1. Referat:
Erfahrungen mit interdisziplinärer Kooperation und Netzwerkarbeit
Ute Bürgermeister

Frau Bürgermeister ist als Sozialpädagogin im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes des Landekreises Oberspreewal Lausitz tätig. Sie verfügt über viele Jahre Erfahrung insbesondere in der kleinen Angehörigenarbeit.
In ihrem Referat machte sie deutlich, wie wichtig die Arbeit mit den Kindern psychisch erkrankter Eltern ist und das Kinder auch als Angehörige zu betrachten sind; eben „kleine Angehörige“.
Frau Bürgermeister stellte dar, wie sich diese Arbeit seit 1994 im Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Oberspreewald Lausitz entwickelte.

→ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung Referat 1

Grundlage der kleinen Angehörigen-Arbeit sind drei Säulen der Arbeit im SPDI

1. *Der Betroffene*
2. *Der erwachsene Angehörige*
3. *Der kleine Angehörige*

der Betroffene der Erwachsene (Angehörige) der kleine Angehörige

Im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld

Die gesetzliche Grundlage zur Durchführung der „kleinen Angehörigenarbeit" findet sich im § 52 III Psych KG.

Ziele der kleinen Angehörigenarbeit:

Ressourcenarbeit, Entlastung und Reflexion

Kriterien für die Arbeit mit den kleinen Angehörigen:

- *Erlaubnis der Eltern,*
- *Motivation des Kindes zur Teilnahme,*
- *Verstehen der Erkrankung, Kind gerechte Aufklärung*
- *Veränderung des Eltern- Kind- Verhältnisses,*
- *Umgang mit stark wechselnden Lebensbedingungen/Veränderung der Lebensbeziehungen*
- *altersgerechte Informationen zu Entlastungsmöglichkeiten,*
- *Kontinuität*
- *Abnahme der Verantwortung, Schuldgefühle abbauen*
- *Ressourcenarbeit; Mut und Freude stärken*
- *Vorsorge (Notfallplan)*
- *Möglichkeiten lernen, sich vor Grenzüberschreitung zu schützen*
- *Umgang mit eigenen Gefühlen wie Ängste vor Selbsterkrankung, Schamgefühle, Trauer, Wut, Aggressionen*
- *Wissensvermittlung für Eltern und andere Angehörige*
- *Rückzugstendenzen entgegenwirken*

Ergebnisse der bisherigen Arbeit:

62 „kleine Angehörige" in 15 Jahren Gruppe, zurzeit 13 „kleine Angehörige in aktiver Gruppe

- *Kontakte auch nach Austritt aus der Gruppe*
- *feste Rituale und Regeln innerhalb der Gruppe*
- *neu – kleines Buch für jedes Kind: „Mein kleiner Wegbegleiter"*

Vernetzung der Hilfen:

2004 erfolgte der erste Fachaustausch

- *Bestand herausgestellt*
- *Notfallplan entwickelt (möglichst wird dieser in gesunden Zeiten der Mutter erstellt) – ganz wichtig festzuhalten, wo soll das Kind wohnen, wenn sich die Mutter nicht kümmern kann in Akutsituationen + wer sind Bezugspersonen*
- *rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen*

2. Referat:
Eltern mit Borderlinestörung und affektiven Störungen in der stationären Psychiatrie
Dr. med. D. Sikorski

Der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Carl Thiem Klinikums, Herr Dr. Sikorski gab einen umfassenden Überblick über speziell ausgewählte psychische Erkrankungen. Insbesondere die Auswirkungen dieser Störungsbilder lassen die Helfer an ihre fachlichen Grenzen stoßen.

→ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung Referat 2

<u>Borderlinestörung</u>

Als besonders typisch für das Entstehen einer BPS werden drei Typen von Familien Gesehen- 3 Typologien nach Cierpka:

chaotisch-instabile Familien	*vernachlässigende und emotional missbrauchende Familie*	*Parentifizierung in Familie*

BPS entsteht durch schädigendes Verhalten der Eltern oder ein Trauma in der oralen Phase.
Im ICD 10 F60.3 finden sich Aussagen zur Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F 60.30 impulsiver Typ; F 60.31 Borderline Typ)

*Von Borderlinestörung kann gesprochen werden, wenn mindestens 5 der nachfolgenden Kriterien nach dem **DSM IV** (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) erfüllt sind:*

1. *Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.*
2. *Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.*
3. *Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.*
4. *Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zuviel oder zu wenig essen). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.*
5. *Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.*
6. *Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).*
7. *Chronische Gefühle von Leere.*
8. *Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).*
9. *Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.*

Eine Familientherapie ist angezeigt, wenn

- *eine akute Krise vorherrscht*
- *Störungen bei mehreren Familienangehörigen vorhanden ist*
- *sie unterstützende Wirkung hat*
- *der Indexpatient misstrauisch ist*

Bipolare Erkrankungen (nach ICD 10 F31.- Bipolare affektive Störung)

Eine Familientherapie ist angezeigt, wenn

- *Die Rückfallgefahr groß ist*
- *Ein Klinikaufenthalt zu vermeiden wäre*
- *Die Ehe oder Partnerschaft stark beeinträchtigt ist*

Symptome:

- *Reden unaufhörlich*
- *Überhaupt keine Ruhephasen*
- *Keine Nachtschlafphasen*
- *Stehen morgens nicht mehr auf*
- *Essen und trinken kaum*
- *Abends ist der Zustand meist besser*
- *Manien und Depressionen wechseln sich ab*

3. Referat
Psychische Erkrankung der Eltern und Kindeswohl
Wichtige Faktoren zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung
Katja Beeck

Katja Beeck stellte den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Fachtages ein umfassendes Handout zur Verfügung; eine Veröffentlichung im Internet ist nicht möglich.
Einzelne Exemplare liegen im Fachbereich Jugend, Schule und Sport bei Frau Schloßhauer.

Die Workshops

Workshop 1:
Rollen von Kindern psychisch erkrankter Eltern in ihren Familien, Risiken, Chancen und rollenspezifische Unterstützung der Kinder (Katja Beeck)

Die TeilnehmerInnen des Workshops sollten durch ein Rollenspiel die unterschiedlichen Rollen wahrnehmen, in die Kinder psychisch kranker Eltern hineinkommen.
Fünf freiwillige Teilnehmer spielten einen alltäglichen Ablauf einer Familie mit einer allein erziehenden psychisch erkrankten Mutter (depressiv, Selbstmordversuche, nicht in ärztlicher Behandlung); vier Kinder im Alter von 5-14 Jahren.
Die anderen TeilnehmerInnen wurden in Gruppen eingeteilt, welche auf das Verhalten, den Nutzen der Rolle für das Kind, Nutzen für die Familie und auf die Priorität bei der Unterstützung der Kinder achten sollten

Workshop 2:
Wege und Möglichkeiten einer Zusammenarbeit von Jugendhilfe und stationärer Erwachsenenpsychiatrie (Dr. med. D. Sikorski, S. Seime - ASD)

Zu Beginn des Workshops formulierten die TeilnehmerInnen ihre Erwartungen und mit welchen Tipps sie den Workshop verlassen möchten.

→ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung Workshop 2

Als Einstieg in einen gemeinsamen Austausch sollten die TeilnehmerInnen die Assoziationen benennen, die die Begriffe Jugendamt und Psychiatrie hervorrufen

Jugendamt:

- *Kinderschutz → Transparenz… Aufgabe…*
- *Hilfen → Aufklärung für den Klienten notwendig…*

Psychiatrie:

- *nur auf freiwilliger Basis*
- *nur bei Eigen- oder Fremdgefährdung Einweisung gegen den Willen des Patienten*

Im Anschluss erfolgte eine rege Diskussion wie sich die Zusammenarbeit beider Institutionen gestalten kann, aber auch deutlich die Grenzen zu benennen.
Insbesondere die Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdung (Wann kann das Kind wieder zum kranken Elternteil zurück?) wurde thematisiert.

