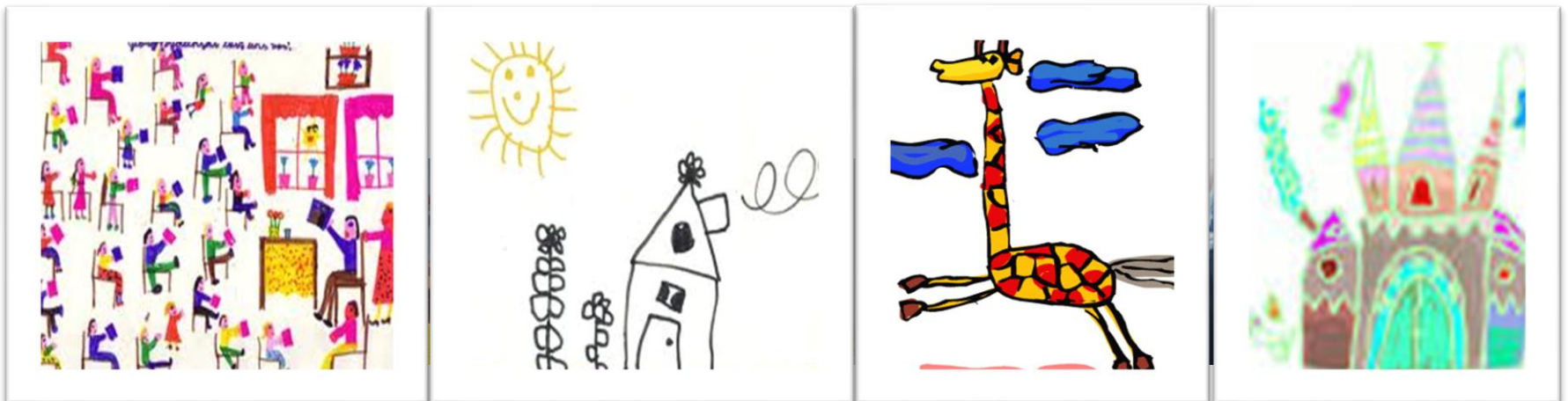


«Welche Auswirkungen haben psychiatrische Diagnosen der Eltern auf die Kinder – Wichtige Impulse für die Elternarbeit»

*03. Juni 2026 – Berner Bündnis gegen Depression
PD Dr. med. Franziska Schlenzog-Schuster*



Aufbau des Vortrages



1. Einführung
2. Belastungen der Kinder
3. Eltern – Kind - Interaktion
4. Interventionen
5. Konklusion



Loading...



1. Einführung

1. Einführung



Leitlinie: ‚Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter‘ (S2k)

AWMF Nr.: 028/041 – Revision 2022-24 - Aktualisierte Fassung

Angemeldet am 10.09.2021, Online seit Oktober 2025

S2k-Leitlinie Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-041>

1. Einführung



Für wen?

- **alle professionellen Berufsgruppen**, die Kinder 0 bis 5.11 Jahren mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen

Ziel?

- **praxisorientierte Empfehlungen** zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von psychischen Störungen in allen Settings

1. Einführung



Schlüsselempfehlung 1

Achse I: Clinical Disorders nie ohne Eltern-Kind-Interaktion
(Kontext/Achse II)

Achse I und Achse II



1. Einführung



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Schlüsselempfehlung 4

→ elterlichen psychischen Störung **soll immer** erfasst bzw. ausgeschlossen - Konsensstärke: 94%

→ psychische Störung oder Erkrankung vorliegt, **soll eine Behandlung** - Konsensstärke: 100%





Loading...

1. Einführung



- Menschen mit psychischer Erkrankung ebenso häufig Eltern sind wie Menschen ohne psychische Erkrankung (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017)

1. Einführung



- stationären psychiatrischen Versorgungsbereich in Deutschland
 - 30% der psychisch schwer erkrankten Patient*innen gleichzeitig Eltern von minderjährigen Kindern (ca. 36% depressiver/affektive Störungen, 26% Persönlichkeitsstörungen, 23% psychotische Störungen)
 - wobei die Kinder zumeist mit ihren Eltern zusammen leben (Lenz, 2017)
 - Schone & Wagenblass (2002) - Deutschland
 - 12% hatten minderjährige Kinder
 - 25% in den TKs
 - 20% in Stationären Bereich

1. Einführung



- Schone & Wagenblass (2002) in System der Jugendhilfe
 - Jede 10. Familie, die Hilfe in Anspruch nahm = mindestens 1 Elternteil mit psychiatrischer Diagnose oder in psychiatrischer Behandlung
 - Dunkelziffer hoch

