind, in ihrer Rolle konstruktiv mitzuhelfen (Prob. E, S. 2)
- Einzeltherapie und als Ergänzung gemeinsame Sitzungen, mit der Hoffnung, dass das erweiterte Setting dem Patienten, der Patientin hilfreich ist und positiv erfahren werden kann, nicht

zuletzt auch durch Anwesenheit des Einzeltherapeuten bei den erweiterten Settings. (Prob. G, S. 3)

-Zu gegebener Zeit Integration des Patienten, der Patientin mit Einzeltherapie ins System und schauen, was es evtl. noch braucht. (Prob. I, S. 5)

2.4 Paarsetting

-Therapie mit Elternpaaren in Bezug auch auf das Kind, die Kinder. (Prob. D, S. 2)

-Elterngespräche nach Abklärung der Kinder. (Prob. F, S. 2)

-Arbeit mit Paaren, auch um Auffälligkeiten zu klären und alte Muster aufzudecken, die eine konstruktive Lösung verunmöglichen. (Prob. I, S. 5)

2.5 Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

-Einzeltherapeutische Arbeit mit erwachsenen „Kindern“, wo dann ab und an auch Eltern oder Geschwister zu einem Gespräch eingeladen werden. (Prob. A, S. 2)

-Kinder für Abklärung beim KJPD, nachher evtl. Einzeltherapie je nach Bedarf.

2.6 Familientherapie im getrennten Setting

Kinder beim KJPD und gleichzeitig Eltern im Erwachsenenambulatorium. Häufiges Setting für Familien im Ambi Hochdorf, kombiniert mit gemeinsamen Sitzungen unter Einbezug beider Dienststellen und der (ganzen) Familie.

-Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und je nach Bedarf Einbezug der Eltern, was dann Veränderungen im ganzen System sichtbar machen kann. (Prob. E, S. 2)

2.7 Familientherapie im gemeinsamen Setting: Wie wird die therapeutische Rolle im gemeinsamen Setting erlebt, wie tauscht man sich untereinander aus, wie geht man mit gleichen und unterschiedlichen Wahrnehmungen um und wie werden die gemeinsamen Fallbesprechungen erlebt

Arbeit im gemeinsamen Setting

-Es sollte immer zu zweit mit Systemen gearbeitet werden. Das Partnerschaftliche daran zeigt sich darin, nicht alles alleine zu können und machen zu müssen. (Prob. I, S. 4)

-Sich Zeit lassen zur Wahrnehmung von Zielen und Veränderungsideen innerhalb der Familie und zur genauen Auftragsklärung. (Prob. I, S. 4)

-Geschlechterthema präsent bei Familiensitzungen. Idealerweise Sitzungen mit je einer Therapeutin und einem Therapeut, ist aber nicht immer möglich. (Prob. H, S. 3)

-Wenn sinnvoll, erweitertes Bezugssystem zu Familiensitzungen einladen. (Prob. H, S. 3)

-Nicht nur die Familie stellt sich vor, auch die Therapierenden sagen kurz etwas zu und über sich im Sinne der Schaffung eines Kontextes. (Prob. I, S. 3)

- Betrachtung des ganzen Systems und eine gute Anamnese mit Erfragung von Herkunft und Geschichte der Familie geben aufschlussreiche Informationen in Bezug auf Erfahrungen in der Vergangenheit, Erziehungskonzepte etc.. (Prob. F, S. 2)

-Der Familie einen „geschützten Rahmen“ bieten, wo Gespräche stattfinden können, die zuhause im Moment nicht möglich sind. (Prob. E, S. 2)

-Fallbezogen schauen, welches Setting Sinn macht, möglichst aber versuchen, die Kernfamilie präsent zu haben. (Prob. D, S. 2)

-Erweiterte Formen in der Therapie z.B. reflecting Team, Videoaufnahmen, Einweg-Spiegel als Unterstützung nutzen. (Prob. I, S. 4)

Rollen im gemeinsamen Setting

- Entweder man ruft mich zu Familiengesprächen, oder ich brauche jemanden für meine Patienten. (Prob. I, S. 8)
- Der Einstieg in eine gemeinsame Behandlung ist uns nicht gelungen, die Klienten sind nach zwei Terminen ausgestiegen. Die Zusammenarbeit zwischen uns Therapeuten war aber gut. (Prob. B, S. 3)
- Ich erlebte bisher keine gemeinsamen Sitzungen, nur Austauschgespräche unter Fachpersonen. (Prob. A, S. 3)
- Ich habe oft eine vermittelnde oder ermöglichende Rolle. (Prob. F, S. 2)
- Oft habe ich den Anstoss zur Zusammenarbeit gegeben und speiste auch Informationen ein. Die Rollen in den Sitzungen wechseln, wir wechseln uns ab, aber es ist immer etwas Gemeinsames.
- Es ist vorteilhaft, bei Sitzungen mit Eltern als Therapeut und Therapeutin beide Geschlechter vertreten zu können. (Prob. E, S. 3)
- Ich versuche, eine klare Haltung einzubringen und den Aspekt des zu zweit Seins zu nutzen. - Habe Wichtigkeit des Vorhandenseins beider Geschlechter bei den Therapierenden und dessen Wirkung auf die z.B. Eltern erkannt.
- Ich war am Anfang eher zurückhaltend, lernend, aufmerksam auf das Wie, inzwischen probiere ich auch gerne etwas aus.
- Die Rollen im Voraus zu besprechen ist mir wichtig. (Prob. H, S. 5)

Austausch nach den gemeinsamen Sitzungen

- Meist findet ein Austausch gleich anschliessend an die gemeinsame Sitzung statt, manchmal aber auch zum nächstmöglichen Zeitpunkt, bspw. einen Tag danach (Prob. C, S. 3)
- Manchmal kann es auch zuviel an Austausch werden, und wir sind sensibilisiert darauf, wie viel es an Information braucht und was es auch nicht braucht. (Prob. A, S. 3)
- Ja, nach gemeinsamen Sitzungen tauschen wir uns aus. (Prob. F, S. 2)
- Oft findet schon vor den gemeinsamen Sitzungen ein Austausch statt.
- Das Austauschen ist wichtig, aber es stellt sich hier die Frage nach dem wie viel und ob es nicht mehr bräuchte. Damit kommt der Faktor Zeit ins Spiel. (Prob. E, S. 4)
- Auch unsere geringen räumlichen Distanzen tragen dazu bei, dass wichtige Dinge schnell geklärt werden können. (Prob. G, S. 4)
- Der Austausch ist ganz wichtig, auch als Vorbereitung auf die nächste Sitzung. Er findet aus Zeitgründen nicht immer unmittelbar nach der gemeinsamen Sitzung statt. (Prob. D, S. 3)
- Manchmal steht schon vor der Sitzung fest, wann der Austausch stattfinden wird.
- Dieser Austausch dauert manchmal ebenso lange wie die Sitzung selbst. Notizen nach der Sitzung helfen mir, wichtige Dinge festzuhalten. (Prob. H, S. 5)