Eine gemeinsame Ideensammlung vom Jugendamt und Psychiatrie

…Fallkonferenz mit Psychiatrie einberufen, um die Erkrankung abzuschätzen
…Passus „Schweigepflicht“ muss bei Kindeswohlgefährdung abgesichert werden
…Praxisbeispiele schildern und gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen
…zwischen Psychiatrie und Jugendamt besteht eine schlechte Kommunikation
…ist eine Inobhutnahme eine „Bankrotterklärung“?

aber auch die Formulierung von Problemen (Jugendamt):

…Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Familienbetreuung
…Mutter- Kind- Beziehung ist trotz Inobhutnahme vorhanden (Wie pflegt man die Beziehung?)

führten zu ersten Überlegungen, wie sich beide Institutionen unterstützen könnten:

Vorschläge der Psychiatrie (Hilfestellung für das Jugendamt):

- *Medikamenteneinnahme durch Medikamentenspiegel in der Klinik überprüfen*

Vorschläge des Jugendamtes (Hilfestellung für die Psychiatrie):

- *Erklärung des § 8a SGB VIII - Definition Kindeswohl*
- *Gutachten durch Fachpersonal über Eltern/ Erziehungskompetenzen*
- *keine einheitliche Definition für den Begriff „Kindeswohl“*
- *Einzelabwägung trifft kein Mitarbeiter allein (unterschiedliche Familien führen zu unterschiedlichen Faktoren, z.B. Alter, Geschwister, Krankheit, etc.)*

Eine grundsätzliche Bereitschaft für eine Zusammenarbeit zwischen beiden Institutionen war in diesem Workshop erkennbar.

Workshop 3:
Methoden in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern, unter Beachtung der drei Säulen der Arbeit im sozialpsychiatrischen Dienst
(Ute Bürgermeister)

Auch in diesem Workshop wurde mit Hilfe eines Rollenspiels die Situation eines Kindes einer schizophrenen Mutter erlebbar gemacht.
In der Bearbeitung sollte auf das Konzept, welches Frau Bürgermeister im Referat vorgestellt hatte, zurückgegriffen werden.

- der Mutter muss die Angst genommen werden, dass das Kind aus der Familie muss (bspw. durch einen Notfallplan)
- bei akuter Gefahr für das Kind darf man nicht warten – Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung
- Aufklärung der Kinder wichtig, gerade wegen der Angst selbst daran Schuld zu sein (Bspw.: Buch Sonnige Traurigtage – kindgerechte Aufklärung)
- dem Kind auch erklären, dass nur der Fachmann der „Mama“ helfen kann, es aber immer in der Nähe von „Mama“ ist
- stabile Bezugspersonen sind <u>sehr</u> wichtig – ist auch immer wieder im Gespräch mit Sarah deutlich geworden

Sarah, deren Geschichte im Referat erzählt wurde, war den gesamten WS anwesend – man hatte die Möglichkeit ihr Fragen zu stellen

Workshop 4:
Gemeinsame Wohnformen für psychisch kranke Mütter und ihren Kindern – Anforderungen und Rahmenbedingungen. Erfahrungen aus 15 Jahren Arbeit
(M.Engelmann, S. Grebe PROWO e.V. Berlin)
Workshop 5:
Die Wippe in Balance – Einsatz von DBT im therapeutischen Wohnverband
(Katja Solovei, Katrin Hübscher PROWO e.V. Berlin)

⟶ Zusammenfassung

Zusammenfassung Workshop 4 und 5

Der Träger Prowo Berlin e.V. berichtet insbesondere über die Arbeit im therapeutischen Wohnprojekt für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern.
In den Einrichtungen von Prowo Berlin e.V. werden Mütter mit folgenden Diagnosen betreut:

- *Psychotische Erkrankungen*
- *Persönlichkeitsstörungen*
- *Depressionen*
- *Angsterkrankungen*
- *Alkoholabhängigkeit*
- *Cannabisabhängigkeit*
- *Essstörungen*

Die häufigste Motivation der Frauen, sich in eine dieser Einrichtungen zu begeben, ist die, dass sie ihre Kinder nicht verlieren wollen.
Daher kommt der Grundhaltung in der Arbeit mit diesen Müttern eine besondere Bedeutung zu:

- *Wir gehen mit den Frauen um, wie sie mit ihren Kindern umgehen sollen: liebevoll, mit klaren Regeln und Grenzen und Anforderungen, die dem Stand ihrer Entwicklung entsprechen*
- *Die Sorge um und für ein Kind kann ein starker Motor (Stabilisator) für die Entwicklung der Mutter sein*
- *Unabdingbar ist dabei die maximale Konfrontation mit der Realität (z.B. mit Schulden, eigenes Verhalten und die Folgen, Beziehung zum Kind, Partner, Umgang mit Finanzen, Ernährung)*

Problembereiche psychisch kranker Mütter...