1. Einführung



- Zahlen aus der Schweiz
 - 1999 Münsingen (Burke und Nussbaumer, 1999)
 - 27% Kinder unter 20 Jahren
 - Psychiatrische Universitätsklinik Basel (Sollberger, 2007)
 - 23% PatientInnen/20% Patienten=Kinder <20 Jahre
 - UPD in 2000 (Sommer, Zoller, Felder, 2001)
 - 1/3 Kinder und davon 17 % minderjährige Kinder

Burke, C. E. & Nussbaumer, C. S. (1999). Elternschaft in der Psychiatrie. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Berlin.

Sollberger, Daniel, Byland M, und Widmer G. *Biographische Identität zwischen Stigma und Tabu. Kinder psychisch kranker Eltern*. 2007.

Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001). Gefährdete Kinder im Vorschul- und Schulalter. Vorstudie und Literaturanalyse. Bern: BAG Eigenverlag.

1. Einführung



- Umfrage in Winterthur in 2006
 - 974 psychiatrisch erkrankte Menschen
 - 22% Kinder (32% Mütter/17% Väter)
 - davon 87% bei PsychiaterInnen betreut



- ambulanten Versorgungsbereich von einer höheren Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen
 - Angststörungen und Depressionen die häufigsten Störungsbilder
 - Allein Patient*innen mit Essstörungen scheinen zum Großteil (80%) keine Kinder zu haben.



- ambulanten Versorgungsbereich von einer höheren Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen
 - Spezielle Diagnose der Eltern als Risikofaktor eine Rolle spielt ist umstritten, Kinder von Eltern mit einer Suchterkrankung, Persönlichkeitsstörung, sowie komorbide Störungen ein besonders hohes Risiko für psychische Auffälligkeiten haben (Plass & Wiegand-Greife, 2012).

1. Einführung



Tabelle 40: Diagnosen der psychisch erkrankten Eltern (in absteigender Reihenfolge nach Häufigkeit der erkrankten Mütter)

Diagnosen nach ICD-10	psychisch erkrankte Mütter (n=59)		psychisch erkrankte Väter (n=26)	
	n	%	n	%
Depression (F32 + F33)	24	41%	7	27%
Suchterkrankung (F1)	18	31%	8	31%
Posttraumatische Belastungsstörung oder Anpassungsstörung (F43)	8	14%	6	23%
Schizophrenie oder wahnhafte Störung/ Psychose (F2)	8	14%	3	12%
Borderline-Störung (F60.31)	6	10%	-	-
Phobische Störung oder Angststörung (F40 + F41)	5	9%	-	-
Essstörung (F50)	4	7%	-	-
andere Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F6)	3	5%	3	12%
Zwangsstörung (F42)	2	3%	-	-
Manie, bipolare Störung o. andere affektive Störung (F30, F31, F34 – F39)	1	2%	3	12%
andere psychische Erkrankung	1	2%	1	4%

Anmerkung:

Grundmenge: Psychisch erkrankte Mütter (n=59) und Väter (n=26).
Mehrfachnennungen möglich.



2. Belastungen der Kinder

2. Belastungen für Kinder



Tabelle 39: Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen und psychische Erkrankung der Eltern

Kinder / Jugendliche lebt ...	Kinder und Jugendliche		davon Mutter erkrankt		davon Vater erkrankt		davon beide Eltern bzw. Stiefeltern erkrankt	
	n	%	n	% sub	n	% sub	n	% sub
bei der Mutter (alleinerziehend)	40	31%	21	52%	13	33%	6	15%
bei den Eltern	34	26%	18	53%	12	35%	4	12%
im Heim	33	25%	23	70%	5	15%	5	15%
bei Mutter und Partner/-in	8	6%	2	25%	-	-	6	75%
bei den Grosseltern	5	4%	4	80%	-	-	1	20%
anderswo	4	3%	2	50%	1	25%	1	25%
bei den Pflegeeltern	3	2%	2	67%	-	-	1	33%
beim Vater (alleinerziehend)	1	1%	1	100%	-	-	-	-
beim Vater und Partner/-in	1	1%	1	100%	-	-	-	-
weiss nicht	1	1%	1	100%	-	-	-	-
Total	130	100%	75	58%	1	24%	24	18%

Anmerkungen:

Grundmenge: Kinder und Jugendliche, die am Stichtag erfasst wurden, sowie deren minderjährigen Geschwister (n=130). Von vier Kindern und Jugendlichen fehlen die Angaben bezüglich Wohnort und von drei Kindern und Jugendlichen sind die Angaben bezüglich Erkrankung der Eltern unklar.

