



Im Beruflichen Schulzentrum Löbau
Dietrich – Bonhoeffer – Straße 9

Programmablauf

- 9.00 Uhr **Ankommen und Anmeldung**
- 9.30 Uhr **Begrüßung**
Ines Fabisch (Gleichstellungsbeauftragte des Landkreises Görlitz)
Romy Wiesner (Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Görlitz)
- 09.45 Uhr **Impulsreferat**
„Rechtliche Einordnung – Schnittstellen – Gerichtliche Mittel“
Frau Brigitte Springer-Grunewald
Richterin am Amtsgericht Löbau
- 10.30 Uhr **Impulsreferat**
„Frauen in außergewöhnlichen Problemlagen - Hilfen zur Stressbewältigung“
Frau Annette Stoschek
Diplompsychologin im Gesundheitsamt des Landratsamtes Görlitz
- 11.15 Uhr **Impulsreferat**
Psychische Erkrankungen bei Frauen nach häuslicher Gewalt – Worauf sollte ich achten, wenn ich den Frauen Hilfestellung bei der Bewältigung geben will?
Herr Dr. Johannes Letzel
Oberarzt in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Städtischen Klinikum Görlitz
- 12.00 Uhr **Vorstellung der Workshops**
- 12.15 Uhr **Mittagspause**
- 13.00 Uhr **Methodenworkshops**
- WS I**
„Frauen mit psychischen Erkrankungen und Gewalterfahrung aus Sicht des Sozialdienstes“ (Fallkonstellation)
- WS II**
„Betroffene Frauen in Schutzeinrichtungen“ (Fallkonstellation)
- WS III**
„Kinder als Betroffene“
Erfahrungen – Hilfsangebote – Netzwerke
- 15.00 Uhr **Vorstellung der Ergebnisse und Zusammenfassung der Workshops**
- 16.00 Uhr **Ende des Faktages**

Moderation: Frau Bärbel Moritz

„Rechtliche Einordnung – Schnittstellen – Gerichtliche Mittel“

Frau Brigitte Springer-Grunewald

Was heißt neben der Spur?

Psychische Erkrankung/ geistige Behinderung/ Drogenkonsum

Welche Frauen sind gemeint?

Im familiengerichtlichen Alltag: **Mütter**

-> angesprochen ist damit der großer Bereich der **elterliche Sorge** (betrifft auch Vermögen) und damit zugleich: **Kindeswohl** (betrifft nicht Vermögen)



Zu der mir gestellten Frage, welche rechtlichen Möglichkeiten haben psychisch kranke Mütter hinsichtlich ihrer Kinder, gibt es nicht viel zu sagen, da das Gesetz da trotz der vielen Regelungen, wenig bietet. Folgend eine kurze Darstellung.

Zwei Bereiche, in denen akute psychische Belastungen mit Behandlungsnotwendigkeit rechtlich relevant werden können:

a. Kindeswohlgefährdungsverfahren gem. § 1666 BGB

Das körperliche, seelische oder/und geistige Wohl eines Kindes (oder sein Vermögen) ist durch die Beeinträchtigung der betroffenen Mutter gefährdet¹.

Und die Eltern sind nicht gewillt oder in der Lage.

Dann ergreift das Familiengericht geeignete Maßnahmen, um die Gefährdung abzuwenden.

Welche Maßnahmen sind das? § 1666 III BGB – Katalog beispielhaft

b. Verfahren im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung

Umgang oder (gemeinsame) elterliche Sorge begründen oder auflösen

z.B. Mutter konsumiert Drogen – Vater beantragt, ihm die elterliche Sorge oder Teile davon allein zu übertragen

Alles, was zu entscheiden ist, ist unter Berücksichtigung des Kindeswohls zu entscheiden.

General geklärt im **§ 1697a BGB - Kindeswohlprinzip**

Einzelne gesetzliche Regelungen, in denen das Kindeswohl Maßstab ist:

§ 1627 BGB – elterliche Sorge² zum Wohl des Kindes³ ausüben

§ 1631 b BGB – Unterbringung – zum Wohl des Kindes erforderlich

§ 1632 IV BGB – Wegnahme v. Pflegefamilie – ist Kind dadurch gefährdet?

§ 1671 II BGB – e.S. nur auf einen Elternteil, wenn dem Wohl d.K am besten entsprechend

¹ Gefährdung meint die potentielle Schädigung, d.h. eine Schädigung ist noch nicht eingetreten

§ 1672 I BGB – e.S. nur auf den anderen Elternteil, wenn dem Wohl d.K. dienend

§ 1678 II BGB – (tatsächl. Verhinderung o.ä.) dem Wohl d.K. dienend

§ 1680 I BGB – dem Wohl des Kindes nicht widersprechend

§ 1680 II BGB – dem Wohl des Kindes dienend

§ 1682 BGB Wegnahme von Bezugspersonen – ist Kind gefährdet

§ 1684 IV BGB Umgangsausschluss wenn zum Wohl d. K. erforderlich

§ 1685 BGB Umgang Großeltern – dem Wohl d.K. dienlich

§ 1686 BGB Auskunft über das Kind, wenn Wohl d.K. nicht widerspricht

§ 1687 II BGB getrennt lebende Eltern – Einschränkung der Befugnisse, wenn zum Wohl d.K. erforderlich

§ 1687 b BGB Befugnisse des Ehegatten eines Elternteils – berechtigt, wenn zum Wohl des Kindes notwendig; einschränken, wenn zum Wohl d.K. erforderlich

Conclusio:

Das Kind und seine Bedürfnisse nach beschütztem, gesundem Aufwachsen stehen im Mittelpunkt bzw. ist das Zünglein an der Waage und nicht die Mutter neben der Spur!

Damit klar wird, **weshalb** überhaupt eine gerichtliche Intervention möglich wird und **in welchem Zusammenhang** die gerichtliche Intervention steht:

→ ein Blick auf die Grundrechte Art. 1,2,3 und 6 GG, die für Eltern wie Kinder gelten:

Art. 1 GG: Die Würde des Menschen ist unantastbar; sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Art. 2 GG: (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er dadurch nicht die Rechte anderer verletzt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit; die Freiheit der Person ist unverletzlich; in diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Art. 3 GG: (1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

(3) Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, Glauben, religiöse oder politische Weltanschauung – keine Benachteiligung; keine Benachteiligung wegen Behinderung

Art. 6 GG: (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur aufgrund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.

(4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der staatlichen Gemeinschaft.

→ *Kollision der Grundrechte*

Bedeutet: Kind und Mutter, die neben der Spur läuft

D.h. die Grundrechte, die kollidieren, müssen so weit wie möglich in Einklang gebracht werden, so dass von jedem so viel wie möglich an (Wesens)-Gehalt für seine/n Träger/in übrig bleibt. Schnittstelle dazu dürfte §§ 1666, 1666a BGB sein – insbesondere § 1666 III BGB - Katalog der Maßnahmen → darin zuerst: die **Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen**

Was kann das Gericht tun?

In Fragen der Kindeswohlgefährdung **NUR** das, was die Träger dieser Hilfen anbieten-§1666 III BGB

→ Kooperation von Gericht, Träger der Hilfen, sowie der anderen Verfahrensbeteiligten und ihre gemeinsame Kreativität ist gefragt, damit die jeweilige Problematik wirklich gelöst werden kann

(gilt auch für die Verfahren im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung)

Was kann die Mutter tun?

bspw. aus der Therapie entlassen:

- Kontaktabbau mit den Kindern
- Kontaktabbau mit anderem Elternteil / Großeltern
- Antrag auf Umgang stellen

bspw. im Kontext häuslicher Gewalt:

- Antrag auf Übertragung von Anteilen der elterlichen Sorge auf die Mutter
 - Antrag auf Umgangsabschluss - Kinder mit gewalttätigem Partner Umgangsrecht der Kinder und des Vaters und Umgangspflicht des Vaters
- in einem Fall, in dem sich die Gewalt nur unter den Partnern abspielt, sehr problematisch – denn Gefährdung der Kinder nach Trennung der Partner gebannt

Was können Sie tun?

§ 157 FamFG Erörterungstermin regelmäßig mit den Eltern und dem JA – ggfls. auch mit dem Kind, in dem erörtert wird, wie der Gefährdung mit welchen zur Verfügung stehenden Mitteln begegnet werden kann und welche Folgen die Nichtannahme der öffentlichen Hilfen haben kann, nämlich : Sorgerechtsentzug kommt es zum Entzug der elterlichen Sorge und dem Einsatz einen Vormundes, ist beim Familienrichter alles getan.

→ Was danach kommt, liegt beim Vormund – i.d.R. der AV. Was aus dem Verhältnis / der Bindung des Kindes zu der Mutter neben der Spur / der Beziehung der Mutter neben der Spur zu dem Kind, dem größtmöglichen Erhalt der Familie etc. wird, liegt wieder bei den tatsächlichen Helfern.