Gleiche und unterschiedliche Wahrnehmungen

- Unterschiedliche Wahrnehmungen sind interessant, besonders, wenn man selbst das Ganze anders empfunden hat und erfahren kann, wie die Wahrnehmung des Gegenübers zustande gekommen ist.
- Manchmal engt der eigene Fokus auch ein. (Prob. F, S. 2)
- Für mich ist es eine Bereicherung, andere Sichtweisen wahrzunehmen und meine eigenen einzubringen. (Prob. E, S. 4)
- Ich erwarte verschiedene Wahrnehmungen. Sie regen das eigenen Denken an und können auch Bestätigung für einen selbst bedeuten.

- Das Gefühl von Akzeptanz von allen Seiten. (Prob. G, S. 4)
- Es kann hilfreich und anregend sein und eigene blinde Flecken aufdecken.
- Ich empfinde es nur als positiv, und es soll ja auch im Interesse der Patienten, der Familien sein. (Prob. D, S. 3)
- Unterschiedliche Wahrnehmungen sollten unbedingt angesprochen werden. Je nach dem werden unterschiedliche Wahrnehmungen auch durch die Therapeuten direkt vor der Familie angesprochen, vor allem, wenn es zum Wohle der Familie sein kann, zu merken, dass auch wir uns nicht immer einig und am Suchen sind. In diesem Sinne sind unterschiedliche Wahrnehmungen auch Hypothesen erweiternd. (Prob. H, S. 5)
- Ich brauche immer wieder diese Aussenansicht, um flexibel und offen in den Perspektiven zu bleiben. Recht haben zu wollen deutet auch immer auf einen Mangel an Perspektivenvielfalt hin. (Prob. I, S. 6)
- Es gibt nicht eine Wahrheit, und bei Systemen gibt es oft verschiedene Blickwinkel, die wir dann gemeinsam anschauen. (Prob. C, S. 3)
- Ich teile meine Position klar mit, auch in Relation zu den Wahrnehmungen der anderen Teammitglieder.
- Ich kläre die Position der anderen für mich und hoffe, dass ich auch rückmelden kann, wie und ob ich etwas verstanden habe. (Prob. B, S. 3)
- Ich bin offen für andere Wahrnehmungen, ohne mich davon verunsichern zu lassen. Ich sehe sie als Erweiterung. (Prob. A, S. 3)

Gemeinsame Fallbesprechungen

- Die gemeinsamen Fallbesprechungen sind Horizont erweiternd, indem man hört, wie im anderen Gebiet gearbeitet wird und welche Konzepte, Überlegungen etc. dort verwendet werden. (Prob. A, S.3)
- Leider bin ich krankheitsbedingt bei den morgendlichen Fallbesprechungen nicht anwesend. Das ist ein echtes Problem für mich. (Prob. B, S. 3)
- Die Fallbesprechungen ähneln einer Intervision und es kommen neue Aspekte und Sichtweisen von aussen dazu. (Prob. F, S. 3)
- Für mich war es lange nur ein Informationsaustausch.
- Wird der Fall genau angeschaut, dann ist es wie eine zusätzliche Supervision, wo man von verschiedenen Seiten drauf schaut. (Prob. E, S. 4-5)
- Die anderen Blickwinkel sind sehr hilfreich, auch die Informationen zur Art, wie gearbeitet wird, sind aufschlussreich.
- Zu hören, dass eine Intervention einen Effekt hat, ist motivierend für mich. (Prob. G, S. 5)
- Der Blick auf die verschiedenen Perspektiven und danach eine Integration in ein gemeinsames Konzept und den gemeinsamen Blick auf das damit Mögliche im Sinne einer Kulturentwicklung. So kann anhand von Kontext und Ressourcen der Familie ein gemeinsames Konzept erarbeitet werden. (Prob. I, S. 8-9)
- Durch die gemeinsamen Besprechungen entsteht ein gegenseitiges Einordnen und oft auch eine gemeinsame Ressourcensuche, um zu schauen, welche Ressourcen im System genützt werden könnten. (Prob. H, S. 6)
- Wir mussten lernen, für diese Fallbesprechungen eine Kultur zu entwickeln, haben nun auch eine bessere Struktur und es ist somit nicht mehr nur eine Diskussionsrunde.
- Ein schöner Nutzen ist, dass in dieser Zusammenarbeit auch die gesunden Anteile der Patientinnen und Patienten und die Prävention Platz einnehmen. (Prob. C, S. 3)

- Ich wünschte mir mehr konkrete Fragen zum vorgestellten Fall und nicht nur ein Berichten darüber.
- Der zeitliche Rahmen ist im Moment genug, da wir uns auch bilateral oft austauschen können, oft auch beim gemeinsamen Mittagessen. (Prob. F, S. 3)
- Ich würde die Rückmeldungen zu den laufenden Fällen etwas kürzer halten, damit man mehr Zeit für die neuen Fälle hat.
- Der zeitliche Rahmen von 2 Stunden pro Monat ist in Ordnung so. (Prob. A, S. 3)
- Etwas mehr Zeit zur Vertiefung von spannenden Fällen (z.B. psychodynamisch) würde ich mir wünschen. Es sind ja jeweils nicht nur Fallbesprechungen sondern auch Organisatorisches.
- Durch die Psychohygiene am Mittagstisch wird indirekt Zeit in diesen zweistündigen Sitzungen eingespart. (Prob. D, S. 5)
- Ich würde Inhalt und Zeitrahmen so lassen wie sie sind. (Prob. G, S. 5)
- Der zeitliche Rahmen reicht im Sinne eines Reflektionsgefäßes.
- Wir haben die Möglichkeit, bilateral viel auszutauschen (gemeinsame Mittagessen, unter einem Dach..), und das Team kennt sich schon recht gut. Ohne dies würde die Zeit vermutlich nicht ausreichen. (Prob. I, S. 9)
- Inhaltlich sollte das Augenmerk noch etwas mehr auf die Struktur gelegt werden, damit nicht Fälle und Organisatorisches vermischt werden.
- Der zeitliche Rahmen von zwei Stunden pro Monat ist für den Moment ok, je nach Entwicklung des Projektes wird man den Zeitrahmen evtl. neu beurteilen müssen. (Prob. C, S. 4)
- Gerne würde ich einen Hauptfall pro Sitzung behandeln, auf den man sich auch vorbereiten könnte.