- *Nähe-Distanz-Regulation*
- *Emotionale Überforderung*
- *Fehlinterpretation oder mangelnde Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse*
- *Neigung zu Kindesmisshandlung in belastenden Situationen*

...und die möglichen Folgen für das Kind

- *Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung liegt bei 30%*
- *Aufbau einer sicheren Bindung ist gefährdet, dadurch Entwicklungsverzögerung*
- *Übermäßiges Empfinden von Wut, Schuld, Misstrauen, Angst*
- *Schamempfinden bzgl. der Mutter*

Für Mütter mit einer Borderlinestörung, gibt es ein spezielles Therapieangebot - Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT)
DBT = Verhaltenstherapie mit dialektischer Grundhaltung; d.h. Synthese/Ausbalancierung der zwei Gegensätze Akzeptanz (Klienten als Individuum mit all seinen Stärken und vor allem Schwächen so akzeptieren/wertschätzen wie er ist) und Veränderung (Notwendigkeit der Veränderung vermitteln) mittels kontinuierlicher verhaltenstherapeutischer Prozesse
In den 80er Jahren von der US-amerikanischen Psychologin Marsha Linehan als störungsspezifische ambulante Behandlungsform für chronisch suizidale Frauen mit BPS entwickelt, mittlerweile auch stationär durchgeführt
DBT integriert Vorgehensweisen aus unterschiedl. Therapeut. Schulen (Gestalttherapie, Hypnotherapie), sowie Betrachtungsweisen und Übungen aus dem Zen-Buddhismus (insbes. das Konzept der Achtsamkeit, dass sowohl im Zen-Buddhismus als auch beim DBT-Konzept eine überragende Rolle spielt)

<u>DBT-Grundannahmen</u>

Patientinnen...

…geben sich wirklich Mühe und wollen sich ändern
...mit Borderline-PS müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten, höher motiviert sein als andere (Das ist UNGERECHT!)
...können in der Therapie nicht versagen
...müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen
...haben ihre Probleme im Allgemeinen nicht selbst herbeigeführt, müssen sie aber selber lösen

Wahrheit ist immer subjektiv!
Grundannahmen führen zu einem guten therapeutischen Klima, Klientinnen fühlen sich ernst genommen
Versuch der Therapeuten, sich diesem Codex zu unterziehen und die Position eines Coachs einzunehmen
Therapeuten, die Borderline-Patienten behandeln, brauchen Unterstützung
Das Leben suizidaler Borderline-Patienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht auszuhalten.

Neben diesen Grundannahmen, die für die Arbeit notwendig sind, wurden im Workshop die umfänglichen DBT-Behandlungsstrategien vorgestellt.

Workshop 6:
Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern in gruppenpädagogischen Angeboten
(Doris Klinke-Schulze, Britta Horn -Jugendhilfe Cottbus gGmbH)

In diesem Workshop wurde das das Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern von Jugendhilfe Cottbus gGmbH vorgestellt.
Dieses Angebot richtet sich an Kinder im Alter von 8-10 Jahren. Die Kinder treffen sich 2-mal im Monat für jeweils eine Stunde. Insgesamt gibt es 10 Gruppentermine.

→ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung Workshop 6

Mit einem Handpuppenspiel wurden die wichtigsten Thesen/Anforderungen an die Arbeit mit Kindern herausgearbeitet:

1. *Viele Kinder fragen sich, was ist los mit Mama oder Papa? Doch die Antworten bleiben oft aus → Dinge, über die man nicht sprechen kann, wirken bedrohlich*
2. *Kinder psychisch kranker Eltern erleben überdurchschnittlich häufig Trennungen und Beziehungsabbrüche*
3. *organisatorische Schwierigkeiten belasten den Alltag von Kindern psychisch kranker Eltern → ein Notfallplan wird in paralleler Elternarbeit erstellt*
4. *viele Kinder sind auf die Eltern und deren Erkrankung wütend*
5. *viele Kinder fragen sich, ob sie auch eine psychische Erkrankung entwickeln können → eine gewisse „Dünnhäutigkeit“ bei psychischen Belastungen wird oft vererbt*
6. *viele Kinder von psychisch kranken Eltern finden keinen Anschluss an Gleichaltrige (z.T. sozial isoliert)*
7. *oft sind Kinder der Meinung, das ihr Verhalten Einfluss auf die elterliche Erkrankung habe und übernehmen Verantwortung für Geschwister und Eltern*
8. *LehrerInnen und ErzieherInnen sind u.a. als Ansprechpartner für Kinder von psychisch kranken Eltern sehr wichtig*
9. *Kinder haben ein Recht darauf, es sich trotz elterlicher Erkrankung gut gehen zu lassen*

Workshop 7:
Grenzen der Erziehungsfähigkeit – psychische Erkrankungen im familiengerichtlichen Kontext
(Marina Maasch - Sachverständige, Verfahrensbeistand; GPWO Cottbus)

Die TeilnehmerInnen des Workshops sollten zu Beginn selbst die Fragestellung – Was sind Kriterien für Grenzen der Erziehungsfähigkeit?- bearbeiten.

Schnell wurde klar, dass es schwierig ist, eindeutige Kriterien festzulegen

pro Gruppe konnten dennoch ca. 4 Kriterien formuliert werden (mit Diskussion und Erfahrungsaustausch)

Nur in zwei Kriterien waren sich die beiden Gruppen einig:

1. fehlende Problemeinsicht der Eltern,
2. keine/falsche Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse

- grundsätzlich sollte man sich an der Fragestellung orientieren: Was brauchen Kinder?

→ **Zusammenfassung/ Handout**

Workshop 8:

Psychisch kranke Eltern = psychisch kranke Kinder? Die Zusammenarbeit zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie

(*Herr Th. Schirmer* - Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lübben;
Frau Dr. Sikorski -Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Cottbus)

In diesem Workshop wurde deutlich, wie hoch die Abgrenzung der beiden Professionen nach wie vor ist. Umso erfreulicher war es, dass dieser Workshop von Vertretern beider Institutionen geleitet wurde.

→ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung Workshop 8

Ein großes Thema war die Frage, wie es gelingen kann, die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, Kinder-und Jugendpsychiatrie, der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderklinik usw. besser zu vernetzen?

Erfahrungen der TeilnehmerInnen:

- *in der Erwachsenenpsychiatrie wird nicht an die Kinder gedacht*
  Es wird nicht zugelassen, Fragen zu stellen
  Man will die Kinder raushalten
- *Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist sehr schlecht, da sich die Erwachsenenpsychiatrie für die Kinder nicht fühlt (da Kinder dort nicht behandelt werden)*

Erfahrungen aus der Erwachsenenpsychiatrie:

55% der Erwachsenen haben die Behandlung abgebrochen, da sie Angst vor dem Jugendamt hatten
12% wurden nicht von den behandelnden Ärzten befragt oder wurden während der Behandlung nicht gefragt ob Kinder vorhanden sind

Überlegungen/Diskussionsschwerpunkte

- *in der Anamnese sollte immer nach Kindern gefragt werden*
- *die Kinder sollten mit einbezogen werden und Voraussetzung ist, dass die Krankheitseinsicht von dem erkrankten Elternteil vorhanden sein muss*
- *Wie wichtig ist Aufklärung?*
  Kinder machen sich eigene Gedanken und denken sie sind mit dran beteiligt, dass die Eltern krank sind
  Erwachsene haben Angst, es den Kindern zu sagen - wer kann unterstützen?
- *positiv ist, dass sich die Ärzte damit auseinandersetzen und hinterfragen*
- *dabei sind in der Erwachsenenpsychiatrie Weiterbildungen notwendig*