Bei den Kinder und Jugendlichen, die aus der gleichen Familie sind, ist die Mutter oder der Vater - bzw. beide - mehrfach aufgeführt, je nach Anzahl der Kinder.

% sub: Bezieht sich auf das Subtotal der jeweiligen Zeile in der ersten Spalte.

2. Belastungen für Kinder



- BELLA – Studie (11.158 Eltern von Kindern im Alter von 11-17 Jahren)
- Elterliche psychische Probleme 18.6%
 - Riskofaktoren:
 - Niedriger SES
 - Arbeitslosigkeit
 - Chronische Erkrankungen der Eltern
 - Stressige Lebensereignisse
 - Tägliche elterliche Belastung und kindliche psychische Probleme

2. Belastungen für Kinder



- 19.1% der Kinder dieser Eltern → selbst psychische Probleme versus Kinder von Eltern ohne MHP 7,7%
- Doppelte so hohes Risiko selber über MHP zu kommunizieren

2. Belastungen für Kinder



Slomian et al. (2019) – systematischen Review über 122 Studien

- Postpartumdepression – nicht optimaler Entwicklungsraum für Mutter und Kind
- Früherkennung

Kingston et al. (2014) - mütterliche psychische Probleme in SS/postpartum
Kinder im Schulalter

- Suboptimale globale Entwicklung, aber auch suboptimale kognitive, sozioemotionale Entwicklung und Entwicklung des Verhaltens aufwiesen

Justine Slomian, Germain Honvo, Patrick Emonts, Jean-Yves Reginster, Olivier Bruyère (2019): Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. In: *Women's health (London, England)* 15, 1745506519854864. DOI: 10.1177/1745506519854864.

Kingston, Dawn; Tough, Suzanne (2014): Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. In: *Maternal and child health journal* 18 (7), S. 1728–1741. DOI: 10.1007/s10995-013-1418-3.

2. Belastungen für Kinder



Ingeborgrud et al. (2024)

- Mütterliche Angst, Depression und ADHS in SS und frühen Kindheit
 - Anstieg der kindlichen Ängste im Alter von 8 Jahren

Rahbari et al. 2024

- pränatale Depression → höheres Entwicklungsrisiko für Mädchen als für Jungen darstellt
 - assoziiert ist mit niedriger verbalen IQ
- Postnatale Depression oder eine Angststörung
 - Konnte dies nicht direkt vorhersagen

Rahbari, Noriyeh; Sénéchal, Monique; Bolea, Blanca; Wazana, Ashley (2024): The longitudinal impact of pre- and postnatal maternal depression and anxiety on children's cognitive and language development. In: *Developmental psychology*. DOI: 10.1037/dev0001700.

Ingeborgrud, Christine Baalsrud; Oerbeck, Beate; Friis, Svein; Pripp, Are Hugo; Zeiner, Pål; Aase, Heidi et al. (2024): Do maternal anxiety and depressive symptoms predict anxiety in children with and without ADHD at 8 years? In: *European child & adolescent psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-024-02374-1.

2. Belastungen für Kinder



Barnes et al. 2019

- Metaanalyse Beziehung zwischen mütterlicher Depression und unsicherer Bindung (20% höher als in nonklinischen Population)

→ Fokus auf mütterliche MH und Bindungsstil zwischen Mutter und Kind

Barnes, Jennifer; Theule, Jennifer (2019): Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. In: *Infant mental health journal* 40 (6), S. 817–834. DOI: 10.1002/imhj.21812.

Fleck, Leonie; Fuchs, Anna; Moehler, Eva; Parzer, Peter; Koenig, Julian; Resch, Franz; Kaess, Michael (2021): Maternal bonding impairment predicts personality disorder features in adolescence: The moderating role of child temperament and sex. In: *Personality disorders* 12 (5), S. 475–483. DOI: 10.1037/per0000433.



Fleck et al. 2021

- Borderline personality disorder symptoms bei Mädchen abhängig waren vom mütterlichen Bindungsverhalten 2 Wochen nach Geburt und kindlichen Temperament im Alter von 5 Jahren (t1, t2, Alter 5, t3 Adoleszenz)

Risiko der getrennten Versorgungssysteme (Erwachsenenpsychiatrie, KESB, KJP, Schule)

2. Belastungen für Kinder



Warum?