- Die Zeit von zwei Stunden monatlich (gerade eben von 1,5 auf 2 Stunden erweitert...) ist nötig. (Prob. H, S. 6)

Relationale Psychotherapie

- Beziehungsgestaltend. Beziehungen des Patienten, aber auch die Beziehung Therapeut-Patient, jemanden wertschätzen so wie er ist. (Prob. H, S. 4)
- Beziehungsbezogen, ob als Therapierichtung oder als Beschrieb der therap. Beziehung? (Prob. A, S. 2)
- Beziehung als Grundlage, in der es verschiedene Richtungen gibt. Mit Kongruenz, Wertfreiheit und Wertschätzung kann Beziehung gelingen. (Prob. E, S. 3)
- Relation im Sinne von Beziehung? (Prob. G, S. 4)
- Der Ausdruck ist mir nicht nahe. (Prob. D, S. 2)
- Es geht um Beziehungen. (Prob. C, S. 2)
- Die Vorstellung, dass alles Beziehung ist. Beziehung zu sich und zu verschiedenen Teilen in sich.
- Der Mensch als psychisches System aber natürlich insgesamt als Mensch in Beziehung zu verschiedensten Lebensbereichen. (Prob. I, S. 7)
- Beleuchtet die Beziehungen eines Menschen, auch die Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Wir alle stehen immer in Beziehungen. Es ist erwiesen, dass Beziehung einen der Haupterfolgsfaktoren einer Psychotherapie darstellt. (Prob. F, S. 2 und 6)
- Der Begriff sagt mir nichts. (Prob. B, S. 3)

2.8 Vermuteter Nutzen dieser gemeinsamen Arbeit (Fachpersonen, Familien)

Nutzen für die Fachpersonen

- Es ist eine fachliche Bereicherung, theoretisch wie praktisch, man bekommt Einblick ins jeweils andere Gebiet und dessen Schwerpunkte. Auch vom therapeutischen Arbeiten fließt viel ein. (Prob. E, S. 4)
- Ich lerne von dieser Zusammenarbeit.
- Das Wissen darum, dass noch eine andere Seite vorhanden ist und das Gefühl, schnell und gut reagieren zu können, sind gut.
- Einigung und Klärung wäre vielleicht ohne gemeinsame Sitzung nicht immer möglich. (Prob. G, S. 4)
- Es bedeutet eine Erweiterung des Tätigkeitsbereiches, verbunden mit Respektentwicklung der anderen Kompetenz gegenüber, aber auch Dankbarkeit, dass der/die andere da ist.
- Der Mut, das gewohnte Terrain ein Stück weit zu verlassen, ist vermutlich auf allen Ebenen ein persönlicher Gewinn.
- Verschiedene Ansprüche an Therapieräume brachten eine enorm wertvolle Erweiterung. (Prob. I, S. 9)
- Ich bin sensibilisierter auf das Thema Familien und auch in Bezug auf entwicklungspsychologische Aspekte. (Prob. A, S. 3)
- Diese Zusammenarbeit ist ein wichtiger Aspekt, es gibt Einblick ins andere Gebiet. (Prob. B, S. 3)
- Ich kann mich in meiner eigenen Arbeit klarer abgrenzen, im Wissen, dass noch ein anderer Teil da ist.
- Die Teamzusammenarbeit wird erweitert, es gibt andere Auseinandersetzungen, wir zeigen uns den Leuten, exponieren uns, Kritik und Feedbacks fördern die Zusammenarbeit. (Prob. C, S. 3)
- Fachliche und methodische Erweiterung.
- Es entsteht Nähe, gemeinsames Erleben, Reflektieren, Feedback geben.
- Es ist eine andere Form von Team. Manchmal macht es das Ganze auch kompliziert und komplex. (Prob. H, S. 5-6)

Nutzen für die Familien

- Das Problem wird gesamthafter angeschaut und es gibt ein umfassenderes Bild.
- Man kommt vielleicht besser an die Problematik heran und es gibt evtl. schneller eine Lösung. (Prob. F, S. 3)
- Die Familien gewinnen Sicherheit und haben das Gefühl, besser aufgehoben zu sein. (Prob. C, S. 3)
- Familien schätzen die Nähe und die schnelle Möglichkeit der Kontaktherstellung. Es ist ganz organisch. (Prob. I, S. 10)
- Familien fühlen sich angesprochen, ernst genommen. Erhalten persönliche Zuwendung, Interesse, Hilfe. Sie fühlen sich gut aufgehoben, das ist ganz wichtig.
- Wir kommen vermutlich in kürzerer Zeit zu Ergebnissen für die Familie, sind effizienter und, so glaube ich, wir sparen dadurch weitere Konsultationen im einzeltherapeutischen Setting. (Prob. D, S. 4)
- Die Sicherheit. Es gibt mehr Boden, wenn Kinder und Erwachsene Betreuung haben. So kann man auch mit dem erweiterten System besser arbeiten (Schule etc.) und differenzierter schauen, wer was braucht.