Exkursion:

Wenn für die Mutter neben der Spur ein Betreuer nach dem Betreuungsrecht bestellt ist, ist er nur für die Mutter bestellt und nicht zugleich auch für ihre minderjährigen Kinder. D.h., der Betreuer kann und darf keine Entscheidungen innerhalb der elterlichen Sorge treffen; einem Betreuer können auch nicht vom Betreuungsgericht Angelegenheiten der elterlichen Sorge übertragen werden, denn der Betreuer kann nur für den rechtlichen Bereich eines Erwachsenen, der nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten – und zwar nur seine Angelegenheiten (dazu gehören nicht (!) die Angelegenheiten der Kinder) – zu regeln, bestellt werden. Der Betreuer kann auch keine Anträge auf HzE stellen – selbst wenn er für die Vertretung der Betreuten vor Behörden bestellt ist.

Etwas anderes ist es, wenn der Betreuer sieht, dass die Kinder der Betreuten unter ihrem Zustand leiden oder nicht ausreichend betreut oder versorgt werden. Dann sollte er mindestens dem Betreuungsgericht darüber Mitteilung machen; das Betreuungsgericht leitet es dem Familiengericht (i.d.R. im selben Gericht) weiter und von dort aus wird dann Kindeswohlgefährdung geprüft.

Anregung: Kontakt von JA und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe mit Betreuungsbehörde und Betreuungsverein, um mögliche gemeinsame Hilfeleistungen zu überlegen (Gibt es eine Schnittmenge? kurze Wege-schnelle Hilfe).

„Frauen in außergewöhnlichen Problemlagen - Hilfen zur Stressbewältigung“

Frau Annette Stoschek

Der Begriff „Stress“ wurde im England des 17. Jahrhundert im Sinne von Not und Mühsal verwendet. Im 18. Jahrhundert verstand man darunter, dass eine Person starkem Druck/Gewicht ausgesetzt war.

Heute bezeichnet „Stress“ einen **Zustand innerer Spannung, die durch äußere Bedingungen hervorgehoben wird**. In Sekundenschnelle reagiert der Mensch auf einwirkende Reize. Die Aktivität des sympathischen Anteils des Nervensystems wird erhöht, um Energie zu mobilisieren. In der Folge erhöht sich die Herzfrequenz, Gehirn und Organe werden stärker durchblutet und der Blutdruck steigt. Dafür wird Blut aus den Verdauungsorganen abgezogen. Vom Gehirn erfolgt ein Impuls an die Nebenniere, Hormone zur Aktivierung (Adrenalin und Noradrenalin) auszuschütten.

Ein Reizangebot im normalen Rahmen wird als *Eustress* bezeichnet. Unser Gehirn kann jedoch bei einem zu hohen Reizniveau als auch bei fehlenden Reizen nicht optimal funktionieren. Die daraus resultierenden Reaktionen werden *Disstress* genannt. Ab wann aus Eustress ein Disstress wird, ist individuell und auch situativ sehr verschieden.

Anpassungs- und Belastungsstörungen

Unfälle, schlimme Ereignisse, Katastrophen, schmerzhafter Verlust u. a. m. können zu nachhaltigen Beeinträchtigungen des subjektiven Befindens und zu körperlichen Symptomen führen.



- es liegen ein oder zwei ursächliche Faktoren – belastende Lebensereignisse oder besondere Lebensveränderungen – vor (z.B. Tod einer Bezugsperson, Scheidung, Geschwistergeburt, erworbene körperliche Verletzungen oder Krankheiten)
- die Störungen entstehen direkt als die Folge eines Traumas bzw. einer schweren Belastung
- erfolgreiche Bewältigungsstrategien werden durch die Störung behindert u. es leidet die soziale Leistungsfähigkeit darunter
- die beobachteten psychopathologischen Phänomene oder Funktionsstörungen liegen außerhalb der Norm
- die Symptome sind aber weniger schwer als bei den spezifischen diagnostischen Kriterien psychischer Störungen
- die Dauer der Symptome ist klar beschränkt
- die Symptome sind nicht auf eine zuvor bereits bestehende psychische Störung zurückzuführen

1. Anpassungsstörung

= Zustände von subjektiven Leiden, emotionaler Beeinträchtigung sowie Behinderung der sozialen Funktionstüchtigkeit als Folge von Traumata

- häufig auffällig durch Depressionen, ängstlichen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, regressive Symptome/Dauer meist nicht länger als 6 Monate
- Auftreten der Symptome erstmals innerhalb eines Monats nach dem Trauma

2. Akute Belastungsstörung

= vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad

- der Auslöser ist klar benennbar, sie Symptome folgen unmittelbar (z.B. Reaktion auf Unfall, Katastrophe, Verbrechen ...)
- Symptome (Gefühle der Betäubung, Angst, Verzweiflung...) wechseln meist ab und sind rasch rückläufig
- Abklingen spätestens nach 2 Tagen, danach minimal
- Behandlung durch Isolierung von der traumatisierenden Situation
- Beruhigende Einflussnahme, Angehörigenberatung u. a. m.

3. Posttraumatische Belastungsstörung

= verzögerte, anhaltende Reaktion auf ein belastendes Ereignis

- Widererleben (Flashbacks – Nachhall – Erinnerungen, Träume u. a.)
- Vermeidungsverhalten und emotionaler Rückzug (Teilamnesie, Verdrängung, Vermeidung von Erinnerungen an Gefühle, Gefühle der Entfremdung)
- Physiologische Übererregbarkeit (Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Überwachsamkeit, gesteigerte Schreckhaftigkeit...)
- Dauer Wochen, Monate, selten mehr als 6 Monate nach Trauma
- Bei später Chronifizierung von Folgen extremer Belastung entstehen andauernde Persönlichkeitsveränderungen
- Hohe Komorbidität mit zahlreichen Störungen wie Depressionen, HKS, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Substanzmittelmissbrauch, impulsive Persönlichkeitsstörungen
- Daher Differenzialdiagnostik besonders wichtig, um Verwechslungen auszuschließen
- Behandlung langfristig: Explorationen, Konfrontation mit dem Trauma, Einsatz spezifischer Stress – Management Techniken, Verhaltenstherapie zwecks Korrektur unangemessener Verhaltensweisen, Elternarbeit, Familientherapie u. a. m.

Was kann ich selbst tun, um Stress (Trauma) schnell und wirksam zu begegnen?

Nur wenn ich mich wohl fühle, bin ich leistungsfähig. Wenn ich mich täglich Belastungen aussetze, und nicht abschalten kann, wird mir das früher oder später schaden. Mit einfachen Methoden kann ich jedoch Vorsichtsmaßnahmen im Sinne der Stress-Prophylaxe treffen und mein allgemeines Stress-Niveau senken:

Atmen

Ich atme verstärkt durch den offenen Mund aus - wenn möglich mit einem begleitenden Seufzer. Auch wenn ich im Bett liege oder eine kurze Ruhepause habe, kann ich bewusst diese

Atemübung machen. Wenn ich bei dieser Übung meine Schultern beobachte, bemerke ich, wie sie leichter werden und sich entspannen.

Schreien, Singen, Brabbeln

Anstatt mich zusammenzureißen, die Zähne zusammenzubeißen und meinen Ärger hinunter zu schlucken, gebe ich meinem Unbehagen einen Ton und lasse es damit heraus. Momente, in denen ich ungestört und allein bin, nutze ich dazu, um mir wieder Luft zu machen und ich von meinem Stress lautstark zu befreien.

Hände kalt waschen

Ich halte meine Hände unter fließendes kaltes Wasser, drehe und reibe sie leicht und schüttele sie anschließend kräftig ab. Damit gebe ich meinem Organismus ein wichtiges Signal: abschütteln zu dürfen, was ihm nicht gut tut und ihn belastet.

Zärtlichkeit und Zuneigung

Ich suche die Zärtlichkeit und Zuneigung von Menschen, die mir nahe stehen und denen ich vertraue. Ich genieße die Nähe und Sorge auf diese Weise dafür, dass das sog. "Kuschelhormon", das Oxytocin, seine Stress-lösende Eigenschaft in meinem Körper entfalten kann.

Licht, Sonne, Natur

Ich begeben mich an die frische Luft und setze mich den heilsamen Einflüssen der Sonne und der Natur aus. Dabei nehme ich mir Zeit, den Eigengeruch der Natur zu riechen und meinen erfrischten Atem zu schmecken.

Sport

Ich treibe Sport im aeroben Bereich. Das heißt: so, dass ich nicht in Luftnot gerate. Damit baue ich in meinem Körper das überschüssige Adrenalin ab und entstresse mich.