Frost et al. (2024)

- Mütterlichen Depression → harsches elterliches Verhalten steigt an statt warmes, stimulierendes und kalkulierbares Verhalten
- MHP Kinder sinkt und sozioemotionalen Kompetenzen im Alter von 36 Monaten

2. Belastungen der Kinder



- Kinder psychisch erkrankter Eltern → erhöhtes Risiko auf selbst eine psychische Störung zu entwickeln (im Vgl. zur Gesamtbevölkerung je nach Störungsbild um das 2-10-fache erhöht)
- vermehrte Belastungen der Kinder durch das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil nachgewiesen

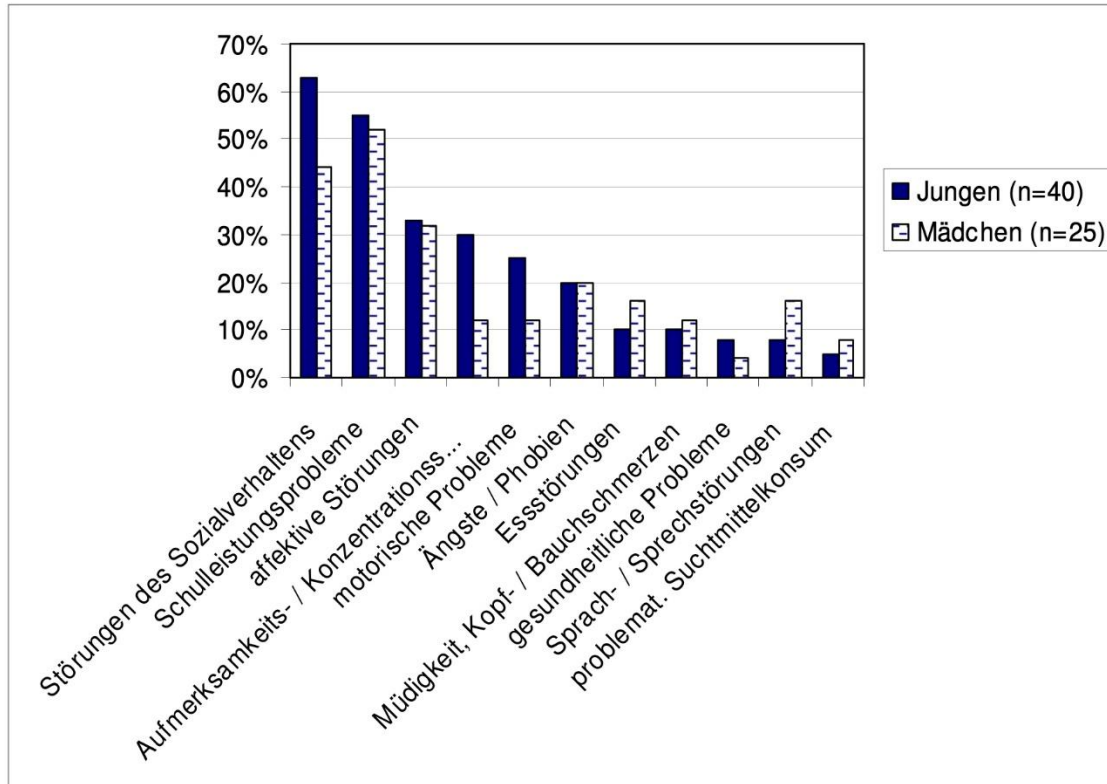
2. Belastungen der Kinder



- vermehrte Belastungen der Kinder
 - massiven Sorgen und Ängsten um das erkrankte Elternteil
 - Anpassung des eigenen Verhaltens bei genauer Beobachtung des Zustands des Elternteils
 - Erschütterung des Elternbildes
 - Destabilisierung des Familiensystems mit Grenz- und Generationsverwischungen (Parentifizierung)
 - Loyalitätskonflikten und Schamgefühlen
 - Tabuisierung, Isolierung und Kommunikationsverbot
 - mangelnde soziale Unterstützung und Verlust von Alltagsstrukturen
 - vordergründig bei Jugendlichen die Angst selbst zu erkranken.

2. Belastungen für Kinder

Abbildung 29: Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen am Stichtag nach Geschlecht



Anmerkungen:

Grundmenge: Kinder und Jugendliche, die am Stichtag Auffälligkeiten zeigen (n=65).
Mehrfachnennungen möglich.





3. Eltern-Kind-Interaktion

3. Eltern – Kind - Interaktion



- sehr junge Alter der Kinder bei Erstmanifestation der elterlichen Erkrankung ist dabei ein wichtiger Risikofaktor
- „da die elterliche Erkrankung einen maßgeblichen Einfluss auf Beziehungs- und Erziehungskompetenzen hat“ (Lenz & Wiegand-Greife, 2017, VI).