- Durch schnellen Informationsfluss ist eine schnellere Reaktion möglich zugunsten der Familie. (Prob. E, S. 4)
- Den Familien wird vermittelt, dass sie nicht versagen, wenn sie sich Hilfe von aussen holen. Sie erleben Selbstwirksamkeit und können zu einer neuen Selbständigkeit geführt werden. (Prob. G, S. 5)
- Alle Familienmitglieder werden einbezogen und ernst genommen. (Prob. A, S. 3)
- Es bedeutet grössere Chancen für die betroffenen Familien. (Prob. B, S. 3)

2.9 Gesamtarbeitsanteil durch gemeinsame Fälle

- Der Zeitanteil für gemeinsame Fälle ist im Moment sehr klein. (Prob. B, S. 5)
- Momentan sehr klein, eigentlich nur die gemeinsamen Sitzungen, keinen gemeinsamen Fall, wo ich im Moment involviert bin. (Prob. A, S. 6)
- Ich wende etwa vier Stunden pro Woche auf, könnte dies aber auf maximal zehn Stunden pro Woche ausdehnen. (Prob. G, S. 7)
- Das ist schwierig zu sagen, da Familiengespräche sporadisch sind. Wenn es notwendig ist, schaffe ich mir Kapazität. (Prob. E, S. 7)
- Etwa 10-20%. Es ist ein Bestandteil unserer Arbeit und wird wertgeschätzt. (Prob. H, S. 9)
- Zwischen 5 und 10%. Das ist für mich ok so, ich wäre auch bereit, mehr zu investieren, wenn es von oben her abgesegnet würde. (Prob. C, S. 6)
- Es sind keine 10%. Es ist für mich Teil meiner Arbeit und kein zusätzlicher Aufwand, das ist Teil des Behandlungsverlaufes. (Prob. F, S. 5)

2.10 Zeitaufwand Einzeltherapien/Familientherapien

- Familientherapien anfangs grösserer Aufwand, im Endeffekt aber weniger, weil man zu zweit besser voran kommt und schon per se zwei Parteien betreut sind. (Prob. F, S. 5)
- Familien geben Mehraufwand aber längerfristig gesehen weniger Aufwand als Einzeltherapien. (Prob. C, S. 6)
- Familiensitzungen sind organisatorisch aufwändiger. Vom Prinzip her macht es zeitlich keinen grossen Unterschied. (Prob. G, S. 7)
- Ich vermute, dass der Zeitaufwand grösser wäre, wenn man die Familie nicht einbeziehen würde. (Prob. E, S. 7)
- Der Aufwand für Familiensitzungen ist gross, dies relativiert sich aber, wenn man den Effekt mit einbezieht, dann ist es viel effizienter. (Prob. A, S. 5)

2.11 Zusätzlich involvierte Personen/Institutionen

- Aktuell die IV-Stelle und eine Arbeitsagogin. (Prob. G, S. 6)
- SoBZ, Beistände, Zuweiser, IV, RAF. Es sind häufige und wichtige Kontakte, die man baldmöglichst herstellen sollte, um genauere Informationen zu bekommen. Diese Stellen sind froh, zu wissen, was läuft. (Prob. A, S. 4)
- SoBZ, Brändi im regelmässigen Austausch. (Prob. B, S. 4)
- SoBZ, IV, RAF, Beistände. Einmal auch eine grosse Sitzung, die hinterher auf einer Internetplattform festgehalten wurde, damit jede Institution weiss, woran die andere gerade arbeitet.
- Mehr gemeinsame Sitzungen mit SoBZ, EA und KJPD würde ich mir wünschen. (Prob. C, S. 5)
- Mit der Polizei bezüglich Sicherheitsvorkehrungen im Ambi, häusliche Gewalt, Kindsgefährdung. Viermal jährlich Fallbesprechungen mit dem SoBZ.

- Neu macht auch der KJPD Fallbesprechungen mit dem SoBZ, gemeinsam ist es noch nicht möglich. Hausärzte wurden eingeladen und sind an einer Zusammenarbeit interessiert, mit KJPD jedoch noch konflikthaft.
- Aufsuchen von diversen Selbsthilfegruppen im Sinne von Kontaktherstellung. (Prob. I, S. 11-12)
- Zusammenarbeit mit Schulleitern, Lehrern, Schulsozialarbeitern, SPD, Sozialbehörden, Vormundschaft, Hausärzten und Kinderärzten, um die Familien optimal betreuen zu können. (Prob. D, S. 5-6)
- Das grosse System Schule, SoBZ, Sozialämter, Gemeinden, Vormunde, Beistände, Heime, Pflegeeltern, BBZ, Lehrmeister. Die Zusammenarbeit ist notwendig, aber sehr zeitintensiv.
- So wenig wie möglich und so viel wie nötig. (Prob. F, S. 4)
- Bis jetzt nur mit Bezugspersonen innerhalb der Familie. (Prob. H, S. 7)

3 Rund um die Zusammenarbeiten ([Hypothese: Zusammenarbeit führt zu Wissenszuwachs und macht neugierig auf Neues](#))

3.1 Unterstützung bei fachlichen Fragen oder Problemen

- Ich hole mir Unterstützung bei Kolleginnen, Teamleitung, Supervisionen, Interventionen oder in den gemeinsamen Besprechungen. (Prob. F, S. 2)
- Meist in internen und externen Supervisionen oder bei meinem Vorgesetzten. (Prob. D, S. 2)
- In Teambesprechungen oder Supervisionen. Gleichzeitig bin ich auf der Suche nach einem neuen Ort für meine Fragen. (Prob. B, S. 2)
- Bei anderen Teammitgliedern oder bei meinem Vorgesetzten. Diesen Rückhalt schätze ich enorm, man bekommt wirklich gute Unterstützung. (Prob. A, S. 2)
- Bei differenzierten Workshops, in der wöchentlichen Supervision, in unserer eigenen Fallarbeit mit Vorgesetzten oder in unseren gemeinsamen Besprechungen einmal monatlich. Wir sind gut abgedeckt. (Prob. E, S. 2-3)
- Entweder im Team oder wenn wir zu zweit arbeiten mit der betreffenden zweiten Person. Inter- oder Supervisionen eigenen sich für mich auch dazu. (Prob. C, S. 2)
- Im Team selbst im Sinne eines „reflecting Team“ bei Fallvorstellungen, an regelmässigen Sitzungen im Rahmen des Leitungsteams, Einzelsupervision extern, Kadersitzungen der lups. - Auch das Interesse von aussen führt immer wieder dazu, dass wir reflektieren müssen, was genau wir nach aussen tragen. Auch Literatur spielt eine grosse Rolle. (Prob. I, S. 6-7)
- Zuerst im Team, meist mit jener Person, die sich am besten mit meinem Problem vertraut fühlt.
- Auch Supervision, Intervention und Fallbesprechungen sind Orte, wo ich mir Unterstützung holen kann. Dazu kommt Einzelsupervision sechsmal jährlich. (Prob. H, S. 4)