Belohnung

Ich belohne mich, indem ich mir selbst etwas gönne oder gestatte, etwas zu tun, was mir Spaß macht. Ich genieße bewusst, ohne dies im Nachhinein zu bereuen.

Methode: Turbo-Entstressung nach Weil/Erfurt-Weil

Bei dieser *Stress-Entkoppelungstechnik* handelt es sich um eine Methode, die unterschiedliche Behandlungsansätze des ROMPC® kreativ miteinander verbindet. Sie ist vor allem in solchen Momenten sehr wirkungsvoll, in denen sofortige Abhilfe gefragt ist. Insofern gehört das Zwölf-Schritte-Programm der Turbo-Entstressung in den „Notfallkoffer“ der Stress-Reduktion.

1. Trinken Sie ein großes Glas Wasser.
2. Identifizieren Sie das akute Symptom, an dem Sie erkennen, dass Sie gestresst sind.
3. Achten Sie auf Ihre emotionale Befindlichkeit, die mit diesem Symptom verbunden ist.
4. Im Kontakt mit dieser Befindlichkeit...
 - bei Unruhe oder Ungeduld:
Halten Sie mit zwei Fingern gleichzeitig Ihre beiden Augenbrauenpunkte (AB) und atmen Sie mehrfach tief durch, bis die Unruhe und die Ungeduld

nachlassen.

- bei Wut oder Ärger:

Halten Sie mit zwei Fingern gleichzeitig Ihre beiden Augenwinkelpunkte (AW) und atmen Sie mehrfach tief durch, bis die Wut und der Ärger nachlassen.

- bei Angst oder Panik:

Halten Sie mit zwei Fingern gleichzeitig Ihre beiden Punkte unter den Augen (UA) und atmen Sie mehrfach tief durch, bis die Angst und die Panik nachlassen.

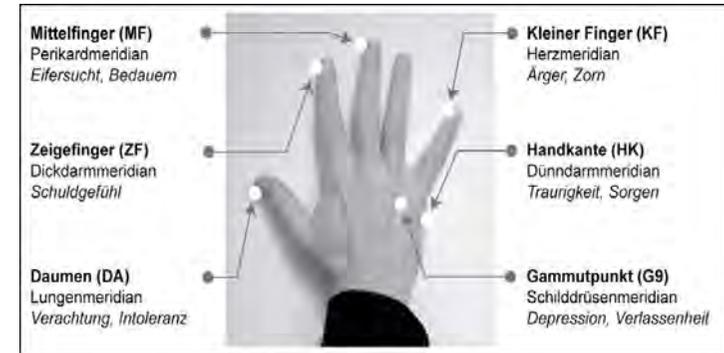
5. Sprechen Sie drei Mal die nachfolgende Affirmation, während Sie Ihre Neurolymphatische Reflexzone (NLR) im Uhrzeigersinn reiben: „Ich akzeptiere mich voll und ganz – mit allem meinen Stärken und Schwächen.“
6. Beschreiben Sie mit Ihren Augen eine liegende Acht.
7. Massieren Sie bei leicht geöffnetem Mund sanft Ihre Kiefergelenke und gönnen Sie sich ein paar Mal kräftiges Gähnen, das von hörbaren Seufzern begleitet sein darf.
8. Rollen Sie Ihre Augen langsam im Kreis – zunächst links und dann rechts herum, um sie dann langsam in drei Zick-Zack-Linien von oben nach unten zu führen, während sie weit ausatmen. Dabei sprechen Sie: „Ich lasse meinen Stress los.“
9. Atmen Sie drei Mal tief ein und aus, während Sie Ihre Augen langsam wieder nach oben führen.
10. Klopfen Sie jetzt mit der rechten lockeren Faust auf Ihr Brustbein und sprechen Sie dabei folgende Affirmationen:
 - „Ich vertraue dem Leben.“
 - „Ich verzeihe mir, dass ich mich so gestresst habe.“
 - „Ich verzeihe allen, die es mir schwer gemacht haben.“
11. Stellen Sie sich vor, mit einem Schutzmantel umgeben zu sein, der bis zum Boden reicht. Während Sie sich bücken, atmen Sie aus. Anschließend richten Sie sich langsam wieder auf, während Sie symbolisch den Reißverschluss Ihres Mantels zuziehen. Dabei atmen Sie tief ein und anschließend wieder tief aus.
12. Schütteln Sie sich ein wenig und spüren Sie dabei den Grund unter Ihren Füßen.

Literatur: Thomas Weil/Martina Erfurt-Weil - Selbstwirksamkeit und Performance
ROMPC® - Kompendium/Theorie- und Trainingshandbuch/S. 115 f - MEW Kassel 2010

Stressrelevante Punkte für Klopfakupunktur oder Akupressur im Gesicht



Die Punkte an den Händen



„Psychische Erkrankungen bei Frauen nach häuslicher Gewalt – Worauf sollte ich achten, wenn ich den Frauen Hilfestellung bei der Bewältigung geben will?“

Herr Dr. Johannes Letzel

Herrn Letzels Vortrag finden Sie in der PowerPoint Präsentation im Anhang



Workshop I

„Frauen mit psychischen Erkrankungen und Gewalterfahrung aus Sicht des Sozialdienstes“

Fallkonstellation

Bettina Streit, Diplomsozialarbeiterin/-pädagogin

Petra Kiock, Diplomsozialarbeiterin/-pädagogin

Sozialdienst Klinikum Görlitz

1. Falldarstellung

Frau Lisa Müller wurde am 01.04.1982 in Berlin geboren. Sie wuchs in behüteten Familienverhältnissen auf, war zurückhaltend und traute sich wenig zu. Sie schloss die Schule mit dem Realschulabschluss ab. Nach der Schule absolvierte Frau Müller eine Lehre zur Friseurin. Ihre Eltern, Herr und Frau Schmidt, leben auch heute noch in Berlin. Mit 23 Jahren lernte sie während einer Reise nach Görlitz den 10 Jahre älteren Rechtsanwalt André Müller aus Österreich kennen. Er hatte in Görlitz eine Kanzlei eröffnet und war schon einige Jahre in Deutschland. In seiner Nähe fühlte sie sich wohl und geborgen. Sie bekam durch ihn neue Anregungen für sich und er nahm sie auch mit auf Geschäftsreisen. Das Paar heiratete und nach wenigen Wochen zog Frau Müller in das Haus von Herrn Müller in Görlitz ein. Damit war auch verbunden, dass sie ihre Arbeitsstelle in Berlin aufgab. Herr Müller wollte auch nicht, dass sie sich in Görlitz eine neue Tätigkeit suchte, denn er verdiene als Anwalt genug Geld. Außerdem wünschte er, dass sie sich um die Familie und um das Haus kümmere. Zur großen Enttäuschung von Herrn Müller blieb die Ehe bisher kinderlos.

In den letzten Jahren leidet Herr Müller immer mehr unter der beruflichen Situation in Görlitz. Seine früheren Erfolge und Einkommen noch aus seiner Zeit in Österreich kann er in Görlitz nicht mehr halten. Herr Müller wird zunehmend unzufriedener und aggressiver, vor allem auch im Umgang mit seiner Frau. Das zeigt sich darin, dass er sie beschimpft, ihr die Kinderlosigkeit vorwirft und auch soziale Kontakte verbietet. Frau Müller lässt nun schon einige Jahre die psychische Gewalt und die verbalen Erniedrigungen ihres Mannes über sich ergehen, leidet aber unter starken Depressionen und Ängsten.

Im April 2013 wird sie mit akuten Panikattacken in die Klinik in Görlitz eingeliefert. Sie ist zunächst auf der Akutstation und später auf der allgemeinpsychiatrischen Station und wird medikamentös und psychotherapeutisch behandelt. Ein Angehörigengespräch kam nicht zustande, Frau Müller hatte zwar bei ihrem Mann angefragt, dieser hatte abgelehnt und gemeint, sie solle sich endlich zusammenreißen und nach Hause kommen. Die Entlassung der Patientin steht nun an und es zeigt sich folgende Situation für den Sozialdienst.

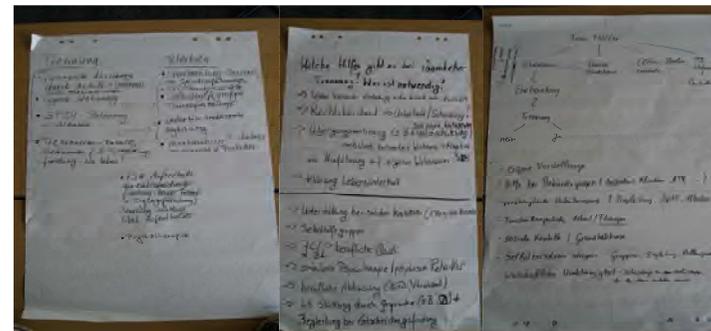
Frau Müller zeigt ein ambivalentes Verhalten bzgl. der Rückkehr zu ihrem Mann. Einerseits hat sie Angst nach Hause zurückzukehren und sich wieder den Erniedrigungen auszusetzen, andererseits kann sie sich aber auch nicht vorstellen ihren Mann auf längere Zeit allein zu lassen oder ganz neue Wege zu gehen.

Was gibt es nun für Möglichkeiten? Wie könnte sich das Entlassungsmanagement gestalten? Welche Hilfen sind für Frau Müller sinnvoll, ausreichend und machbar?

2. Fallbearbeitung in drei Gruppen



3. Vorstellung der Gruppenergebnisse



4. Zusammenfassung der Gruppenergebnisse

1. Möglichkeit: Patientin trennt sich vom Ehemann

- Patientin benötigt Rechtsbeistand (Unterhalt, Scheidung)
- Hilfe bei der Beantragung von finanziellen Mitteln (ALG II, Prüfung Unterhalt Ehemann)
- Finden einer Übergangswohnung (Frauenschutzhaus, sozialtherapeutische Wohngruppe?)
- Hilfe bei der Wohnungssuche
- Unterstützung beim Aufbau neuer sozialer Kontakte (Familie, Eltern, ehemalige Freunde, Selbsthilfegruppen)
- kontinuierliche Begleitung und Beratung durch sozialpsychiatrischen Dienst oder psychiatrische Institutsambulanz
- Psychotherapie (Psychosomatische Reha, ambulante Psychotherapie)
- hausärztliche und fachärztliche Anbindung

2. Möglichkeit: Patientin verbleibt in der Ehe

- Selbsthilfegruppen
- Frauenfreizeittreff

- Mediation, Paarberatung
- Psychotherapie (Psychosomatische Reha, ambulante Psychotherapie)
- hausärztliche und fachärztliche Anbindung
- Unterstützung beim Aufbau neuer sozialer Kontakte (Familie, Eltern, ehemalige Freunde, Selbsthilfegruppen)
- kontinuierliche Begleitung und Beratung durch sozialpsychiatrischen Dienst oder psychiatrische Institutsambulanz
- (Opferberatung (Weißer Ring))

Fazit

- Patientin braucht Unterstützung in der Phase der Entscheidungsfindung, diese beginnt bereits im Krankenhaus (Angehörigengespräch?)
- nach Entlassung benötigt die Patientin zur Entscheidungsfindung einen geschützten Wohnraum
- dies könnte das Frauenschutzhaus und/oder eine sozialtherapeutische Wohngruppe sein
- die Maßnahme sollte zeitlich begrenzt aber über einen längeren Zeitraum angedacht werden
- eine sozialtherapeutische Wohngruppe, welche diesen Ansprüchen gerecht werden würde, gibt es zur Zeit hier im Landkreis nicht
- eine konstruktive Netzwerkarbeit zwischen allen Hilferbringern ist fundamental (Helferkonferenzen)

Workshop II

„Betroffene Frauen in Schutzeinrichtungen – Möglichkeiten und Grenzen“

Fallkonstellation

Simone Sonnenfeld FSW – Zuflucht Zittau

Johanna Streit FSW – DAS DOMIZIL Görlitz

1. Begrüßung und Vorstellung der Referentinnen

2. Vorstellungsrunde: Wer bin ich, wo arbeite ich, warum bin ich hier?



3. Input der Workshop-Leiterinnen zur Arbeit in den Frauenschutzeinrichtungen, Möglichkeiten und Grenzen

Räumlichkeiten:

- 7 Plätze in ZI, 8 Plätze in Görlitz ☒ jeweils 3 Frauen mit 4-5 Kindern
- 3-Raum-Wohnungen in GR und ZI ☒ für jede Frau ein Zimmer als Rückzugsmöglichkeit
- Gemeinschaftsräume: Küche, Bad ☒ in ZI: Gruppenraum
- Büro nicht direkt in der Einrichtung:
 - ZI: in unmittelbarer Nähe, gut erreichbar
 - GR: etwas entfernt in der GST des Diakonie-Sozialwerk Lausitz

Dienstzeiten:

- Rund um die Uhr – Aufnahmebereitschaft und Kooperation mit der Polizei:
 - ZI: Mo - Fr: 8 – 16 Uhr, danach Mailbox + Zuständigkeit der Polizei
 - GR: Mo – Fr: 8 – 19 Uhr, danach Aufnahmen über die Polizei, Beratungen über den Bereitschaftsdienst
- Einrichtungen nicht dauerhaft besetzt (Büro außerhalb, Außendienst)
- Regelmäßige Dienstzeiten (ca. 9 – 15 Uhr)
- Einzelfallabsprachen mit den Frauen

Budget/Finanzierung:

- Nutzungsentgelt: (z.T. Finanzierung über das JC)
 - ZI: 7 € pro Tag für die Frau; 4 € pro Tag für das Kind
 - GR: 8 € pro Tag für die Frau; 3 € pro Tag für das Kind
- Fachleistungsstunden: pro Frau bis zu 25 h beim Landkreis anrechenbar
- Pauschalen für Personal über KSV, Miete – Landkreis

Anforderungen an die Frauen:

- Regeln einhalten, Anonymität wahren, Zusammenleben: Akzeptanz der Privatsphäre der anderen Bewohnerinnen auf engem Raum
- Weitgehende Selbstständigkeit in der eigenen Versorgung und der Betreuung des Kindes
- keine Übernahme von Jugendschutz-/Kinderschutzaufgaben möglich

Ausschluss- bzw. Prüfkriterien: Akute Suchterkrankung, Suizidalität, Körperliche Beeinträchtigung (kein Fahrstuhl vorhanden), Wohnungslosigkeit

4. Vorstellung Fallbeispiel + Arbeitsauftrag

Frau S. kommt direkt aus einer stationären psychiatrischen Einrichtung in die FSW. Die Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch durch einen der behandelnden Ärzte. Frau S. will aufgrund ihres gewalttätigen Ehemannes nicht nach Hause entlassen werden, und nun wird eine andere Lösung gesucht.

Die Mitarbeiterin der FSW erläutert die Rahmenbedingungen. Auf Nachfrage erklärt der Arzt, Frau S. sei trotz psychischer Erkrankung und leichter geistiger Beeinträchtigung in der Lage, ihren Alltag annähernd selbstständig zu bewältigen. Außerdem seien ein Betreuungsverfahren eingeleitet und die Aufnahme in eine stationäre Wohngruppe beantragt worden. Unter diesen Voraussetzungen stimmt die Mitarbeiterin der FSW einer Aufnahme zu.

Bereits beim ersten persönlichen Gespräch wird jedoch deutlich, dass eine komplexe Problemsituation vorliegt, Frau S. nicht über ausreichend eigene Ressourcen verfügt. Sie erklärt unter anderem, sie könne aufgrund psychogener Anfälle nicht allein gelassen werden, und möchte deshalb mit einer anderen Bewohnerin ihr Zimmer teilen. Sie brauche auch jemanden, der ihr beim Einkaufen, beim Zubereiten von Nahrung und anderen Alltagsverrichtungen hilft, da sie das allein nicht könne. Es müsse rund um die Uhr jemand für sie da sein.

Sehr schnell wird klar, dass ihr Realitätsbezug nur gering ist und sie ihr Verhalten nicht situationsgerecht steuern kann. Sie ist nicht in der Lage, sich an Regeln und Absprachen zu halten. Bereits am ersten Tag ihres Aufenthaltes in der FSW beklagen andere Bewohnerinnen übergriffiges Verhalten von Frau S. Sie fordert permanent Aufmerksamkeit ein und kann die Privatsphäre und das Ruhebedürfnis anderer Bewohnerinnen nicht respektieren. Sie lässt sich zudem von einer Krankenschwester der psychiatrischen Klinik die vergessenen Medikamente bringen und gibt zu diesem Zweck die Adresse der Schutzwohnung preis.

Es geht also zunächst darum, schnell Hilfen zu organisieren, mit denen diese schwierige Situation entschärft werden kann. Die Mitarbeiterin der FSW fragt beim sozialpsychiatrischen Dienst an und bekommt den Hinweis, für Frau S. könne die Pflegestufe 0 beantragen und ein Pflegedienst damit beauftragt werden, sie im Alltag zu unterstützen. Aufgrund der Uneinigkeit über die Zuständigkeit zwischen der Hausärztin und den behandelnden Ärzten der psychiatrischen Einrichtung, ist die dringend benötigte Unterstützung jedoch nicht umgehend zu organisieren.

Nachforschungen ergeben, dass beim zuständigen Amtsgericht ein Betreuungsantrag für Frau S. vorliegt, die Bearbeitung jedoch noch einige Wochen dauern wird. Frau S. nennt auch die Einrichtung, in der sie künftig in einer stationären Wohngruppe leben will. Eine telefonische Nachfrage dort ergibt, dass es zwar eine Anfrage gab, jedoch kein Aufnahmeantrag für Frau S. vorliegt. Auch hier sei ab Antragstellung mit längeren Wartezeiten zu rechnen. Frau S. erklärt, es müsse auch unbedingt diese Einrichtung sein, da in der Nähe ihr künftiger Lebenspartner wohnt, den sie bei einem stationären Klinikaufenthalt kennengelernt habe. Sie versucht hartnäckig, diesen telefonisch zu erreichen, hat jedoch keinen Erfolg. Am vierten Tag ihres Aufenthaltes in der FSW kommt es zu einem Telefonat, bei dem der vermeintliche „Freund“ ihr klar macht, dass es sich aus seiner Sicht lediglich um eine Klinikbekanntschaft handelt und er kein Interesse an weiteren Kontakten habe. Frau S. regt sich daraufhin sehr auf. Sie versucht, sich vom Geländer des Balkons im 2. Stock zu stürzen, wird von den beiden anwesenden Mitbewohnerinnen daran gehindert, die anschließend einen Notarztwagen rufen und ihre stationäre Einweisung veranlassen. Die Mitarbeiterin der FSW ist zu diesem Zeitpunkt (abends gegen 19 Uhr) nicht mehr anwesend, sie wird erst am Folgetag durch die anderen Bewohnerinnen informiert. Frau S. wurde wieder in die psychiatrische Station, in der sie bereits zuvor in Behandlung

war, eingewiesen. Der behandelnde Arzt erklärt bereits am nächsten Tag, Frau S. habe sich inzwischen von ihrer Suizidabsicht distanziert und werde nunmehr erneut in die FSW entlassen.

Die Mitarbeiterin der FSW stellt unter diesen Umständen eine angemessene Betreuung für Frau S. in der Schutzwohnung in Frage - auch im Interesse der anderen Bewohnerinnen. Sie bittet darum zu prüfen, ob aufgrund des erheblichen heilpädagogischen Hilfebedarfs bis zur Klärung aller offenen Fragen ein stationärer Aufenthalt in Betracht kommt. Dies wird verneint, Frau S. sei „austherapiert“ und es gäbe aus medizinischer Sicht keine Veranlassung, sie erneut stationär zu behandeln. Nunmehr wird auch die Sozialarbeiterin der psychiatrischen Station hinzugezogen, die der Auffassung ist, eine FSW dürfe Frau S. nicht die Aufnahme verweigern, wenn häusliche Gewalt vorliegt. Sie erwähnt, dass die Klinik bereits einmal eine Einrichtung per Gerichtsbeschluss gezwungen habe, eine Patientin aufzunehmen.

Kann eine Aufnahme in die Frauenschutzeinrichtung erfolgen?

Ja	Nein
Welche Bedingungen müssen erfüllt sein? Was ist notwendig?	Welche Alternativen gibt es? Welche Hilfen können der Frau dann angeboten werden?

Bitte notieren Sie, auf entsprechenden Zetteln, den konkreten Handlungsauftrag/**kurzfristige Lösungsvorschläge** der beteiligten Akteure, damit eine **schnelle Lösung** gefunden werden kann!

1. **grün:** Frauenschutzeinrichtung (z.B. Beratung)
2. **gelb:** Psychiatrie (z.B. Antragstellung auf Hilfeleistungen)
3. **orange:** externe Institutionen (z.B. Pflegedienst)



5. Auswertung und Diskussion

Immer Einzelfallentscheidung

→ zunehmende Öffnung für psychisch kranke Frauen

Fazit: Es können nicht alle alles können.



Einrichtungen der Drogenhilfe und Wohnungslosenarbeit bzw. Psychiatrie verfügen in der Regel nicht über ausreichende Kompetenzen und Möglichkeiten, Frauen vor Gewalt zu schützen.

Frauenhäuser verfügen in der Regel nicht über die erforderliche Kompetenzen und Möglichkeiten Frauen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit bzw. psychischen Erkrankungen zu versorgen.

Workshop III

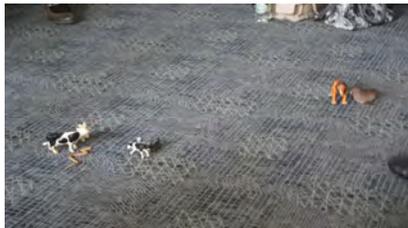
„Kinder als Betroffene“ – Erfahrungen – Hilfsangebote – Netzwerke

Susanne Kießling - Dipl.-Kommunikationspsychologin (FH)

Susanne Bednarek - Koordinatorin Soziales Frühwarnsystem im LK Görlitz Süd

Literaturvorschläge für Kinder verschiedener Altersgruppen und diverse Übungen finden Sie im Anhang.

1. Einstieg mit Tieren



- über psychodramatischen Ansatz von Eichinger Situation und Hilfebedarf der Kinder dargestellt

- Erfahrungen und Erwartungen der WorkshopteilnehmerInnen, mögliche Fälle zur Besprechung erfragen

2. Fakten und Zahlen

In Deutschland leben mindestens 1,5 - 4 Millionen Kinder, deren Eltern an einer Psychose oder einer schweren Depression leiden oder alkohol- bzw. drogenabhängig sind. Bei dieser Zahl muss jedoch berücksichtigt werden, dass bestimmte Erkrankungen wie Angst-, Zwangs- oder

Persönlichkeitsstörungen nicht aufgenommen wurden, so dass die Gesamtzahl wohl noch höher sein dürfte. Bisher wurde jedoch die Problematik nicht oder nur sehr vereinzelt thematisiert.

Dies ist wahrscheinlich auch ein Grund, warum in diesem Zusammenhang mittlerweile oft von den "vergessenen Kindern" gesprochen wird. Eine weitere Ursache für diese Begriffswahl könnte sein, dass lange Zeit ein "blinder Fleck" sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie wie auch in der Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf die Kinder psychisch kranker Menschen vorhanden war. Mittlerweile ist die Situation der Kinder zumindest punktuell ins Blickfeld der Fachöffentlichkeit gelangt und in regionalen Projekten wird Unterstützung für Kinder und Eltern angeboten.

Die Kinder psychisch Kranker erleben ihre Eltern über einen längeren Zeitraum oder immer wiederkehrend in für sie unverständlichen, extremen Gefühlszuständen. Sie empfinden das Gefangensein der Mutter oder des Vaters in einer oft bedrohlichen inneren Welt, aus der sie ausgeschlossen sind oder aber eng mit einbezogen werden sollen. Sie können einem häufig unvernünftigen Umgang mit Zeit, Geld, Ernährung usw. ausgesetzt sein. Sie erleben Trennungen durch Krankenhausaufenthalte und oft wechselnde Betreuungen.

Die Kinder aus solchen Familien sind oft "auffällig unauffällig"; sie sind ihren Eltern loyal verbunden und finden sich im Zwiespalt zwischen der "familiären" und der "äußeren" Welt, den Bedürfnissen ihrer Eltern und ihren eigenen. Gleichzeitig versuchen sie ihr Leid und ihre Belastungen so gut es geht zu verstecken. Hier spielt ein gesamtgesellschaftlicher Mechanismus, die Stigmatisierung psychischer Krankheiten, eine entscheidende Rolle.

Inzwischen ist die Einbeziehung von erwachsenen Partnern in die Behandlung psychisch Erkrankter zumindest in der Theorie zum Standard psychiatrischer Versorgung geworden. Davon profitieren die Kinder psychisch Kranker bis heute nicht oder nur unzureichend. Dabei haben sie selbst aufgrund erblicher und psychosozialer Belastungen ein erhöhtes Risiko, psychische Störungen zu entwickeln.

Zusammenfassend ist die Situation durch folgende Probleme gekennzeichnet:

- Die "vergessenen" Kinder haben keine Lobby
- Ihre Bedürfnisse als Angehörige psychisch kranker Menschen wurden und werden nicht berücksichtigt
- Es gibt wenig Informationsmaterial über die Situation der Kinder und adäquate Hilfsmöglichkeiten
- Es gibt keine bundesweite Anlaufstelle für Kinder, Helfer und Öffentlichkeit zur Thematik.



Wann sind Eltern bzw. Menschen psychisch krank?

Es gibt genügend Menschen, die sich eigenartig verhalten oder sich merkwürdig benehmen. Sicher ist hierbei der Übergang von "Macke" zu Krankheit fließend, so dass eine Definition von "psychischer Krankheit" schwierig ist.

Unumstritten als Krankheit einzustufen sind Psychosen (Schizophrenie, schizo-afektive Störung, manisch-depressive Erkrankung), die eine tiefgreifende Störung des Realitätsbezuges bei den Betroffenen hervorrufen. Bei ihnen treten Symptome wie Wahn oder Halluzinationen auf. Die kontinuierliche Entwicklung der betroffenen Menschen, ihr Erleben und ihr Verhalten ist verändert.

Ebenfalls krankhaft sind Neurosen. Neurose ist der Oberbegriff für sehr unterschiedliche psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen. Eine entscheidende Rolle bei neurotischen Störungen spielt die Angst. Bekannte neurotische Erkrankungen sind Depressionen, Zwangsstörungen (z. B. Waschzwang, Phobien (z. B. Spinnenphobie) und die sogenannte multiple Persönlichkeit.

Psychosen - Die Krankheit der Eltern

Psychosen wurden früher in ihre Entstehungsweise unterteilt, in exogene (von außen her ausgelöste Psychose, z. B. durch einen Gehirntumor) und endogene Psychosen (aus dem Inneren des Organismus entstehende Psychose). Psychosen werden außerdem in schizophrene, schizo-afektive und affektive Psychosen aufgeteilt.

1. Schizophrene Psychose (schizo = griech, spalten

Die schizophrene Psychose, kurz Schizophrenie genannt, ist die wohl bekannteste Psychose. Rund 1 Prozent der Gesamtbevölkerung (= ca. 800 000 Personen in Deutschland) leidet im Laufe seines Lebens an Schizophrenie, wobei nur jeder Dritte sich ärztlich behandeln lässt; Frauen und Männer sind nahezu gleich oft betroffen.

Charakteristische Schizophrenie-Symptome laut der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) sind:

- Gedanken, die eingegeben oder entzogen werden, die sich laut äußern oder sich gar auf andere Personen auszubreiten scheinen.
- Das Gefühl, auf widernatürliche Weise beeinflusst und kontrolliert zu werden (z. B. Gedanken, Bewegungen, Empfindungen als "von anderen gemacht" zu erleben).
- Wahn, vor allem wahnhafte Beeinflussung und Verfolgung, aber auch Größenwahn, Liebeswahn usw., evtl. komplizierte Wahnsystemen.
- Halluzinationen, also Sinnestäuschungen bezüglich Geruch, Geschmack und Tastsinn, vor allem aber Gehör (der Betreffende glaubt, vergiftet, bestrahlt, elektrisiert zu werden und/oder Stimmen zu hören)
- Einschreibungen in den Gedankenfluss, die zu Wortneubildungen und zu einer unverständlichen Sprache führen, bis hin zur "Zerfahrenheit".
- Erregung oder Erstarrung bis hin zur Bewegungslosigkeit, einschließlich Verstummen.
- Durch die krankhaften Erlebnisse verändern sich die erkrankten Menschen. Charakteristische Veränderungen sind:
- Auftreten: distanzlos, enthemmt, ungeniert, albern, frech, schnippisch, skurril

- Äußeres Erscheinungsbild: sonderbare, eigenwillige, auffällige Kleidung, mangelnde Körperpflege, wallendes Haupthaar, langer Bart, extremes Make-up bis hin zur "erschreckenden Kriegsbemalung"

Gestik / Bewegung: starr, steif, eckig, ruckartig, abgehackt, verzerrt, abrupt, fahrig
Mimik: Der Gesichtsausdruck ist scheinbar grundlos gespannt, geladen, argwöhnisch, misstrauisch, verängstigt, versonnen, unbegründet beglückt, unfreundlich-ablehnend oder leer, steif, starr, hoheitsvoll oder gar bedrohlich bis hin zur Grimasse; oft tritt ein "Schizophrener Blick" auf, ein symptomatischer Augenausdruck, der oft verstört, ratlos, ängstlich, aber auch aggressiv, brennend, stechend und auf die Umwelt sehr irritierend, beängstigend oder bedrohlich wirkt.

Sprache / Schreibstils / Schrift: "Stelzensprache" verschoben, mit ungewohnter, gesuchter, abstrakter und geschraubter Redeweise und hochtrabenden Formulierungen; Wortneubildungen, sprachliche Wiederholungen, Entwicklung einer persönlichen Geheimsprache oder ordinär-sexualisierte Wortwahl; Schrift wird symbolträchtig "verschlüsselt"

2. Affektive Psychosen

Affektive Psychosen sind Gemütskrankheiten mit schweren Störungen im affektiven Bereich (Gemüts- und Gefühlsstörungen).

Dazu zählen Depressionen und das Gegenteil, die Manien. Es gibt unterschiedliche Verlaufsformen.

1. unipolare affektive Psychosen: die reine Manie oder die reine Depression und
2. bipolare affektive Psychosen: der phasenweise Wechsel von Manie und Depression, die sogenannte manisch-depressive Erkrankung.

2.1 Die Manie

Kennzeichen sind:

a. Affektstörungen

Inhalts- bzw. motivlos gehobene Stimmung mit mitreißender Heiterkeit und strahlendem Optimismus, die jedoch umschlagen kann in gereizte Missstimmung bis hin zu stark verbalen Aggressionen und Tätlichkeiten gegen Personen oder Mobiliar, insbesondere wenn der Maniker sich in seiner Aktivität behindert fühlt. Diese Enthemmung ist charakteristisch, von (anzüglichen) Witzen bis hin zu Beleidigungen, Dabei kennt der Maniker keine Grenzen und nimmt auch die Grenzen anderer Menschen nicht war.

b. Störungen des Antriebs

Krankhaft gesteigerter Taten- und Beschäftigungsdrang, unermüdliche Betriebsamkeit einhergehend bei einem gesteigerten seelisch-körperlichen Wohlbefinden mit einem gemindertem bzw. keinem Schlafbedürfnis, z. B. Schreibexzesse, nächtliche Aufräumaktionen, Überlautstärke(z. B. bei Musik) zu jeder Tages- und Nachtzeit Jedes Verhältnis zum Geld fehlt, Kaufrausch bis hin zur Verschwendersucht, es werden objektiv nutzlose Gegenstände gekauft und teilweise auch verschenkt, Verträge geschlossen, Geld gespendet, verspielt oder verschenkt, Schulden aufgenommen, Firmen gegründet, Katalogangebote aufgekauft, etc.; der Maniker will immer im Mittelpunkt sein und hat einen direkten oder indirekten Bewegungsdrang: Maniker laufen ziellos weite Strecken, verreisen

spontan wahllos oder haben eine schnelle, laute und kaum zu unterbrechende Sprechweise, eine theatralisch wirkende Mimik, dramatische Gesten, Reden oder gar Gesänge. Dabei ist der gesteigerte Rededrang mit einem erhöhten Sprechtempo verbunden.

c. Denkstörungen

Ständiger Wechsel des Denkziels durch immer neue Einfälle, leicht ablenkbar, es wird von einem Thema zum anderen gesprungen, Wortschöpfungen bis hin zur Denkzerfahrenheit; der Maniker hat dabei kein Gefühl mehr für das Interesse seines Gegenübers.

d. Wahnzustände

einhergehend mit dem überzogenem Selbstwertgefühl und Kritischschwäche, teilweise mit grotesker Selbstüberschätzung und krankhaften Größenideen, die sich auf religiöse, sexuelle, wirtschaftliche, künstlerische, finanzielle und politische Inhalte beziehen; Liebeswahn: spontanes Verliebtsein mit unrealistischer, fast traumhafter Verklärung, Missbrauch von Substanzen mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem, z. B. Alkohol und Nikotin, der als solcher nicht wahrgenommen wird.

2.2. Depressionen

Depressionen werden in der Allgemeinbevölkerung häufig verwechselt mit Verstimmungszuständen und Trauerreaktionen, die beides natürliche Reaktionsweisen auf Lebensumstände sind. Auch gibt es nicht die eine Depression; es muss nach Ursache, Verlauf und Beschwerdebild unterschieden werden.

Mögliche Kennzeichen einer krankhaften Depression sind:

Seelische Symptome: Verlust von Interesse und Freude; Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit von abnormen Ausmaß, "tränenlose Trauer", Entscheidungsunfähigkeit, Grübeln; Hoffnungslosigkeit und Angstzustände, insbesondere Zukunftsängste; Schwermut: Lebensüberdruß bis hin zur Suizidgefahr
Körperliche Krankheitszeichen: Schlafstörungen, verändertes Essverhalten: kein Appetit oder Heißhunger; psychosomatische und vegetative Beschwerden, allgemeines Elendigkeitsgefühl, sich wie zerschlagen fühlen, Merk- und Konzentrationsstörungen
Störungen des Antriebs: unnatürliche tiefe Müdigkeit, verminderter Antrieb bis hin zur Apathie und seelisch-körperlicher Blockierung oder körperliche Unruhe und innere Getriebenheit
Beziehungsstörungen: Unfähigkeit, mit anderen mitzufühlen, zwischenmenschliche Zuwendung und Wärme zu vermitteln, innere Leere mit Absterben aller Gefühle
Depressiver Wahn: Verarmungsideen bis zum Verarmungswahn, obwohl die finanzielle Lage gut ist; Hypochondrischer Befürchtungen bis hin zum Wahn; Schuld- und Versündigungswahn; paranoide Fehldeutungen, gelegentlich Verfolgungsideen, jedoch mehr furchtsam und gedrückt, weniger reizbar und aggressiv wie bei Schizophrenen; Sinnestäuschungen, gelegentlich Halluzinationen

3. Schizo-affektive Psychosen

Wie der Name schon andeutet, weist eine schizoaffektive Psychose gleichzeitig ein ausgesprochen depressives oder manisches sowie ein ausgeprägtes schizophrenes

Krankheitsbild auf. Dieses Leiden tritt häufig innerhalb weniger Tage oder gar Stunden auf und äußert sich häufig dramatisch, so dass rasch psychiatrisch eingegriffen werden muss.

Zusammenfassung

Alle Psychosen haben folgendes gemeinsam:

- **eine tiefgreifende Störung des Realitätsbeziehung**
- Auftreten produktiver Symptome wie **Wahn oder auch Halluzinationen** und
- einen **zeitlich wechselnden Verlauf**, der die Krankheit als Einbruch in die Kontinuität der Entwicklung, der Erlebens und des Verhaltens erscheinen lässt.

Die Krankheitseinsicht dieser Menschen ist daher krankheitsbedingt herabgesetzt, so dass sie nur selten freiwillig in einem akuten Schub in ärztliche Behandlung begeben.

Borderline

"Ich hasse Dich - verlass mich nicht"

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird zwischen Psychose und Neurose eingeordnet und ist ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes.

Um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, werden folgende Kriterien herangezogen, von denen fünf oder mehr erfüllt sein müssen:

- Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (außer Suizid oder Selbstverletzungen, siehe auch 5.
- Ein Muster an instabilen aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet
- Identitätsstörungen: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
- Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren und Fressanfälle (außer Suizid oder Selbstverletzungen, siehe auch 5.
- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstverletzungsverhalten; Selbstmordandeutungen oder - drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
- 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)
- Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile

- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Mütter mit Borderline

Menschen, die an der Persönlichkeitsstörung Borderline erkrankt sind, sind dies in der Mehrheit aufgrund von überlebter psychischer, physischer und/oder sexueller Gewalt und/oder anderen Traumatisierungserfahrungen (z. B. durch große Verlust- erfahrungen, Krieg, transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungs- erfahrungen etc.). Nur in den allerwenigsten Biografien lässt sich überhaupt keine Ursache für die Auslösung der Persönlichkeitsstörung finden.

Sie sind also Überlebende und ihre Psyche und Seele hat Verletzungen erlitten.

Ca. 70-75 Prozent der Borderline-Diagnosen werden bei Frauen diagnostiziert.

Die Dunkelziffer der undiagnostizierten Borderlinerinnen dürfte nicht zu unterschätzen sein. Die Frauen haben oftmals zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Kinder oder sie setzen sich zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben mit dem Thema Kinderwunsch auseinander. Oft fragen sie sich - wie alle anderen Frauen ohne BL-Diagnose auch - ob sie eine gute Mutter für ihr Kind sind oder sein können.

Eine Traumatisierungsfolgeerkrankung wie Borderline oder PTBS kann durch besondere Ereignisse in der eigenen Biografie "aktiviert" werden. Dies kann auch Jahre oder jahrzehntelang nach den eigentlichen Traumatisierungen erfolgen. Diese besonderen Ereignisse können bestimmte Lebensphasen, Trennungen, Krisen, ein Unfall, ein Todesfall oder die Geburt des ersten eigenen Kindes sein.

Oft haben Frauen mit Borderline besonders hohe Ansprüche an sich selbst und ihr Umfeld. Diese Ansprüche, die aus ihren Traumatisierungen (wie zum Beispiel emotionale Vernachlässigung) entstanden sein können ("Mein Kind soll es auf alle Fälle besser haben als ich!") stellen einen Druck und Anspruch dar, den sie selbst und andere Menschen nicht erfüllen können und zu hoher Frustration führen kann.

Der hohe Anspruch und "gute Wille" kann in eine Form von Überbehütung des Kindes und in eine Symbiose mit dem Kind umschlagen, die eine gesunde Entwicklung des Kindes verhindern. Diese Form von psychischer Gewalt (Unterforderung; ständige Kontrolle; Abhängigkeit; Schüren von Ängsten; kein Platz für Entwicklungen) ergibt ein mangelndes Selbstvertrauen bei den Kindern.

Wenn eine Mutter mit Borderline ein eigenes Kind oder mehrere Kinder hat, können die ganz normalen Entwicklungsphasen (Besuch des Kindergartens), Autonomiebestrebungen (Ausbildung des ICH's und des eigenen Willens bei dem Kind) und Ablösungsprozesse des Kindes (in der Pubertät, erste Liebesbeziehungen, anstehender Auszug) für die Mutter ständige "Triggersituationen" bedeuten, in denen es ihnen kaum möglich ist, als Mutter bzw. als Erwachsene zu agieren bzw. zu reagieren. Häufig kommt es durch diese Schlüsselsituationen zu Verschlimmerungen der Symptome bzw. zu Eskalationen in den engsten Familienbezügen (gegenüber dem Partner/ der Partnerin; den Kindern).

Aufgrund der Merkmale der Erkrankung - wie zum Beispiel Verlassensängste, das Gefühl der Leere und unstillbaren Einsamkeit, Probleme in Bezug auf Nähe und Distanz, autoaggressives/ fremdaggressives Verhalten, Suizidalität usw. - fällt es Müttern mit Borderline schwer, eine gesunde und stabile Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, dessen Bedürfnisse zu erkennen und das Kind psychisch und physisch mit den Begleitsymptomen von Borderline (z. B. mögliches selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität) nicht zu belasten.

Es ist ratsam, in speziellen Therapien Bewältigungsstrategien zu lernen, die Diagnose und Bedeutung der Persönlichkeitsstörung anzuerkennen, in Austausch mit anderen Betroffenen zu treten, gegenüber den Kindern altersgerecht die psychische Krankheit zu benennen und sie ihnen zu erklären (z. B. anhand von Kinderbüchern) sowie für die Kinder ein Unterstützungsnetz aufzubauen, damit die Kinder nicht (ebenso) in ihrer Kindheit und Jugend traumatisiert werden.

Echte Liebe zum Kind bedeutet, das psychische und physische Wohl des Kindes in den Vordergrund zu stellen und ggf. Hilfe zu suchen und anzunehmen.

Einige Menschen mit der Persönlichkeitsstörung Borderline sind daran erkrankt, weil sie selbst eine (untherapierte, undiagnostizierte) Mutter und/oder einen (untherapierten, undiagnostizierten) Vater mit dieser Persönlichkeitsstörung hatten. Diese Traumata-Kette gilt es zu durchbrechen.

Minderjährige und erwachsene Kinder, deren Mütter an der Persönlichkeitsstörung Borderline leiden, werden in der Öffentlichkeit, der Fachwelt, in den Medien und der Gesellschaft zu selten wahrgenommen. Wie alle Kinder, bei denen ein oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind.

In der Fachwelt selbst spricht man von den "vergessenen Kindern", denn zu häufig wurde an die Kinder in den betroffenen Familien im Zuge der Behandlung der Krankheit der Eltern(teile) seitens der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe nicht gedacht.

Typische Gedanken für Kinder mit einer BL-Mutter:

- Ich weiß nie, was mich erwartet.
- Ich vertraue ihr nicht.
- Sie sagt, es ist nicht geschehen.
- Bei ihr fühle ich mich schrecklich.
- Alle anderen denken, sie sei ganz großartig.
- Es geht immer um alles oder nichts.
- Sie ist so negativ.
- Sie flippt aus.
- Manchmal kann ich sie nicht ausstehen.
- Sie macht mich verrückt.



Traumatisch für Kinder mit Elternteilen mit der Persönlichkeitsstörung Borderline können sein:

- die physische Gewalt (Schläge, Gewalt) und die Angst vor der Wut, der Gewalt und den Gewaltausbrüchen;
- die psychische Gewalt (Drohungen; gezielte Zerstörung der Lieblingsachen des Kindes;

Beschimpfungen; Abwertungen...) und die Angst vor den Drohungen, der Zerstörung, der Vernichtung und den Abwertungen;

- die Angst vor Ankündigungen des Suizids oder vor dem vollzogenen Suizid der Mutter/des Vaters;
- die Angst vor dem Selbstverletzenden Verhalten der Mutter / des Vaters;
- ein undurchschaubares, willkürliches und widersprüchliches Regelsystem;
- das Gefühl der Schutz- und Hilflosigkeit, des Alleingelassenseins;
- die Isolation (Abbruch von Kontakten; instabile Beziehungen);
- die anstrengende nonverbale Kommunikation (das erspüren von Stimmungen etc.);
- die Manipulation der Selbst- und Fremdwahrnehmung;
- die Manipulation der Entscheidungsfreiheit des Kindes;
- die Geheimhaltung, und das Gefühl des "Verrats";
- die permanente Überforderung und Belastung;
- die unfreiwillige Einbeziehung und Instrumentalisierung in manipulative und destruktive Verhaltensweisen;
- der Verrat des "Ichs", der eigenen Werte und Glaubenssätze;
- die Parentifizierung;

Dies kann ein Kind nur bewältigen durch übermenschliche Anpassungsleistungen, denn ein Kind hat nur ein unausgereiftes System psychischer Abwehrmechanismen zur Verfügung. Vor allem befindet sich das Kind in einem Abhängigkeitsverhältnis und ist in diesem Alter darauf angewiesen, an die Liebe der Mutter/ des Vaters um jeden Preis zu *glauben*.

Folgen der psychischen und evtl. auch körperlichen Gewalt können sein:

- das Gefühl der Wertlosigkeit
 - fehlendes Vertrauen in die eigene Wahrnehmung
 - Schuldgefühle
 - ein falsches, instabiles Selbstbild
 - Re-Inszenierung von ungesunden Beziehungsmustern und Lebensumständen, da mittlerweile an das erhöhte "Gefahr- und Erregungsniveau" gewohnt;
 - übersteigertes, großes Misstrauen gegenüber Menschen
 - sozialer Rückzug; soziale Phobie
 - dysfunktionale Familien- und Verwandtschaftssysteme
 - Depressionen, - Angststörungen, - Zwangsstörungen, - Essstörungen
 - suizidale Gedanken
 - selbstverletzendes Verhalten
 - Süchte
 - Bindungstraumata
 - Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit den typischen Symptomen wie Flashbacks, Schlafstörungen, Alpträumen, Panikattacken usw.
 - Borderline Persönlichkeitsstörung
 - Dissoziative Identitätsstörung (u. a. wenn schwerste Gewalt im Säuglings- und/oder Kleinkindalter vorlag, die Persönlichkeitsspaltungen zu einer Überlebensstrategie werden mussten).
- Erwachsenen Kindern fällt es oft schwer, selbst bei Elternteilen, die von besonders schweren Formen der Borderline-Erkrankung betroffen sind, oft nicht therapiert sind und einen traumatisierenden Einfluss auf ihre nächsten Familienmitglieder ausüben, den Kontakt zu den

Elternteilen abzubrechen. Und so wird ihr Leben (und das der Enkelkinder) durch die Verhaltensweisen der erkrankten Elternteile oft noch jahre- und jahrzehntelang beeinflusst. Dies bringt sie oft in absurde, grenzwertige, kräftezerrende und anstrengende Situationen, die Außenstehende oft nicht begreifen können.

Folgen für Kinder !!

- Lebensgefühl des Alleingelassenseins
- Ihre eigenen Bedürfnisse und Probleme werden nicht gesehen
- Sorge um die Eltern
- Scham durch gesellschaftliche Stigmatisierung
- Schuldgefühle
- Soziale Isolierung
- Überforderung / Parentifizierung/ Verantwortung für Eltern und Geschwister
- Häufige Trennung durch Klinikaufenthalte, wechselnde Betreuung
- Erhöhtes Risiko eigener Erkrankung

Die Risikoforschung bestätigt: Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise davon betroffen. Für sie ist das Risiko erhöht, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Zahlreiche Untersuchungen schätzen, dass diese Kinder etwa zwei bis drei Mal so oft psychisch erkranken als andere Kinder. Ein Drittel der untersuchten Kinder aus betroffenen Familien weisen keine Beeinträchtigungen auf, ein weiteres Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten, beim restlichen Drittel der Kinder zeigen sich fortdauernde seelische Störungen.

Kinderpsychiatern konnten aufweisen, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben. Eine genetische Prädisposition gilt besonders für Kinder von schizophrener Eltern als wahrscheinlich. Während das generelle Lebenszeitrisko einer psychischen Erkrankung ein Prozent beträgt, liegt die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern bei 10-15 Prozent, und zwar nicht nur für eine eigene Schizophrenie, auch für andere seelische Störungen.

Das Risiko für eine affektive Störung, also Gemütsstörung wie Depression und/oder Manie, ist etwa drei bis sechs Mal höher als bei unauffälligen Eltern. Sind beide Elternteile depressiv erkrankt, liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei rund 70 Prozent. Noch problematischer wird es offenbar bei Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung in Kombination mit einer Suchterkrankung. Auch bei Angststörungen liegt das Risiko um das Siebenfache über dem Durchschnitt.

3. Hilfsangebote

Für Helfer und Helferinnen

- Schutzauftrag, auch mit Verweis Handlungsanleitung KWG und Orientierungskataloge und Internetseite
- Psychoedukation: sich selbst informieren zu beobachteten bzw. mitgeteilten Sachverhalten, Austausch im Team oder Fachinfos extern einholen bzw. Fallbesprechung (z.B. in Erziehungsberatung) in Anspruch nehmen (Unsicherheiten besprechen)

- Helfer haben „Forscherauftrag“, um herauszufinden, was ist los mit dem Kind, den Eltern, kann/soll/muss ich etwas tun und wenn ja was
- Literaturliste

Für Eltern und Kinder

- Helfer machen den Kindern Angebote, dass es erlaubt ist, sich zu äußern und mitzuteilen und geben zu verstehen, dass sie zuhören und sich bemühen wollen zu verstehen
- Stabilisierung der Kinder und alles, was dem gewohnten Alltag entspricht, aufrecht erhalten unter Einbezug von nötigen Helfern/Helfersystemen für Kinder;
- Unterstützung der Elternteile, so viel wie möglich Zeit und Ruhe mit ihren Kindern verbringen zu können
- Angebote an die Kinder: Bücher, Malpapier, Spielutensilien, Entspannungsübungen, Wappen, Kraftbaum,
- Ressourcenarbeit (vgl. Handouts aus Sigrun Eder „Annikas andere Welt“)

Unterstützungsmöglichkeiten durch unsere Beratungsstelle

- Infos zum Verstehen holen und darüber erfahren, wie es dem Kind geht und was es braucht
- Entlastung des Kindes, Hilfe/Unterstützung für Eltern
- Vermittlung /Überbrückung zu Therapie
- familienentlastende Dienste und Angebote vermitteln, Informationen geben
- Isolation und Hilflosigkeit bei Kindern, Ausgrenzung und Mobbing prüfen
- „Vererbung“ der psychischen Störung an Kinder beleuchten
- Spieltherapie und Verhaltenstherapie in kleinerem Umfang
- Hinweis auf hilfreiche Netzwerke und arbeiten im Netzwerk, weil bei Multiproblemfamilien oder schwerwiegenden Problemen in einer Familie ein Helfer allein überfordert sein kann/ist
Fallbesprechungen für HelferInnen

Wenn Fallarbeit, dann hier nur kurze Sequenzen aus dem Film „Mein verrücktes Leben“ zeigen, zu dem, was die Kinder selbst als wohltuend, hilfreich für sich beschreiben.

4. Netzwerke

- unbedingt Fachkräfte ermutigen, eigenes Fachwissen, Lebens- und Berufserfahrung, eigenes Team gut für Unterstützung des Kindes zu nutzen, bevor an andere verwiesen wird
- SFWS, Albatros, AG Psych. kranke Eltern mit Kindern (nur in GR), AK Psychiatrie, SPFH, Kinder- und Jugendzentren, Sportvereine, Schulen, Kitas, Beratungsstellen, TherapeutInnen, Kirche (es gibt keine Kinder-Traumatherapeutin in erreichbarer Nähe) doch- lt. Traumanetzwerk ist Neugersdorf und Bautzen gelistet)
- Netzwerke im unmittelbaren sozialen Umfeld des Kindes ermitteln, die helfen können (Familie, Freunde, Vereine s.o.)
- Wünsche und Erwartungen, bzw. Bedarfe ermitteln, Kritik an vorhandenen Strukturen notieren – Rückgabe ins Plenum

5. Fallarbeit

Leider konnte keine Fallarbeit stattfinden, da kein Fall zur Verfügung stand.

Vorstellung der Ergebnisse und Zusammenfassung der Workshops



Ende des Faktages



Eine Veranstaltung der Arbeitsgruppe 4 des Präventionsrates der Stadt Görlitz und der Fachgruppe gegen Gewalt an Frauen des Landkreises Görlitz.

Unterstützt und gefördert durch die Landesdirektion Dresden und die Gleichstellungsbeauftragten des Landkreises und der Stadt Görlitz, Frau Ines Fabisch und Frau Romy Wiesner.

Dokumentation: Nicole Pisova