3. Eltern–Kind-Interaktion



Container – Contained – Modell nach Bion



Bion, W. R. (1962a): The psychoanalytic study of thinking. International Journal of Psychoanalysis, 43, 306-310. Auch in ders. (1967). Second Thoughts (S. 110-119) London: Heinemann

Bion, W. R. (1962b): Learning of Experience. London: William Heinemann. Auf Deutsch erschien (1992). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Bion, W. R. (1992a): Elemente der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp

3. Eltern–Kind-Interaktion

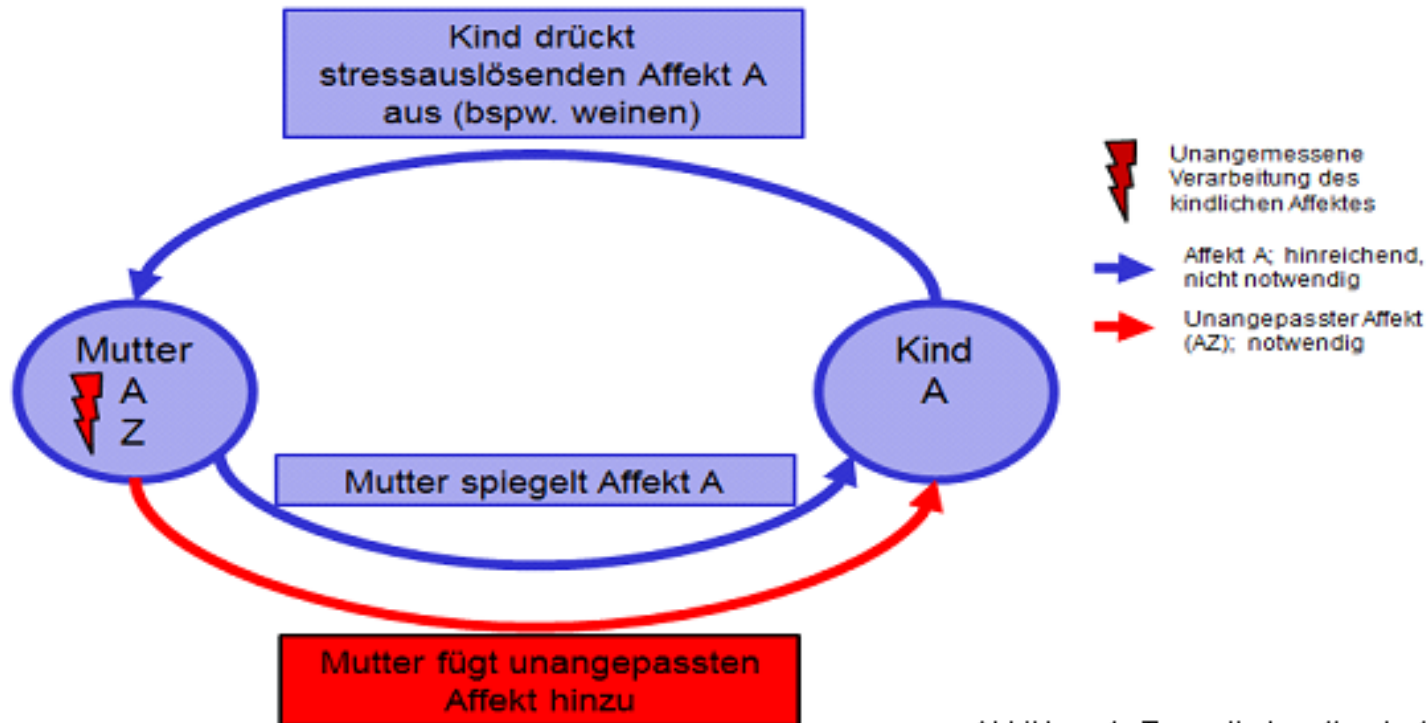


Abbildung 1. Theoretisches Konstrukt; vgl. Fonagy et al., 2004.