3.2 Kompetenz- und Wissenserweiterung in Bezug zur Zusammenarbeit

- Ich kann immer wieder andere Blickwinkel einnehmen, das ist eine Bereicherung. Meine Erfahrung in Projekt-Management kann ich gut einbringen.
- Beim Vorstellen unseres Projekts nach aussen denken wir auch immer wieder selbst über Vor- und Nachteile nach. Der Aufwand ist nicht zu unterschätzen. (Prob. C, S. 4)
 - Der Blick auf das andere Gebiet und das Wissen und die Konzepte dahinter, es entsteht auch ein grosser Respekt vor der anderen Kompetenz. (Prob. I, S. 10)

- Einblick in ein anderes Feld zu haben und dafür sensibilisiert zu werden ist ein grosser Gewinn.
- Das Thema Familie und die Therapie von jungen Erwachsenen, darin wünschte ich mir noch mehr Wissen. (Prob. A, S. 4)
- Das therapeutische Schaffen des anderen Bereichs, praktisch und theoretisch, bereichert mich sehr.
- Gerne lasse ich mein Wissen einfließen. Auch zur konkreten Einrichtung bezüglich Therapieräume konnte ich einiges beitragen.
- Was ich mir wünschte, wäre ein Konzept über die Art, gemeinsame Fälle zu besprechen. (Prob. E, S. 5)
- Ich profitiere vom Denken meiner Kolleginnen und Kollegen und hoffe, dass sie im Gegenzug von meinem Wissen profitieren können. Ich finde den Austausch auch bei schwierigen Konstellationen angenehm. (Prob. G, S. 6)
- In Bezug auf Zusammenarbeit, Therapiesitzungen, Gesprächsführung und Auswertung habe ich viel gelernt.
- Ich nehme an, dass ich einiges von meiner Erfahrung und Kompetenz habe einbringen können zum Nutzen des Ganzen.
- Gerne würde ich von aussen beleuchtet lassen, was wir hier machen. (Prob. D, S. 5)
- Die Nähe zum anderen Dienst macht vieles einfacher, sensibilisiert aber auch gleichzeitig dafür. Ich gebe mir Mühe, dass dieser Austausch gut laufen kann.
- Eine gemeinsame Weiterbildung wäre wünschenswert. (Prob. F, S. 4)
- Bis jetzt erlebte ich diesen Austausch nicht wirklich, was aber sicher auch mit meiner Gesundheitssituation zusammenhängt. Momentan kann ich deshalb nicht an den Fallbesprechungen teilnehmen. Ich wünschte mir, dass es mir gesundheitlich besser geht. (Prob. B, S. 4)
- Es ist reichhaltig und stärkend, macht aber auch die Grenzen des Arbeitens mit Systemen bewusst. Dies kann immer wieder ins eigene Arbeiten einbezogen werden, so lernt man viel. - Mein Know-how mit gruppentherapeutischen und systemischen Verfahren bringe ich gerne ein.
- Ich wünschte mir, verschiedene Familienmodelle zu betrachten und je nach dem weitere wichtige Personen einzuladen. Dies auch als Frage in den Fallbesprechungen. (Prob. H, S. 7)

3.3 Fort- und Weiterbildungen

- Die Zusammenarbeit beeinflusst momentan meine Wahl von Fort- und Weiterbildungen nicht. Ich bin noch auf meine eigene Therapierichtung fokussiert.
- Nebst Inhalt sind mir Anbieter, Referenten und Dauer der Angebote wichtig.
- Als gemeinsame Kultur soll bei uns die mentalisierungsbasierte Therapie aufgebaut werden. Eine Weiterbildung haben wir besucht, und wir machen jeden Dienstag im Rahmen der Fallbesprechung eine Sequenz davon. (Prob. C, S. 5)
- Ich lese mich mehr in die Fachliteratur des anderen Gebiets ein. Angebote vom KJF (Systemisch oder relational) gehen in diese Richtung. Auch Eia Asen war ein wertvolles Angebot. (Prob. I, S. 12)
- Unsere Zusammenarbeit ist bis anhin kein Kriterium für mich gewesen. Ich suche mir Weiterbildungen aus wo auch praktisch gearbeitet wird.
- Bei uns liegt der Schwerpunkt momentan auf der mentalisierungsbasierten Therapie, da sind wir gemeinsam dran. Das sagt mir sehr zu. (Prob. A, S. 4)

