



11.11.2012

FACHTAG: PSYCHISCH KRANKE ELTERN

**Stationäre Versorgung psychisch
kranker Mütter und ihrer Babys:
Angebot des Isar-Amper-Klinikums**

Dr. Stephanie Schabert, Oberärztin

Ring unabhängiger Sachverständiger

Stationäre Versorgung psychisch kranker Mütter und ihrer
Kinder:
Mutter-Kind-Station des Isar-Amper-Klinikums

Dr. Stephanie Schabert

Oberärztin Frauen- und Mutter-Kind-Station Haus 71

Isar-Amper-Klinikum

Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Gegründet 1901 als Kreisirrenanstalt Eglfing

Seit den 1970ern bekannt als Bezirkskrankenhaus Haar

1200 vollstationäre Betten

Tagkliniken, Ambulanzen

Mittlerweile mehrere Außenstellen

-Atriumhaus

-Fürstenfeldbruck

-Zukünftiges Klinikum München-Nord am Klinikum Schwabing
und in der Leopoldstr. 175

-Dort auch Mutter-Kind-Tagklinik unter Leitung von Frau Dr.
Mira Beros



Mutter-Kind-Stationen

Erste Mutter-Kind-Station 1959 in England

1960 in den USA

Ende der 90er Jahre erste Mutter-Kind-Station in Deutschland

18% der psychiatrischen Kliniken verfügen über Mutter-Kind-Betten, häufig integriert in andere Stationen

Homepage der Marcé-Gesellschaft weist 67 Adressen mit Mutter-Kind-Betten in Deutschland aus

In Bayern 12 Mutter-Kind-Einheiten

www.marcé-gesellschaft.de

www.schatten-und-licht.de

Geschichte Haus 71

Oktober 2008 Gründung der Station durch Herrn Dr. Pfeiffer /
Chefarzt im Hause

6 (bis max. 7) Plätze für Mutter mit Kind, integriert in eine
offen geführte, allgemeinspsychiatrische Therapiestation mit
insgesamt 23 Betten

Bis Ende 2008 wurden 8 Mütter aufgenommen

2009 bereits 48 Aufnahmen von Mutter mit Kind, in den
Jahren seitdem stetig ~ 50 Aufnahmen pro Jahr

Gedanke, psych. erkrankte Mütter gemeinsam mit ihren
kleinen Kindern aufzunehmen, um die möglicherweise durch
die Erkrankung gestörte Mutter-Kind-Interaktion positiv
beeinflussen und zielgerichtete Hilfsangebote machen zu
können



Rahmenbedingungen der Station Haus 71

- Offen geführte Station für Frauen und Mütter mit Kind, die sich freiwillig in stationäre Behandlung begeben
- Aufnahme erfolgt nach **Vorgespräch** mit der Mutter über **Warteliste**
- Aufenthalt des Kindes wird vom zuständigen Jugendamt finanziert, bei Müttern aus dem Stadtgebiet München über Kooperation mit dem Stadtjugendamt durch anonymisierte Meldung
- Offen für alle Diagnosen – Voraussetzung für die Aufnahme ist Behandlungsbereitschaft und Therapiemotivation der Mutter



Depression

Angst

Bipolar

Schizophrenie

Trauma

Persönlichkeit

Borderline

Alter der Kinder



„Ampelregelung“

- Schulalter > 6 Jahre: keine Aufnahme möglich, Schulpflicht, kein geeignetes Angebot auf Station
- Kindergartenalter 3-6 Jahre: Aufnahme möglich, kritisches Nachfragen ob Kind keine anderen Bezugspersonen hat, nicht in der Kindergarten geht ...
- Krippenalter < 3 Jahre: Aufnahme möglich, meist auch sinnvoll, falls keine anderen Bezugspersonen, Mutter Hauptbezugsperson, Mutter-Kind-Interaktion im Therapiefokus