3. Eltern – Kind - Interaktion



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Kind in der frühen Kindheit nicht ohne die Interaktion denkbar
- Prämisse: Das Fürsorgeumfeld ist von zentraler Wichtigkeit für die Entwicklung und Gesundheit eines Kindes
- Achse II versucht ein systematisches Vorgehen an die Hand zu geben zur Erfassung:
 - der Beziehungsqualität (Teil A)
 - des Fürsorgeumfelds (Teil B)



3. Eltern – Kind - Interaktion



Für jede relevante Beziehung des Kindes individuell einzuschätzen

- Level 1 „gut angepasste bis ausreichend gute Beziehung“
- Level 2 „angespannte bis besorgniserregende Beziehung“
- Level 3 „beeinträchtigte bis gestörte Beziehung“
- Level 4 „gestörte bis gefährliche Beziehung“

➔ Keine klaren Cut-off Kriterien, Kliniker*in
entscheidet welches Level am zutreffendsten

Replace this slide



Open Menti to edit



Ist die Arbeit mit psychisch kranken Eltern schwerer?



menti.com
1802 7958

Waiting for participants





4. Interventionen

4. Interventionen



Tabelle 41: Probleme / Belastungen in den Familien

Probleme / Belastungen	Familien	
	n	%
mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern	56	73%
mangelnde Alltagsstrukturierung	39	51%
Paarkonflikte	39	51%
Erwerbslosigkeit	34	44%
physische oder psychische Gewalt	31	40%
Isolation, mangelhaftes soziales Netzwerk	28	36%
Vernachlässigung	28	36%
Armut	20	26%
Überschuldung	5	6%
sexuelle Gewalt	1	1%
Andere	7	9%

Anmerkung:

Grundmenge: Familien, aus denen die 86 Kinder und Jugendlichen stammen (n=77).
Mehrfachnennungen möglich.

4. Interventionen



Grundlegendes Vorgehen

- essentiell stabile Beziehung zu den Kindseltern aufzubauen → potentiellen negativen Übertragungsdynamik besonders zu hinterfragen
- Positive Übertragungskonstellation notwendig → Kontakt zu wichtigen Beziehungspersonen aus der Vergangenheit der Ke dafür notwendig

4. Interventionen



Grundlegendes Vorgehen - Beziehungsaufbau

- längere Kennenlernphase nur mit den Kindseltern (Spaltungsgefahr)
- Eltern wissen um unsere Verantwortung für das Kindeswohl, manchmal sprechen sie uns sogar bedrohlichere Rollen, Befugnisse und Mächte zu, als wir innehaben.
- explizit transparent unsere Rolle zu erklären. Einerseits achten wir auf das Kindeswohl, andererseits verstehen wir uns als hilfreiche „Partner*innen“ der KE.

4. Interventionen



1. Symptomverschlechterung (**Notfallplan**) des betroffenen Elternteils erarbeitet werden, um das Kind zu schützen (z.B. Wechsel zum anderen Elternteil/wichtige Bezugsperson)
2. Ressourcen erfassen
 - Beziehungsqualität (Kind-Eltern, Eltern-Eltern, Kind-extern, Eltern-extern)
 - Krankheitsbewältigung zu sein (Krankheitsverstehen, sowie offener und aktiver Umgang mit der Krankheit).

4. Interventionen



Was sind unsere Aufträge und Auftraggeber?

4. Interventionen



Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)

1. Achse 1 – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
2. Achse 2 – Beziehung
3. Achse 3 – Konflikt
4. Achse 4 – Struktur
5. Achse 5 – Psychische und psychosomatische Störungen

4. Interventionen



Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)

1. Achse 4 – Struktur → Beschreibung auf 4 Dimensionen in Bezug auf Selbst und Objekt

1a) Selbstwahrnehmung

3a) Kommunikation nach innen

2a) Selbstregulation

4a) Bindung an innere
Objekte

4. Interventionen



Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)

1. Achse 4 – Struktur → Beschreibung auf 4 Dimensionen in Bezug auf Selbst und Objekt

1a) Objektwahrnehmung

3a) Kommunikation nach außen

2a) Regulierung des
Objektbezuges

4a) Bindung an äußere
Objekte

4. Interventionen



Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)

1. Achse 4 – Struktur → Beschreibung auf 4 Dimensionen in Bezug auf Selbst und Objekt



Struktur gesamt

4. Interventionen



1. Personale Ressourcen des Kindes

- Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Alters- und entwicklungsangemessenes Wissen über die Erkrankung des Elternteils
- Problemlösekompetenzen

2. Soziale Ressourcen des Kindes

- Familiäre Ressourcen
- Qualität der Paarbeziehung
- Kommunikations- und Konfliktregelungsfertigkeiten
- Problemlösekompetenzen der Partner*nenn

4. Interventionen



3. Elterliche Erziehungskompetenz

- Beziehungsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Fähigkeit zur Grenzsetzung
- Förderfähigkeit
- Vorbildfähigkeit
- Fähigkeit zum Alltagsmanagement
- Elternallianz

4. Interventionen



4. Angemessene Krankheitsbewältigung in der Familie

- Akzeptierende Haltung des erkrankten Elternteils gegenüber seiner Krankheit
- Aktive Auseinandersetzung beider Elternteile mit der Erkrankung
- Offenes Sprechen mit den Kindern
- Nutzung der verfügbaren Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk der Eltern
- Inanspruchnahme professioneller Hilfen aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich und der Jugendhilfe

4. Interventionen



5. Vernetzung (Quellen nutzen) - Transparenz

- Information aus Quellen (Arztbriefe, Beistände, KESB-Mitarbeiter*innen, Familienhelfer*innen, Erwachsenenpsychiater*/Therapeut*innen, Kita/Kindergarten/Schulberichte) einzuholen, um die Situation einschätzen zu können

6. Netzwerkaufbau

- regelmäßige Helfer*innenkonferenzen zu veranstalten (fester Zyklus - Kita/Kinski/Schule + andere Player)
- KESB und/oder SPFH
- Erwachsenenpsychiater*/therapeut*in des erkrankten
- hilfreiche, neue Partner*innen

4. Interventionen



7. Supervision und Zeitplan

- Generell benötigen die Behandlungen regelmäßige Supervision/Intervention.

Das Zugewesen eines* einer Erwachsenenpsychiater*in/ Kinder- und Jugendpsychiater/psychotherapeut*in ist in den Teambesprechungen und Supervisionen sehr hilfreich, um Interaktionsgeschehen besser verstehen zu können.

4. Interventionen



Therapie

1. Stützende Interventionen

In der Eltern-Kleinkind-Interaktionstherapie steht mit diesen Patient*innen das konfliktzentrierte Arbeiten tendenziell im Hintergrund, Interventionen sollten vielmehr auf die strukturelle Ebene abzielen

4. Interventionen



Therapie

1. Stützende Interventionen

- Therapeut*in die Elternliebe und die Wichtigkeit der Eltern
- positive Interaktionen (z.B. Abgestimmtheit, geteilte Freude)
- Elterliche und kindliche Ressourcen
- Etablierung einer grundlegenden Struktur (Tages-, Essensstruktur, Rituale, z.B. Schlaf), Berücksichtigung von Vorhersehbarkeit und benötigten Übergangsräumen)

4. Interventionen



Therapie

1. Stützende Interventionen

- Psychoedukation über eine „normale kindliche Entwicklung“
- Aufklärung über phasentypische Entwicklung (Beißen beim Stillen; Matschen; Exploration vs. Sichere Basis; Aggression muss geübt werden)

4. Interventionen



- Geringere elterliche Strukturierung im Alter von 6 Jahren sagte ein erhöhtes emotionales Überessen im Alter von 10 Jahren voraus (Bjørklund et al. 2019)
- Höheren Gewicht (Webber et al. 2009), einem Anstieg des Konsums von ungesunden Nahrungsmitteln und vermehrten Fernsehkonsum der Kinder (Bost et al. 2014)

Bjørklund, Oda; Wichstrøm, Lars; Llewellyn, Clare H.; Steinsbekk, Silje (2019): Emotional Over- and Undereating in Children: A Longitudinal Analysis of Child and Contextual Predictors. In: *Child development* 90 (6), e803-e818. DOI: 10.1111/cdev.13110.

Bost, Kelly K.; Wiley, Angela R.; Fiese, Barbara; Hammons, Amber; McBride, Brent (2014): Associations between adult attachment style, emotion regulation, and preschool children's food consumption. In: *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP* 35 (1), S. 50–61. DOI: 10.1097/01.DBP.0000439103.29889.18.

4. Interventionen



- Fehlen von planbaren Haushaltsroutinen mit regulären Ess- und Zubettgehzeiten und limitierten Medienkonsum im Alter von 3 Jahren korrelierte mit niedrigerer Emotionsselfregulation im Alter von 3 Jahren und Übergewicht im Alter von 11 Jahren (Anderson et al. 2017)

Anderson, S. E.; Sacker, A.; Whitaker, R. C.; Kelly, Y. (2017): Self-regulation and household routines at age three and obesity at age eleven: longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. In: *International journal of obesity* 41 (10), S. 1459–1466. DOI: 10.1038/ijo.2017.94.

Webber, L.; Hill, C.; Saxton, J.; van Jaarsveld, C. H. M.; Wardle, J. (2009): Eating behaviour and weight in children. In: *International journal of obesity* 33 (1), S. 21–28. DOI: 10.1038/ijo.2008.219.