- Eigentlich beeinflusste unsere Zusammenarbeit meine Wahl von Fortbildungen bis anhin nicht.
- Die Weiterbildung bei Asen zu mentalisierungsbasierter Familientherapie, das trifft unser Thema, und es ist toll, zu sehen, dass man in eine ähnliche Richtung geht. Mir ist wichtig, auch länger an einem Thema dranbleiben zu können.
- Ein spezielles Angebot, das auf unsere Zusammenarbeit fokussiert ist, gibt es so nicht, aber das Mentalisieren hat man mit Kindern und Erwachsenen, und es ist gut, wenn wir dies auch gemeinsam angehen können.
- Aber auch auf der eigenen Ebene sind gemeinsame Weiterbildungen wichtig. (Prob. E, S. 6)
- Ich lasse mich in meiner Fortbildungswahl auch von unserer Zusammenarbeit beeinflussen.
- Systemische Sachen und Mentalisierung schaue ich mir auf jeden Fall an, da liegt bei uns auch der Fokus. Ich kenne das noch nicht und bin neugierig darauf. Toll, dass es dieses Angebot gibt.
- Mich interessieren grundsätzlich viele Themen, manchmal wähle ich etwas auch aufgrund meiner aktuellen Klientel aus.
- Ein spezifisches Angebot für uns, wo man schaut, wie man miteinander arbeiten kann, gibt es meines Wissens nicht, oder wir haben es selbst organisiert. (Prob. G, S. 6-7)
- Meine Fortbildungsauswahl wird durch die Zusammenarbeit kaum beeinflusst, es wird höchstens meine Haltung bestärkt, auf meinem Weg weitergehen zu wollen.
- Für Weiterbildungen suche ich mir gute Referenten oder Ausbilder und es muss passen.
- Teamspezifische Weiterbildungen müssen eindeutig noch ausgebaut werden, aber wir sind noch nicht so weit. Wir müssen einen Status erreichen, der dann auch klarere Formen braucht. (Prob. D, S. 6)
- Ich hätte auch ohne Zusammenarbeit nicht andere Weiterbildungen gewählt.
- Gemeinsam sind wir aber jetzt am Thema der mentalisierungsbasierten Therapie, wo beide Bereiche bereits etwas gemacht haben und evtl. noch etwas Gemeinsames ansteht.
- Ein speziell auf unsere Arbeit fokussiertes Angebot gibt es aber nicht.
- Ich schaue vor allem, was ich für mich an Fort- und Weiterbildungen brauche. (Prob. F, S. 4)
- Bis jetzt hatte die Zusammenarbeit keinen Einfluss auf meine Wahl. Ich habe auch nie speziell Familiensystemische Fortbildung gemacht.
- Krankheitsbilder und therapeutische Ansätze interessieren mich für Weiterbildungen vorwiegend.
- Soviel ich weiss, gibt es bis jetzt kein gemeinsames Angebot an Fort- und Weiterbildungen für uns. (Prob. B, S. 4)
- Ja, aktuell beeinflusst es meine Wahl, weil im Team das Mentalisieren in Familiengesprächen stark gelebt wird. Ich möchte das in meiner Weiterbildung aufgreifen und für mich neu einordnen.
- Mir sind die Personen, welche die Weiterbildungen geben, sehr wichtig, so genannte Koryphäen. Ich schaue auch, wo ich noch etwas erweitern, vertiefen oder ergänzen möchte.
- Ausser dem Mentalisieren ist mir kein gemeinsames Angebot an Weiterbildungen für uns bekannt. (Prob. H, S. 7-8)

3.4 Supervision/Intervision

- Ich nehme an den 14-tägig stattfindenden Supervisionsgruppen der lups teil, die von externen Fachpersonen geleitet werden. (Prob. H, S. 8)

- In meiner Gruppe hat niemand Erfahrung mit Zusammenarbeit KJPD und Erwachsenenambulatorium, daher habe ich dies bisher auch nicht eingebracht. (Prob. H, S. 8)
- meines Wissens kein Supervisionsangebot, das speziell auf unsere Zusammenarbeit ausgerichtet ist. (Prob. H, S. 8)
- Fall- und Krisenbesprechungen im Team als eine Form von Intervision, daneben noch eigene Intervisionsgruppe. (Prob. H, S. 8)
- Besuche im Moment kein Supervisionsangebot. (Prob. B, S. 4)
- Intervision theoretisch ein Thema, praktisch nicht. (Prob. B, S. 5)
- Analytisch- systemisch orientierter Supervisionsleiter, Sitzungen nicht spezifisch auf unsere Zusammenarbeit ausgerichtet. (Prob. F, S. 5)
- Fallbesprechungen als eine Art Intervision, zusätzlich in externer Intervisionsgruppe. (Prob. F, S. 5)
- Vertiefung der Zusammenarbeit in Zukunft auch supervisorisch und weiterbildungsmässig. (Prob. D, S. 6)
- In Supervisionsgruppe bei einem Analytiker. Supervision auf unsere Zusammenarbeit ausgerichtet gibt es meines Wissens nicht. Ist eine Lücke. (Prob. G, S. 7)
- Wöchentliche Intervisionssitzungen im Einzelsetting. (Prob. G, S. 7)
- Im Moment kein gemeinsames Supervisionsangebot. Gegenseitiges Besuchen von Supervisionen wäre ideal. (Prob. E, S. 6)
- Externe Intervisionsgruppe aus der Therapieausbildung. (Prob. E, S. 6)
- Bin in einer lups Supervisionsgruppe eingebunden und noch in einer externen Supervisionsgruppe aus meiner Zeit der Therapieausbildung. (Prob. A, S. 5)
- Vermutlich hat der grössere Teil der für uns zuständigen Supervisoren den Background, mit Systemen zu arbeiten und auch solche Herangehensweisen. Es ist aber nicht spezifisch so konzeptualisiert, dass es dort auch so vermittelt wird. Das geschieht dann in unseren Fallbesprechungen. (Prob. I, S. 13)
- Zusammenarbeit im Sinne einer Experimental-Familienwerkstatt mit relationalem, mentalisierungsbasiertem Arbeiten ausprobieren, wo die Idee des Systemischen noch erweitert werden kann. (Prob. I, S. 13)
- Ich bin momentan in keiner Supervisionsgruppe, weiss aber, dass ich sollte. (Prob. C, S. 6)
- Eigene Intervisionsgruppe und zusätzlich einmal wöchentlich im Team eine Art Intervision, welche sehr hilfreich ist. (Prob. C, S. 6)

3.5 Teamentwicklung

- Ich glaube, es wird fast ausschliesslich auf die Zusammenarbeit fokussiert, das steht im Zentrum. (Prob. D, S. 6)
- Teamentwicklung findet nicht in einem offiziellen Gefäss statt sondern eher privat während der Mittagspause. (Prob. G, S. 7)
- Ich denke, auf Leitungsebene findet ein reger Austausch statt. (Prob. G, S. 7)
- Hier sind wir kein Team in eigentlichen Sinn. Was heisst Teamentwicklung hier? (Prob. E, S. 6)
- Es wird von einem Vorprojekt gesprochen und es ist nirgends beschrieben, wie und wohin die Teamentwicklung geht. Teamentwicklung mit dem Zweigstellenteam??? Wir stehen diesbezüglich im leeren Raum und das macht mir Mühe. Es müsste von der lups her klar sein, was das hier ist. (Prob. E, S. 6)
- Wir haben kein offizielles Gefäss dafür, das entwickelt sich am Mittagstisch. (Prob. A, S. 5)

- Es sind von der Teamentwicklung her eher zwei Teams. Die inoffizielle Teamentwicklung findet jedoch ziemlich umfangreich in der Küche statt. (Prob. H, S. 9)
- Es hat bisher keine Teamentwicklung stattgefunden, aber wir beginnen nächstens damit. (Prob. C, S. 6)