Durchschnittsalter bei Aufnahme 18 Monate

Behandlungsteam

- Mutter-Kind-Psychologin Frau Petra Gebert (0,5)
- Erzieherin Frau Petra Genschur (1,0)
- Musiktherapeutin Frau Ute Rentmeister (Zusatzqualifikation als Kinder- und Jugendpsychotherapeutin)
- Mutter-Kind-Sozialpädagogin Frau Peggy Dittrich (0,5)
- Stationsärztinnen Frau Birgit Völkel und Frau Anne Jakobi (1,75)
- 3 Pflegekräfte, davon eine mit Zusatzqualifikation Kinderkrankenschwester, teilen sich Bezugspflege der Mütter mit Kind
- Ergotherapeutin
- Sport- und Bewegungstherapeutin
- Gesamtteam 26 Personen



Behandlungsangebot

- Einzelzimmer für Mutter mit Kind, manche Zimmer auch für ältere Kinder, Übernachtungen von Geschwisterkindern oder Vätern geeignet
- Gründliche **Diagnostik** der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung der Mutter:
 - aktueller Befund / Erkrankungsverlauf / Testdiagnostik / Persönlichkeitsdiagnostik
- Bei Aufnahme wird ein **Therapievertrag** erstellt, in dem Therapieziele und mögliche Fallstricke schriftlich festgehalten werden
- Massiv therapiestörendes Verhalten, wie z.B. aggressives Verhalten, Schneiden oder Alkoholkonsum während des stationären Aufenthaltes kann zu einer Beendigung der Behandlung führen
- Fokus mütterliche Erkrankung**: wöchentliche Termine mit Einzeltherapeuten, wöchentliches Bezugspflegegespräch, Gruppenangebote
- Fokus Mutter-Kind-Interaktion**: Müttergruppe, Spielzimmer, videogestützte Interaktionsbeobachtung
- Fokus Familien- und Helfersystem**: Paargespräche, Round-Table-Gespräche
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Mütter: 53 Tage, je nach Behandlungsindikation



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00 Uhr wecken 7.00 – 8.00 Uhr Frühstück und Medikamente					
Vormittag	8.00 Uhr Morgenrunde	8.00 Uhr Morgenrunde	8.00 Uhr Morgenrunde	8.00 Uhr Morgenrunde	8.00 Uhr Morgenrunde
	8.15 – 11.45 Uhr Psychotherapeutisches Reiten Parsdorf 9.00 – 10.00 Uhr Sport Frau Born Turnhalle Haar I ab 10.00 Uhr Visite 11.00 – 12.00 Uhr Aquagymnastik Schwimmhalle	9.15 – 10.00 Uhr Sport mit Kind Turnhalle Haus 66 10.30 – 12.00 Uhr Mütterauszeit	10.00 – 11.00 Uhr Spielgruppe für Mutter und Kind Frau Genschur 11.15 - 12.00 Uhr Babymassage/ Snoozeln Frau Hüttner / Frau Genschur	ab 10.00 Uhr Oberarztvisite 9.45 – 11.00 Uhr Mütterauszeit 11.00 – 12.00 Uhr EMMI Gruppe Frau Kirchmayer/Frau Peters	10.00 – 11.00 Uhr Müttergruppe Frau Gebert 11:00 – 11:45 Uhr Mütterauszeit 11.00 – 12.00 Uhr Aquagymnastik Schwimmhalle Haus 12
12.00 – 12.30 Uhr Mittagessen und Medikamente					
Nachmittag	14.00 – 14.30 Uhr Akupunktur Fr. Manns / Fr. Peters 15.00 – 16.00 Uhr „Wir für uns“ Gruppe	13:00 – 14:00 Uhr Psychoedukation Fr. Owens/Fr.Kirchmayer 14.30 – 16.00 Uhr Ergotherapie Werkgruppe	14.30 – 16.00 Uhr Ergotherapie Werkgruppe	13.00 – 14.00 Uhr Einzelstunde Ergotherapie 14.30 – 16.00 Uhr Ergotherapie Kompetenzgruppe / Werkgruppe	13.00 – 13.30 Uhr Akupunktur Frau Manns / Frau Peters
	ab 17.00 Uhr Abendessen			18 Uhr Medikamente	
Nach Belastungserprobung Ausgang bis 18.30 Uhr			Tagesausgang bis 21.00 Uhr		
Namensaufkleber	<ul style="list-style-type: none"> • Videogestützte Psychotherapie der Mutter-Kind-Beziehung nach Absprache mit Frau Gebert • Musiktherapie mit Mutter und Kind nach Absprache mit Frau Rentmeister 				