4. Interventionen



Rahbari et al. 2024

- negative Assoziation von mütterlicher Depression auf die Sprachentwicklung der Kinder

- Reduktion durch kindlichere Erfahrungen mit Büchern
- gemeinsame Zeit mit Lesen

4. Interventionen



Elterngespräche - Elterngespräche ohne das Kind

- erkrankten Eltern ihre Aufmerksamkeit oft nicht dem Kind und der*dem Behandler*in
- die belasteten Kinder die Bezugspersonen teils sehr eng im Kontakt benötigen
- in Ruhe Mentalisieren und vorsichtig auch Schwieriges ansprechen zu können eignen sich separate Elterngespräche (z.B. Frequenz 2:1).

4. Interventionen



Schwieriges ansprechen

Abhängig von:

1. Übertragungsdynamik
2. dem Störungsbild des Elternteils
3. Beziehung Eltern-Helfer

4. Interventionen



Schwieriges ansprechen

Im Sinne der Wahrung der eigenen Ich-Grenzen kann es hilfreich sein sehr zu betonen, dass es um eine eigene Angst/Beunruhigung/Sorge geht, also z.B. „Ich befürchte es könnte Ihrem Kind Angst machen, wenn Sie sich ohne es in das Auto setzen und anfahren, damit es aufhört sich zu verweigern einzusteigen. Was meinen Sie?“

Interventionen



Schwieriges ansprechen

1. Ruhe und Transparenz zu wahren
2. Offene Fragen - „Vielleicht bin ich jetzt viel zu ängstlich, Sie haben sich ja vertrauensvoll an mich gewandt. Deshalb habe ich entschieden, dass ich Sie jetzt einfach frage. Ich habe von Ihrem Psychiater erfahren, dass er in Sorge ist, weil ... Was sagen Sie dazu?“

Interventionen



Schwieriges ansprechen

3. Vermittlung von Handlungsspielraum
4. keine vollendete Tatsache (wie z.B. die Einberufung einer Helferkonferenz ohne vorheriges Gespräch mit dem Elternteil eine völlige Überraschung wäre).
5. Im besten Fall entsteht eine gemeinsame Sorge um das Kind und eine Helferkonferenz kann angeschlossen werden.

4. Interventionen



Krisen

1. Akuter Supervisionsbedarf
2. Helferkonferenzen wirken oft bedrohlich, da so viele Teilnehmer*innen, KE geraten in Rechtfertigungsmodus, aber auch alle Perspektiven zu sichern und Spaltung vorzubeugen, indem man die Eltern und eine derer Vertrauensperson aus dem Netzwerk (Psychiater*in, Familienhelfer*in) einlädt.
3. Im Team entscheiden, wann das **Kindswohl** → transparente Informationen an die Eltern, damit sie wissen welches Vorgehen von ihnen erwartet wird, um eine Inobhutnahme zu verhindern.

4. Interventionen



Verlaufsbegleitung

Helferkonferenzen (mindestens alle 6 Monaten) stattfinden, um den Prozess zu besprechen.

- Beisein der Familienhilfe bewährt, da sie bei der Förderung des Kindes am nächsten involviert sind.
- Oft ist es sehr aufwändig neben den Hilfeplangesprächen auch noch Helferkonferenzen zu veranstalten, das Hilfesystem sagt dann oft ab. Genügen die HPG?

4. Interventionen



Verlaufsbegleitung

Schwellensituationen (Kindergarten, Schule, Arbeitsbeginn) haben besonderes Potential zu Krisen/Eskalationen zu führen, aufgrund der Vulnerabilität von Kind und Eltern. In diesen Zeiträumen ist es günstig die Termindichte zu erhöhen.

4. Interventionen



Verlaufsbegleitung

Besonders entwicklungsverzögerte Kinder sollten zudem alle 6 Monate erneut getestet werden, Spezialtherapie- und Kitaberichte sollten als Information genutzt werden, um zusätzlichen Förderbedarf (Frühförderung, Physiotherapie, Ergotherapie usw.) zu installieren.



5. Konklusion

9. Konklusion



Kurs Frühe Kindheit | IPKJ Verein für Weiter- und Fortbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



PSY & ASD **SGKJPP
SSPPEA
SSPPIA**

Jahreskongress

20. & 21. August 2026, Bern

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gesellschaft und Individuum

Vorkongress für Studierende und Assistenzärzte am 19. & 20. August 2026



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Fragen unter Franziska.SchlensoSchuster@upd.ch