3.6 Institution lups als Unterstützung der Zusammenarbeit

- Keine Ahnung ob es da Unterstützung oder was auch immer gibt. (Prob. B, S. 5)
- Räumliche Anliegen und Ideen in Bezug auf Therapieräume und Büros sind aufgenommen und umgesetzt worden. Es wurde ein Raum dazu gemietet, das war nicht von Anfang an geplant. (Prob. F, S. 5)
- Ich weiss nicht so genau, wie ein Dienst sonst ausgestattet ist, und bin auch zu wenig in diese Entscheidungen involviert. (Prob. F, S. 5)
- Ein kleines Budget um Dinge zu installieren ist vielleicht eine Form von Unterstützung. (Prob. C, S. 6)
- Es ist ein neues Projekt und vermutlich noch ein Randthema.
- Es braucht Engagement unsererseits, um Unterstützung zu bekommen. (Prob. C, S. 6)
- Wenn man es entwicklungsbezogen betrachtet, dann war am Anfang der Wert des Projekts der lups nicht wirklich bewusst. Durch unser Dranbleiben wurde immer mehr hingeschaut, was da passiert, man nimmt mehr Kenntnis davon, wir sind einmal mehr eingeladen, unser Projekt in der lups vorzustellen.
- Es ist eine Entwicklung im Gang. (Prob. D, S. 7)
- Räumliche Umgestaltungen werden gut unterstützt.
- Ich glaube, wir bekommen Unterstützung, aber in welcher Form genau, kann ich nicht sagen. (Prob. G, S. 7)
- Ich weiss nicht, wie wohlwollend man dieser Sache gegenübersteht, da gibt es Unterschiede. (Prob. E, S. 7)
- Es besteht ein sehr grosses Interesse am Projekt. (Prob. A, S. 5)
- Respekt und Bewunderung von Einzelpersonen. Vermutlich wird es nicht so enorm gestützt. (Prob. H, S. 9)

4 Zukunftsvisionen ([Hypothese: Die weitere Zusammenarbeit wird gewünscht und möchte konstruktiv weiter entwickelt werden](#))

4.1 Ambi Hochdorf in fünf Jahren

- Administrative Einheit nach innen und aussen, die noch mehr ein Teamgefühl entstehen lassen könnte.
- Vergrößerung des KJPD-Teams durch einen Mann.
- Gemeinsame Team- und Fachentwicklung, gemeinsame WB.
- Eine Leitung fürs ganze Team oder Co-Leitung. (Prob. H, S. 10)
- Triage für Familien anbieten können.
- Installierung einer Kinder- und Jugendsprechstunde. (Prob. G, S. 8)
- Etwas mehr autonom, z.B. Team- und Stellenleitung vor Ort könnte von einzelnen Mitarbeitern gemacht werden. (Prob. D, S. 8)
- Noch mehr zusammen sein auf verschiedenen Ebenen. Eine Einheit auch gegen aussen. (Prob. C, S. 7)

- Dass es selbstverständlicher wird, das Angebot zusammen am gleichen Ort zu konzipieren, und dass dies auch in allen anderen Ambulatorien integriert wird. (Prob. I, S. 14)
- Mehr gemeinsame Nutzung von Therapieräumen.
- Mehr Selbstverständlichkeit unserer gemeinsamen Arbeit gegenüber. (Prob. F, S. 6)
- Eine Stelle für Paartherapien, ein professionelles Angebot, als wichtige Erweiterung. (Prob. D, S. 8)

4.2 Was würde es dazu brauchen

- Ein gemeinsames Sekretariat
- Mehr Zeit für gemeinsame Fortbildungen und gemeinsame Fälle. (Prob. A, S. 6)
- Anschauen, was der KJPD und was das Erwachsenenambü jeweils braucht für eine Zusammenarbeit.
- Wie nennen wir uns und was steht an der Tür? Wie stark muss es psychiatrisiert werden, auch im Hinblick auf Stigmatisierungen? (Prob. E, S. 7)
- Der Raumbedarf wird vermutlich zunehmen. (Prob. G, S. 8)
- Ein gemeinsames Sekretariat.
- Selbstverständliche Gefässe, wo ein Austausch stattfinden kann.
- Mehr gemeinsame Familiengespräche. (Prob. C, S. 7)
- Ein Gefäss für Ideen zur weiteren Planung der Zusammenarbeit. (Prob. F, S. 6)
- Genügend zeitlichen Freiraum, um sich der Zusammenarbeit widmen zu können. (Prob. B, S. 5)
- Zeit zur Erarbeitung eines gemeinsamen Konzeptes, wie sich das Projekt weiter entwickeln soll. Zeitlich sind alle ein wenig am Anschlag der Kapazität. (Prob. F, S. 6)

4.3 Was noch nicht gesagt oder erfragt wurde

- Nachteil: Das gemeinsame Wartezimmer mit oft sichtbar sehr belasteten Erwachsenen ist für Eltern mit ihren Kindern nicht ideal und kann unter Umständen eine Hemmschwelle für eine Anmeldung bedeuten. (Prob. F, 6-7)
- Nachteil: Umgang mit hin- und hergeschobenen Informationen untereinander. Zu viele Informationen kann auch Vorbelastung bedeuten. Wie viel oder wie wenig braucht es? (Prob. C, S. 7)
- Gespannt auf das Ergebnis der Arbeiten und wie unsere Zusammenarbeit von aussen beurteilt wird. (Prob. G, S. 8)
- Wenn wir ein klares Projekt hätten, wäre das für alle die hier arbeiten wollen auch die Voraussetzung, Interesse für diese Zusammenarbeit haben zu müssen. Das Gelingen ist sehr abhängig von den Personen, die hier arbeiten. (Prob. E, S. 8)
- Der Wunsch, dass diese Art von Zusammenarbeit Verbreitung findet, dieses Modell und mit ihm die Erfahrungen, die wir machen. Dass es selbstverständlicher wird. (Prob. A, S. 6)
- Ideale Teamgrösse, es kann beweglich bleiben. Mut, Wagnis und Initiative wird hier gelebt. (Prob. H, S. 10)

G: AUSWERTUNG DER BISHERIGEN ZUSAMMENARBEIT (CA. 45 MIN.)