Bezugsperson:

Vertretung:

behandelnder Arzt:

Erkrankungsbilder der Mütter - I

61% der Mütter kommen mit einer **depressiven Symptomatik**

-Traurigkeit, Freudlosigkeit, Energiemangel

-Zwangsgedanken treten bei 54 % der Frauen mit postpartaler Depression auf

-Postpartale Angstzustände können als eigenständige Kategorie angesehen werden, da diverse Angststörungen nicht zwangsläufig eine Depression bedeuten

-Die postpartale Depression ist dringend behandlungsbedürftig, wegen der Gefahr eines Suizids (auch erweiterter Suizid!)

→Psychoedukation zu den Themen Depression / Angst

→Spezifische Stressfaktoren identifizieren und ggf. verändern

→Medikamentöse antidepressive Behandlung

→Beachtung depressionsbedingter Veränderungen in der Mutter-Kind-Interaktion

Erkrankungsbilder der Mütter - II

Bei zahlreichen Patientinnen komorbide Diagnosen: **Angsterkrankungen** und **Traumafolgestörungen**

- spezifische Berücksichtigung von Vermeidungsverhalten bei der Therapieplanung: Expositionstraining
- Stabilisierungstechniken aus der Traumatherapie
- besonderes Augenmerk auf die Mutter-Kind-Interaktion bezüglich Triggersituationen (Kind weint, schreit, verhält sich aggressiv)

Häufig komorbide **Persönlichkeitsstörungen**

„Menschlich aber bedeutet die klassifikatorische Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht.“ Karl Jaspers

- spezifische Testdiagnostik mittels strukturierter Interviews (SKID II) mit unmittelbarer Rückmeldung an die Patientin
- Austausch mit der Patientin über problematisches Interaktionsverhalten durch Verhaltensanalysen
- bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung Elemente aus dem Skillstraining für Borderline-Patientinnen (DBT nach Marsha Linehan)

Erkrankungsbilder der Mütter - III

Mütter nach akuter Psychose oder Manie

akuter Psychose / akute Manie: die Mutter ist im akuten Erkrankungszustand in der Regel nicht in der Lage, ihr Kind adäquat zu versorgen

Im Akutzustand bestimmen die Symptome der Erkrankung sehr stark das Verhalten

Im Erkrankungsverlauf entscheidend Krankheitseinsicht und gutes Wissen über persönliche Frühwarnzeichen und Erkrankungsmanagement über die Prognose

Diagnose „Schizophrenie“ / „Bipolare Störung“: stellt Erziehungsfähigkeit daher nicht grundsätzlich in Frage

→ Einzelpsychoedukation, persönliche Frühwarnzeichen

→ medikamentöse antipsychotische oder stimmungsstabilisierende Behandlung = Prophylaxe

→ Beachtung erkrankungsbedingter Veränderungen der Mutter-Kind-Interaktion

→ Hilfeplanung nach Entlassung zur Streßreduktion

Mutter-Kind-Interaktion

Spezifische Beobachtungen der Mutter-Kind-Psychologin, der Erzieherin und der Musiktherapeutin

→ Direkte Rückmeldung an die Mutter im Einzeltermin, ggf. mittels Video, gemeinsame Bearbeitung mit der Mutter

Allgemeine Beobachtungen im Stationsalltag durch gesamtes Behandlungsteam (insbesondere Pfl egeteam)

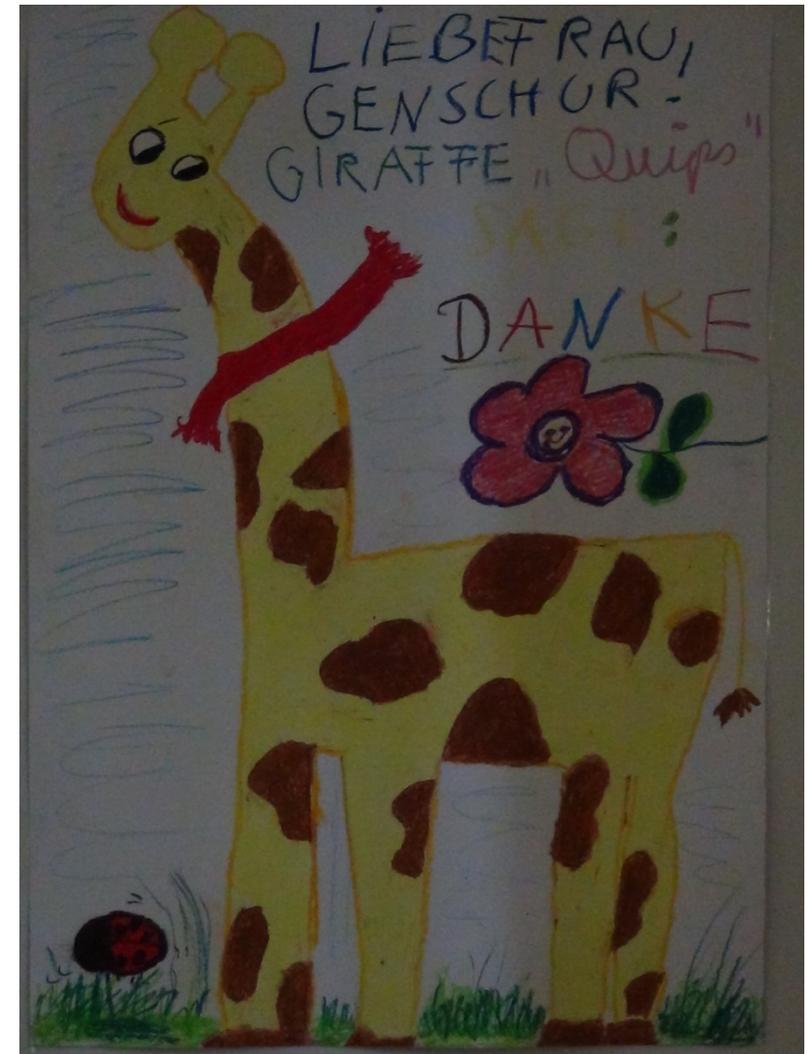
→ Tips, direkte Rückmeldung oder Weitergabe der Information an die Einzeltherapeutin zur Bearbeitung beim Einzeltermin

Einschätzung der Mutter-Kind-Interaktion während des gesamten Aufenthaltes

→ gezielte kinderpsychiatrische Abklärung der Kinder durch Konsilärztin der Heckscher-Klinik

→ Risikoeinschätzung falls erforderlich

→ Round-Table-Gespräche mit Helfersystem, schriftliche Rückmeldung



Familiensystem und Helfernetzwerk

Paarkonflikte sehr häufig vorhanden - Konflikte wegen der Erkrankung oder Erkrankung wegen der Konflikte?

- Vermittlung von Wissen über die Erkrankung an den Partner / die Familie
- Konflikte in Paargesprächen gemeinsam besprechen und lösen
- Unterstützungsmöglichkeiten klären

Kontakte zum Jugendamt: 59% der Mütter hatten bereits vor Aufnahme Kontakt zum Jugendamt

Bei Müttern mit Wohnsitz außerhalb des Stadtgebiets München Kontaktaufnahme zum Jugendamt vor Aufnahme zwingend erforderlich um Kosten für Aufenthalt des Kindes zu beantragen

Wir versuchen in fast allen Fällen, Kontakt zum Jugendamt herzustellen, um nachstationäre Hilfen planen zu können

Während des Aufenthaltes findet meistens mindestens ein Round-Table-Gespräch statt

Seit 2008 fand bei 12% der Kinder während des stationären Aufenthaltes eine Inobhutnahme statt

Zusammenarbeit mit den Jugendämtern zumeist sehr gut

Schnittstellen

Weiterbehandlung bezüglich der Erkrankung:

- Hausarzt, Psychiater, Ambulanz
- ambulante Psychotherapie
- Sozialpsychiatrischer Dienst

Unterstützung bei der Versorgung des Kindes:

- Familienhilfe über die Krankenkasse
- Jugendamt – Hilfen zur Erziehung in Form von sozialpädagogischer Familienhilfe, Erziehungsberatung ...
- andere Familienangehörige, Mutter-Kind-Wohneinrichtungen, Pflegefamilie ...

Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten – in Risikofällen auch ohne Einwilligung der Betroffenen

Mutter – Mutter-Kind?

Diagnose = Etikett

- Exakte und zutreffende Diagnose wichtig für die Therapieplanung
- Ein Puzzelteil in der Beurteilung der Erkrankungsprognose und der Beurteilung der Mutter-Kind-Interaktion

Verlauf = multifaktoriell

- Weniger beeinflusst durch Art der Diagnose als durch Ausmaß der Symptome , Chronifizierung und weitere Belastungsfaktoren

Mutter-Kind-Interaktion = noch multifaktorieller

- Ungünstige Faktoren aus dem Erkrankungsverlauf fließen in unsere Beurteilung mit ein
- Soziale Faktoren, Ressourcen des Systems spielen große Rolle
- Zu installierende Unterstützung entscheidend

Fall 1 – Frau D., 3 Monate stationär

34-jährige Betriebswissenschaftlerin, Mitarbeiterin in einem Verlag, verheiratet, Mutter eines 4-jährigen Sohnes.

Bisher keinerlei psychiatrische Symptomatik in der Vorgeschichte, positive Familienanamnese für Depression (Mutter, Bruder).

Frau D. habe sich noch eine Tochter gewünscht, als sie während der zweiten Schwangerschaft erfahren habe, dass sie erneut einen Sohn bekomme, sei sie zunächst enttäuscht gewesen. Im Folgenden Depression mit psychotischen Symptomen: gedrückte Stimmung, reduzierter Antrieb, Schlafstörungen, Wahngedanken (sie habe das Kind in ihrem Bauch durch ihre Gedanken getötet, das Kind sei bereits tot, sie werde demnächst selbst versterben).

Gegenüber ihrem Ehemann verschwieg Frau D. ihre Befürchtungen.

Stationärer Aufenthalt zunächst alleine, Uniklinik der LMU / Nußbaumstr. Am 24.12.2011 Geburt ihres Sohnes. Im selben Zeitraum Mutter von Frau D. schwer krank, verstarb 4 Wochen später im Hospiz. Älterer Sohn und Säugling zu Hause beim Vater mit Unterstützung durch Kinderkrankenschwester.

Nach ausreichender Stabilisierung Übernahme zu uns, zunächst alleine, 7 Wochen nach Geburt des Sohnes Übernahme des Kindes zu uns. Seit der Entbindung keine psychotische Symptomatik mehr, bei Übernahme noch depressive Restsymptomatik mit Traurigkeit, Mangel an Energie, Freudlosigkeit.

Medikamentöse antidepressive Behandlung, im Einzelgespräch wurden die verschiedenen Belastungsfaktoren thematisiert, Frau D. sehr verantwortungsvoll und liebevoll, hoher Selbstanspruch, stellt eigene Bedürfnisse zurück, erlaubt sich keine negativen Gefühle.

Zusätzliche Belastung durch nicht vollständig geklärtes Ereignis während einer Wochenendbeurlaubung von Frau R. mit unklarer Bewußtlosigkeit des Säuglings, der von den Eltern sofort ins Klinikum Harlaching gebracht wurde. Dort wurde ein Schütteltrauma festgestellt, durch die Kinderklinik Kontakt zum Jugendamt hergestellt, eine Inobhutnahme des Säuglings diskutiert, da die Eltern als Gefährdung angesehen wurden.

Fall 1 – Frau D., 3 Monate stationär

Äußerst schwierige Kommunikation mit Kinderklinik und Jugendamt, Informationen zum Krankheitsverlauf von Frau D. wurden falsch aufgenommen und weitergegeben, Eltern wurden von Seiten der Kinderklinik als unkooperativ betrachtet.

Ein Round-Table-Gespräch in der Kinderklinik, mit dem Ergebnis, dass der Säugling wieder zu seiner Mutter zu uns auf Station zurückgegeben wird.

Während des weiteren Aufenthaltes setzte sich das Ehepaar sehr gewissenhaft und differenziert mit der gesamten Familiensituation und den Belastungen für die verschiedenen Familienmitglieder auseinander.

Von Seiten des Jugendamtes Bedenken gegenüber einer Entlassung, erneutes Round-Table-Gespräch, Beurlaubungen nach Hause mit Nachbesprechungen, ausführliche Entlassplanung mit Terminen beim ambulanten Psychotherapeuten für die Mutter, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten für den 4jährigen, Familienhilfe (anfangs vom Ehepaar selbst finanziert), Familientherapie im Kinderschutzzentrum.

Entlassung in stabilem Gesundheitszustand nach Hause gemeinsam mit dem kleinen Sohn.

Fall 2 - Frau B., 2 Monate stationär

23-jährige Mutter, keine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung, 1 Tochter, 6 Jahre, 1 Sohn, knapp 2 Jahre

Im Grundschulalter sexueller Mißbrauch durch den Vater, Trennung der Eltern als Pat. 10 Jahre alt war, Pat. und ihr älterer Bruder mal bei der Mutter, mal beim Vater, ständig umgezogen, Schule in der 7. Klasse abgebrochen, mit 14 Jahren in der Punkszene auf der Straße gelebt, damals auch Droge und Alkohol, nach der Geburt der Tochter vorübergehend in einem Mutter-Kind-Heim, Gewalt und Stalking durch Vater ihrer Tochter, mehrere Umzüge, dann Vater ihres Sohnes kennen gelernt, rechtsextremer Sänger, Frau B. schloß sich der rechtsextremen Szene an, entdeckte deren Ideale für sich, wandte sich dann aber an ein Aussteigerprogramm und lebt seit etwas über einem Jahr unter falschem Namen in einer Mutter-Kind-Einrichtung in München

Symptomatik: instabiles Selbstbild, instabile zwischenmenschliche Beziehungen, Stimmungsschwankungen. Frau B. nimmt sich selbst als unattraktiv wahr, beschäftigt sich aber stundenlang mit ihrem Äußeren und tritt durchaus extrovertiert auf. Impulsives Verhalten in Form von Freßattacken oder stark gezügelter Nahrungsaufnahme, Drogen- und Alkoholmißbrauch, im Sexualleben. In der Vergangenheit auch selbstverletzendes Verhalten (Schneiden). Soziale Ängste und Panikattacken.

Erster einmonatiger Aufenthalt auf Haus 71 mit dem Sohn wegen Panikattacken. Tochter kurz zuvor eingeschult, kam zur Großmutter und ging dort zur Schule. Frau B. sorgte gut für das leibliche Wohl ihres Sohnes und verhielt sich ihm gegenüber liebevoll. Entlassung auf Wunsch der Patientin.

1 ½ Monate später erneute Aufnahme auf Haus 71 mit dem Sohn. Da Frau B. mittlerweile mit ihrer Mutter zerstritten war, kam die Tochter vorübergehend zu einer Pflegemutter. Anfangs häufige Panikattacken, reduzierte Nahrungsaufnahme wegen ständiger Übelkeit und Angst, Erbrechen zu müssen, Verlangen nach Beruhigungsmitteln.

Fall 2 - Frau B., 2 Monate stationär

Im Verlauf Ausmaß der Borderline-Störung immer deutlicher – beim Voraufenthalt noch gutes Verhältnis zur Mutter, jetzt ständiger Streit, so dass diese auch nicht mehr bereit war, Frau B. zu unterstützen. Frau B. nahm auch wieder Kontakt zum Vater ihres Sohnes auf, stundenlanges Chatten im Internet und ausgedehnte Körperpflegerituale.

Im Verhalten gegenüber den Kindern keine Stabilität: sorgte meist gut für das leibliche Wohl, immer wieder auch liebevoll im Kontakt, dann aber wieder nicht verfügbar, nicht in der Lage, emotional angemessen auf ihre Kinder einzugehen. Der Tochter wurde über Stunden übertragen, sich um ihren kleineren Bruder zu kümmern, alleine aufzuräumen. Der Sohn war immer wieder unbeaufsichtigt.

Unsererseits dringende Empfehlung, eine spezifische Borderline-Therapie ohne die Kinder durchzuführen und diese in einer Pflegefamilie unterzubringen. Frau B. strebte einen Umzug zum Vater ihres Sohnes an, ließ sich zwar vordergründig auf unsere Therapieplanung ein, kehrte dann aber von einem Wochenendausgang nicht zurück und teilte mit, dass sie bereits in eine andere Stadt umgezogen sei.

Während des Aufenthaltes mehrere Round-Table-Gespräche und intensive Kommunikation mit dem Jugendamt, die Voraussetzungen für eine Inobhutnahme aber nicht erfüllt, lt. Jugendamt auch ein Einschalten des Familiengerichts nicht angezeigt. Das Jugendamt am neuen Wohnsitz wurde informiert.

Fall 3 – Frau P., 6 Monate stationär

25-jährige aus Griechenland stammende Patientin, Gymnasium ohne Abschluß, keine Berufsausbildung, zwei Söhne, 1 und 3 Jahre alt.

Zunächst in Griechenland aufgewachsen, leiblichen Vater nie kennen gelernt. Nach der Grundschule Umzug nach Deutschland, von der Mutter und deren neuem Partner regelmäßig so geschlagen worden, dass die Verletzungen schließlich in der Schule aufgefallen seien und sie mit 16 Jahren in ein Heim gekommen sei. In Griechenland ihren Mann und Vater ihrer beiden Söhne kennen gelernt, als Kellnerin gejobbt. 6 Monate vor Aufnahme mit der Familie wieder nach Deutschland, leben dort vorübergehend bei der Mutter von Frau P.

Erster Suizidversuch mit 15 Jahren, drei weitere Suizidversuche.

Aufnahme auf der Akutstation nach erneutem Suizidversuch, nach 6 Wochen Übernahme zu uns. Gedrückte Stimmung, immer wieder auch Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen mit Alpträumen, Grübeln, sich aufdrängende lebhafte Bilder an frühere Gewalterlebnisse, Anspannung.

Sehr krisenhafte Familiensituation – ständig wechselnde Streitkonstellationen zwischen Frau P., ihrer Mutter und ihrem Mann. Die Mutter wurde von Frau P. als „noch kränker als ich“ beschrieben. Mutter und Ehemann drängten beide sehr, die beiden Söhne zu uns in die Klinik zu bringen, da sie mit der Versorgung überfordert seien. Frau P. und ihrem Mann wurde die Unterbringung der Kinder in eine Pflegefamilie vorgeschlagen. Der Mann von Frau P. trennte sich schließlich und zog aus der Wohnung der Mutter aus. Der kleine Sohn wurde vorübergehend zu uns auf Station aufgenommen, der ältere blieb noch bei der Großmutter.

Im Umgang mit den Kindern liebevoll, konnte sich gut in ihre Kinder hineinversetzen, bemüht um deren Wohlergehen, aber damit überfordert, ihnen Struktur und Ordnung zu geben, klare Grenzen zu setzen, die Eigenständigkeit der Kinder zu fördern. Beide Söhne sprachverzögert.

Fall 3 – Frau P., 6 Monate stationär

Frau P. insgesamt bereits mit einem Sohn im stationären Rahmen an der Grenze ihrer Belastbarkeit, benötigte immer wieder Entlastung und Anleitung.

Therapeutisch einerseits medikamentöse Behandlung, andererseits traumatherapeutische Stabilisierungstechniken.

Wegen der völlig ungeklärten Wohnsituation und des hohen Therapiebedarfs der Mutter nach einem Monat mit dem jüngeren Sohn Round-Table-Termin mit dem Entschluß, beide Söhne in einer Pflegefamilie unterzubringen. Frau P. stabilisierte sich im Folgenden rel. gut, besuchte immer wieder ihre Söhne und bewarb sich für einen Platz in einer Mutter-Kind-Einrichtung mit der Möglichkeit, dort mit beiden Söhnen aufgenommen zu werden.

Frau P. wurde vorübergehend in eine Obdachloseneinrichtung für Frauen entlassen, da in der angestrebten Mutter-Kind-Einrichtung mit längerer Wartezeit zu rechnen war.

Fall 4: Frau S. – 5 Monate stationär

19jährige mit Hauptschulabschluss, Ausbildung abgebrochen, lebt bei ihren Eltern, Vater Schreiner, Mutter Hausfrau

mit 17 Jahren erstmalig Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, paranoide Gedanken (Arbeitskollegen im damaligen Auszubildendenbetrieb würden sie beobachten, über sie reden, sich gegen sie zusammenschließen)

Mit 18 erneut Beeinträchtigungs- und Beziehungswahn (Leute werfen sich hinter ihrem Rücken bedeutungsvolle Blicke zu), desorganisiertes Verhalten

Mit 18 Schwangerschaftsabbruch, danach erstmalig stationärer Aufenthalt, Diagnose Schizophrenie

Mit 19 erneut schwanger, wieder zunehmend psychotische Symptome, außerdem Antriebsstörung. Stationärer Aufenthalt während der Schwangerschaft, während der gesamten Schwangerschaft medikamentöse antipsychotische Behandlung mit Seroquel. Massive Konflikte mit den Eltern wegen der Beziehung zum Kindsvater.

30.04.2011 Geburt ihrer Tochter, Verhältnis zu den Eltern hatte sich gebessert, Kindsvater hat unmittelbar nach der Geburt Kontakt zu Frau S. aufgenommen, Interesse gezeigt, dann jedoch Frau S. und ihrer Eltern bedroht. Erneut psychotische Symptome bei Frau K., Schuldwan, sei an allem schuld, mache alles falsch. Sprunghaftes, unzusammenhängendes Denken. Stimmung gedrückt, Schlaf schlecht.

Zwei Wochen nach der Geburt erneute stationäre Aufnahme, zunächst alleine auf der Akutstation. Unter zusätzlicher Medikation rascher Rückgang der psychotischen Symptome. Tochter bei den Großeltern. Kindsvater gegenüber den Großeltern und der gesetzlichen Betreuerin von Frau S. unkooperativ und desinteressiert.

Fall 4: Frau S. – 5 Monate stationär

Anfangs sehr müde, unkonzentriert, parathym, affektstarr. Langsame Besserung. Pat. an den Wochenenden stets zu Hause bei den Eltern, bemüht, die Versorgung ihrer Tochter zu übernehmen. Nach 3 Monaten in Rücksprache mit dem zuständigen Jugendamt Aufnahme der Tochter auf Station.

Im Alltag mit der Tochter deutliche Überforderung, schizophrene Negativsymptomatik = kognitive Defizite wie Konzentrationsstörungen, Planungs- und Organisationsdefizite, Antriebsmangel. Erneute Medikamentenumstellung auf Leponex, für diesen Zeitraum Tochter wieder bei den Großeltern, dann wieder bei uns auf Station. Frau S. stets krankheitseinsichtig und interessiert an Wissen über ihre Erkrankung und persönliche Frühwarnsymptome.

Im Alltag mit der Tochter stets liebevoll, allerdings trotz Medikamentenumstellung anhaltend unkonzentriert, erschöpft, nicht in der Lage, Motivation und Antrieb über den Tag aufrecht zu erhalten. Deutliche Schwierigkeiten, auf Signale des Kindes angemessen zu reagieren. Sobald der Tagesablauf Vorausplanen erfordert, deutlich überfordert.

Round-Table-Gespräch mit Frau S., ihren Eltern, der gesetzlichen Betreuerin, zuständigen Jugendamtssachbearbeiterin und dem Kinderpflegedienst: Ergebnis: Frau S. wird nach Entlassung nicht in der Lage sein, die Versorgung ihres Kindes hauptverantwortlich zu übernehmen. Die Eltern von Frau S. erklären sich bereit, als Großeltern die Hauptfürsorge für das Kind zu übernehmen. Nach Entlassung Unterstützung durch eine Kinderkrankenschwester, außerdem ambulanter Psychiater und sozialpsychiatrischer Dienst.

Kindsvater wird von Frau S. als unbekannt angegeben, da es der Familie sowie der gesetzlichen Betreuerin äußerst fraglich erscheint, ob er in der Versorgung des Kindes eine positive Rolle übernehmen würde.

Vielen Dank!



Fortbildungen des Sachverständigenrings



PSYCHISCH KRANKE ELTERN

Beginn: 01.03.2013

Fünfteilige Fortbildungsreihe für Mitarbeiter der Jugendhilfe, Verfahrensbeistände & andere Interessierte zu Fragen der Sorge und des Umgangs bei Familien mit psychisch kranken oder geistig behinderten Eltern

*Dr. Anita Plattner (München)
Dr. Johannes Streif (München)*



Ring unabhängiger Sachverständiger