Gemeinsame Sitzung vom 06.03.2012

■■■■ Empfindet die Zusammenarbeit wertvoll und entlastend. Er würde es heute als Defizit sehen, ohne diese spezielle Form der Zusammenarbeit arbeiten zu müssen. Er erlebt positive Auswirkungen auf die Bildung des Behandlungsfokus im Einzelsetting. Wichtig sind die "kurzen Wege" d.h., die Domizilierung in gemeinsamen Räumlichkeiten ist Bedingung, dass das Konzept umgesetzt werden kann. Er höre gelegentlich auch kritische Stimmen von KollegInnen in seinem erweiterten Arbeitsumfeld. ■■■■ befürwortet die Weiterführung des Projektes.

■■■■ Es habe sich eine hohe Sensibilität in Erstabklärung bei Erwachsenen entwickelt. Er denke die familiäre Situation, insbesondere das Risikopotenzial für Kinder immer mit. Er erfährt durch die Zusammenarbeit eine erweiterte Datenlage aufgrund derer eine verbesserte, klarere Behandlungsstrategie entwickelt werden könne. Persönlich führe das dazu, dass er Behandlungsstrategien und -vorgehen mit mehr Sicherheit und Überzeugung PatientInnen gegenüber vertreten könne.

■■■■: erlebt die Zusammenarbeit wertvoll und hauptsächlich sehr entlastend. Arbeitet aktuell mit einem Kind, dessen Vater in einem andern Ambulatorium betreut ist und nimmt grossen Unterschied in der Zusammenarbeit war. Er würde sich wünschen, der Vater wäre in Hochdorf in Behandlung.

■■■■ Schätzt den Zuwachs an (Behandlungs-)Perspektive (ganzheitlicher) und "Werkzeuge" (verbesserte Handlungsfähigkeit) im Umgang mit Systemen. Er profitiert davon, dass "Familie" nicht nur definiert ist durch die biologische Elternschaft und das Leben unter einem Dach, sondern, der Begriff viele Formen beinhalten könne, wie beispielsweise Fortsetzungsfamilien, Einelternfamilien usw. Dadurch erlebe er eine gewisse "Legitimation" Behandlungsstrategien zu entwickeln und Settings zu bestimmen. Er erlebe die Zusammenarbeit äusserst wertvoll und ist überzeugt, dass die Familien insgesamt, vor allem aber von der Tatsache profitieren, dass beiden Ambulatorien im gleichen Haus arbeiten.

■■■■ Er habe sich anfänglich gefragt, was das Projekt eigentlich soll und habe etwas "infiziert" werden müssen. Kritik: Auslastung der Kapazität, konkret, die Zusammenarbeit benötigt Ressourcen, die andernorts ggf. fehlen (Workshops, höhere fachliche Anforderungen, Auswirkungen auf den C-Wert). Der Punkt "gemeinsames Wartezimmer" muss seiner Meinung nach diskutiert werden. Er erfahre die Zusammenarbeit aber auch sehr entlastend und findet die "kurzen Wege" zur andern Disziplin sehr wertvoll. Das "familienfreundliche Klima" im Ambi führe gelegentlich dazu, dass in Behandlung stehende Eltern ihre (gesunden) Kinder mit ins Ambi bringen.

■■■■ Betont Entlastung beispielweise in einem aktuellen Fall, ■■■■
■■■■ praktisch sofort intern betreut werden konnte. Erlebte erstmals im Rahmen einer längeren Ferienabwesenheit, dass der Kollege im Erwachsenen-Ambi, ihn vertreten hat. Gleiche Räumlichkeiten bringen grossen Gewinn, freut sich über den Bewegungsraum im Keller. Schätzt die fachliche Nähe, es habe sich ein Vertraut-Sein auf unterschiedlichen Ebenen entwickelt (gemeinsame Behandlungserfahrung, "feinstoffliches" Zusammenwachsen der Teams am Mittagstisch).

Kritische Aspekte seien: die institutionelle Vorgabe zwar Elterngespräche jedoch keine Paargespräche durchzuführen lasse sich immer weniger aufrechterhalten, weil bei belasteten Elternpaaren die Paarkonflikte auf das erzieherische Verhalten überschwappe. Zeitliche Beanspruchung und Frage, wie sich die Zusammenarbeit auf die Entwicklung des C-Wertes auswirken wird (spürt vermehrt den institutionellen Druck). Wünscht sich einerseits deutlicheres Bekenntnis durch den Chefarzt zum Projekt (Legitimation), andererseits einen andern Namen für das Ambulatorium ohne den Teil "psychiatrisch". Möchte die "Rolle des Sekretariats" in Bezug auf das Empfangsmanagement und Wartezimmer diskutieren. Regt an, ob MBT Übung Fallbesprechung ggf. auch gemeinsam stattfinden könnten.

■■■■■: äussern Erstaunen wie deutlich sich unsere gemeinsame "Vision" in den letzten zwei Jahren in einer gelebten Zusammenbeitskultur niedergeschlagen hat. Beide betonen die enorme Entlastung, den Zuwachs an (Be-)Handlungskompetenz, die Entwicklung eines gemeinsamen Fall- und Behandlungsverständnisses und deren Wert für die Entwicklung einer individualisierten Behandlungsstrategie, die Entwicklung von Wertschätzung, Respekt und Anerkennung der je andern Disziplin. Die gemeinsamen Fallbesprechung könnten noch etwas mehr strukturiert werden in dem der "Fall" anhand eines Genogramms mit folgenden Schwerpunkten referiert wird:

- Handelt es sich um eine Vorbereitung auf ein Erstgespräch?
- Anmeldekontext
- Problemschilderung
- Nach erfolgtem Erstgespräch oder nach einer Behandlungssequenz zusätzlich:
- Auftrag
- Bisherige Zielsetzung/bisherige Behandlungsstrategie/bisherige Interventionen (Setting)/ was war erfolgreich, was nicht?
- Fragestellung

Weitere wichtige Aspekte und Ideen zur Sicherung des Projekts:

- Verankerung des Projektgedankens auf Leitungsebene
- Anmeldung an den KJPD vor Ort
- gemeinsame Agenda
- gegenseitiger Zugang zu KG's

Diskussion gemeinsames Wartezimmer fand noch nicht statt, wird für die nächste Sitzung vorgesehen.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: