

# «Emotionale Störungen im Kleinkind- und Kindesalter»

*PD Dr. med. Franziska Schlenzog-Schuster*  
*28. Februar 2024*



# ***Aufbau des Vortrages***



1. Einführung
2. Krankheitsbilder
3. Eltern – Kind - Interaktion
4. Entwicklung
5. Risikofaktoren
6. Interventionen
7. Berner Eltern – Kind – Zentrum (BEK)

# Einführung



Neugeborene: 0 - 4 Wochen

Säuglinge: 1 - 12 Monate

Kleinkinder: 1 - 5 Jahre

Vorschulalter: gesamte Zeitspanne

> 6 - 12; 13 Jahre Kindheit

# Einführung



- Infant psychiatry – lateinischer Wortstamm „infans“ = „stumm, noch sehr klein, eigentlich nicht sprechend“
- Diagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter basiert auf non- und präverbalen Phänomenen
- Abhängigkeit von primären Bezugsperson
- Grosser Anteil von indirekten Äusserungen und Fremdurteilen
- Risiko der Unschärfe

# Einführung



# Einführung



- Skovgaard et al. 2007 → 2,8 % der 1,5 Jahre alten Kleinkindern Symptome einer Affektstörung mit Zeichen von depressiver Stimmung, Wut oder Angst > 1 Woche
- Prävalenzraten von 7 – 16 % (Skovgaard, 2010) → emotionale und psychische Verhaltensstörung
- Emde und Wise (2003) → 21 % von Störungen in der sensorischen Reizverarbeitung, Fütterstörung, Schlafstörung und affektive Störung angegeben

---

Skovgaard, Anne Mette; Houmann, Tine; Christiansen, Eva; Landorph, Susanne; Jørgensen, Torben; Olsen, E. M. et al. (2007): The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. In: Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 48 (1), S. 62–70. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x.

Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. Dan Med Bull. 2010 Oct; 57(10):B4193. PMID: 21040689.

Emde, Robert N.; Wise, Brian K. (2003): The cup is half full. Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. In: Infant Ment. Health J. 24 (4), S. 437–446. DOI: 10.1002/imhj.10067.



- Studien geben Hinweise darauf, dass eine frühe Feststellung kindlicher psychischer Symptome notwendig ist, um möglichen **Entwicklungseinschränkungen entgegenzuwirken** (Garthus-Niegel, Ayers, Martini, Soest & Eberhard-Gran, 2017; Pihlakoski et al., 2006; Renziehausen & Petermann, 2007; Stright, Gallagher & Kelley, 2008)

---

Garthus-Niegel, S.; Ayers, S.; Martini, J.; Soest, T. von; Eberhard-Gran, M. (2017): The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. In: *Psychological medicine* 47 (1), S. 161–170. DOI: 10.1017/S003329171600235X.

Pihlakoski, Leena; Sourander, Andre; Aromaa, Minna; Rautava, Päivi; Helenius, Hans; Sillanpää, Matti (2006): The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12-year-old children. In: *European child & adolescent psychiatry* 15 (7), S. 409–417. DOI: 10.1007/s00787-006-0548-1.

Renziehausen, Anja; Petermann, Franz (2007): Zur prädiktiven Validität des neuropsychologischen Entwicklungs-Screenings NES. In: *Kindheit und Entwicklung* 16 (1), S. 62–72. DOI: 10.1026/0942-5403.16.1.62.

Stright, Anne Dopkins; Gallagher, Kathleen Cranley; Kelley, Ken (2008): Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. In: *Child development* 79 (1), S. 186–200. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.01119.x.

# Einführung



- Psychische Störungen im frühen Kindesalter treten ebenso häufig wie in späteren Jahren auf (Briggs-Gowan, Carter, Skuban & Horwitz, 2001; Egger & Angold, 2006; Petermann & Koglin, 2008)

---

Briggs-Gowan, M. J.; Carter, A. S.; Skuban, E. M.; Horwitz, S. M. (2001): Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (7), S. 811–819. DOI: 10.1097/00004583-200107000-00016.

Egger, Helen Link; Angold, Adrian (2006): Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 47 (3-4), S. 313–337. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x.

Petermann, Franz; Koglin, Ute (2008): Frühe Kindheit. In: *Kindheit und Entwicklung* 17 (3), S. 137–142. DOI: 10.1026/0942-5403.17.3.137.



# Einführung



- Klassifikation kategorialer Diagnosen insbesondere bei Kindern als nicht genügend empirisch gesichert ist (Gontard 2010, Schmidt und Poustka 2007)

# Einführung



- ICD-10 wird ein Grossteil der frühkindlichen Psychopathologie meist als Anpassungsstörung verschlüsselt, obwohl die hierfür notwendigen Kriterien für das Alter nicht angemessen sind

1. Frühkindliche Regulationsstörung
2. Exzessives Schreien im 1. Trimenon
3. Ein- und Durchschlafstörungen
4. Persistierende Unruhe und Dysphorie mit Spielunlust
5. Exzessives Klammern
6. Soziale Ängstlichkeit
7. Persistierende Trennungsängste
8. Exzessives Trotzen
9. Provokativ-oppositionelles und aggressives Verhalten

# Einführung



**ICD-10**

Ein anderes Diagnostiksystem stellt das Zero-To-Five (DC: 0-5 R) (2016)

Internationale Klassifikation  
psychischer Störungen

ICD-10 Kapitel V (F)  
Klinisch-diagnostische Leitlinien

10., überarbeitete Auflage



 hogrefe

**DC: 0-5**

Diagnostische Klassifikation  
seelischer Gesundheit  
und Entwicklungsstörungen  
der frühen Kindheit

Kohlhammer

Beschreibung auf 5 Achsen (multiaxiales System, hohe Praxisrelevanz)

# Einführung



- Entwickelt, da Klassifikationssysteme ICD und DSM gerade für sehr kleine Kinder nicht ausreichend differenzieren
- Erstmals als DC: 0-3 im Jahr 1994, dann DC: 0-3R (2005), schließlich DC: 0-5 (2016)
- Deskriptive Kriterien basierend auf empirischer Forschung und klinischer Erfahrung

# Einführung



Achse I:	Klinische Diagnose
Achse II:	Interaktion
Achse III:	Somatische Diagnosen
Achse IV:	Psychosoziale Stressoren
Achse V:	Entwicklungscompetenz

# Krankheitsbilder



## Regulationsstörung

- Essstörung der frühen Kindheit
  - Schlafstörung
  - Schreistörung
  - Frühkindliche Depression
- Psychisch mitbestimmte Fähigkeit zur Selbstregulation des Schlafes, des Essens und der Affektivität
- Zusätzlich Co-Regulation durch die primären Bindungspersonen notwendig in Abhängigkeit von der Selbstregulation



## Essstörg. m. Einschränk. Nahrungsaufnahme (60)

- **Alle Kriterien müssen zutreffen (F50.8; F98.2)**
- A: isst durchgängig weniger als altersentsprechend
- B: 1 od. > Symptome: Fehlendes Interesse am Essen; ängstl. Vermeiden v. Essen; Essen nur während des Schlafs; Regulationsschwierigkeiten während des Fütterns; erfolglose Nahrungsumstellung; selektives Essen oder vom Kind erzwungene Bedingungen
- C: nicht mit anderen medizin. Erkrankungen erklärbar
- D: Stress des Kindes u./o. Familie; keine Altersbeschränkung und > 1 Monat

# Krankheitsbilder



- 25% der Eltern von pädiatrischen Patienten im Säuglings- und Kleinkindalter klagen über Esssauffälligkeiten
- 2,5 % im 18. LM = diagnostizierbare Fütterstörung (Skovgaard et al. 2007)
- Überweisung:
  - Ablehnen der Brust, Kopf wegrehen, Mund schliessen, Kindsmütter berichten über sichtbare Ekelaffekte des Kindes und fühlen sich abgelehnt
  - Häufige Wechsel der Babynahrung > 3
  - Wechsel zw. Schopper und Stillen



# Krankheitsbilder



- Kinder mit FD -> höher Risiko für:
  - Emotionale/Verhaltensstörungen
  - ADHS
  - Autismusspektrumstörungen (Shan et al. 2021)



# Krankheitsbilder



- Wählerisches Essverhalten ist ein bekanntes Phänomen
- Prävalenz von 26.5% mit 1.5 Jahren + 27.6% zum 3. Lebensjahr und einem Absinken auf 13.2% im 6. Lebensjahr → transitorisches Phänomen handelt (Cardona Cano et al. 2015)
- 4% aller Kinder = persistierendes Picky eating über Kontrollzeitpunkte (1.5, 3 und 6 Jahren, Cardona Cano et al. 2015)
- Kinder, die im 5. Lebensjahr irreguläre Esser → 40% irreguläre Esser im 14. Lebensjahr sind (McDermott et al., 2010)

---

Cardona Cano, Sebastian; Tiemeier, Henning; van Hoeken, Daphne; Tharner, Anne; Jaddoe, Vincent W. V.; Hofman, Albert et al. (2015): Trajectories of picky eating during childhood. A general population study. In: *The International journal of eating disorders* 48 (6), S. 570–579. DOI: 10.1002/eat.22384.

McDermott, B. M.; Mamun, A. A.; Najman, J. M.; Williams, G. M.; O'Callaghan, M. J.; Bor, W. (2010): Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. In: *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 99 (1), S. 68–71. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01517.x.



## Schlafstörung

### - subjektive elterliche Wahrnehmung der Schlafstörung

#### *Objektive Kriterien:*

- Einschlafen nur mit Einschlaflhilfe der Eltern über den 6. LM + Einschlafldauer > 30 min

Induktion von  
Autoregulation

- Durchschlafstörungen: >3x Aufwachen/Nacht +/-Aufwachperioden >20 min
- 4x/Woche
- mit der Unfähigkeit ohne elterliche Hilfe allein wieder einzuschlafen

# Krankheitsbilder



## Schreistörung

- Exzessives Schreien im ersten Lebenshalbjahr
- anhand elterlichem Belastungsempfinden und fehlenden Ansprechens auf Beruhigungshilfen
- Wessel-Regel: durchschnittliches Schreien und Unruhe Dauer von mehr als 3 Stunden pro Tag an durchschnittlich mind. 3 Tagen in der Woche über mindestens 3 Wochen



## Depressive Störung der frühen Kindheit

- **Vollbild erst zw. 6.-18. LM (F32)**
- Gedrückte Stimmung + Reizbarkeit ; Anhedonie;
- 2 Symptome von: Appetitsreduktion oder vermindertes Wachstum oder Insomnie oder psychomotorische Agitation oder Trägheit oder Ermüdbarkeit oder Antriebsverlust oder Gefühle der Wertlosigkeit+ Schuld oder Konzentrationsprobleme oder Beschäftigung mit Tod
- Cave <24. LM und mindestens > 2 Woche

→ **Hörvermögen**



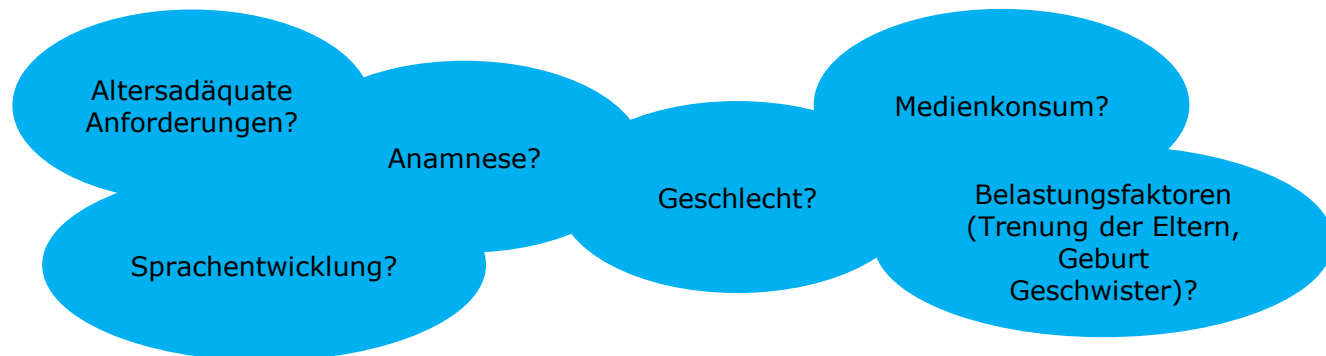
## Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters

- **extreme, übergreifende, persistierende + entwicklungsunangemessene Hyperaktivität + Impulsivität (F90.0)**

### *Objektive Kriterien:*

- 6 der Symptome: zappeln; nicht stillsitzen, viel reden, klettert an unangemessene Gegenstände; exz. motor. Aktiv.; mehr Geräusche; Schwierigkeiten beim Abwarten; stört beim Spielen;
- In mind. 2 Lebenskontexten
- >24 LM und <36 LM → Übergang ADHS + >6 Mon.
- Leid + Entwicklungseinschränkung beim Kind u./o. Familie

# Krankheitsbilder





## Reaktive Bindungsstörung

- a) fehlende Bindung zur erwachsenen Person: emotionaler Rückzug; fehlendes Interesse an Bindung; fehlende Suche nach Trost od. Reaktion auf Trostangebote; fehlende Reziprozität mit erwachsenen Bezugspersonen; Schwierigkeiten in Emotionsregulation
- b) Erfahrung unzureichender Versorgung
- c) ASS oder atyp. Autismus ausgeschlossen
- d) Stress + Leid d. Kindes u./o. Familie
- e) > 9. LM + keine min. Dauer





## Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

- Ängstlichkeit in sozialen Situationen
- Befangenheit
- Beeinträchtigung sozialer Beziehungen
- Gute Beziehung zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen
- > 4 Wochen, < 6. Lj.
  
- Evaluations des Ein- und Durchschlafens (Alpträume?)

# Krankheitsbilder



Zunahme der Ängste zw. 4-6. Lj.

gesund

Gesund, aber  
eigenes  
Entwicklungs-  
tempo

Entwicklungs-  
schub oder  
neue  
Anforderungen  
oder  
Belastungen

Diskrete  
Auffällig-  
keit,  
verfliegt  
wieder

Diskrete  
Auffällig-  
keit  
bleibt  
erhalten

Transitor-  
ische  
psychische  
Erkrankung

Psychische  
Erkrankung



## Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

Mindestens 3 Symptome:

- Unrealistische Besorgnis über Unheil der Hauptbezugsperson
- Unrealistische Besorgnis über Unheil, welches Kind von der Hauptbezugsperson trennt
- Verweigerung Kindergarten oder Schule zu besuchen
- Somatische Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen)
- Angst allein zu Hause zu sein
- Trennungsschwierigkeiten am Abend:
  - Weigerung zu schlafen
  - Alpträume mit Trennungsthemen
  - Häufiges Aufstehen

# Krankheitsbilder



Zunahme von Trennungsängsten an den Schwellen Kita, Kindergarten und Schule → hohe Ritualisierung

gesund

Gesund, aber  
eigenes  
Entwicklungs-  
tempo

Entwicklungs-  
schub oder  
neue  
Anforderungen  
oder  
Belastungen

Diskrete  
Auffällig-  
keit,  
verfliegt  
wieder

Diskrete  
Auffällig-  
keit  
bleibt  
erhalten

Transitor-  
ische  
psychische  
Erkrankung

Psychische  
Erkrankung



## Frühkindlicher Autismus

Beeinträchtigte Entwicklung vor dem 3. Lebensjahr:

Cluster A:

- Rezeptive und expressive Sprache
- Reziproker sozialer Interaktion und Zuwendung
- Symbolisches Spielen





## Frühkindlicher Autismus

Beeinträchtigte Entwicklung vor dem 3. Lebensjahr:

Cluster B:

- Blickkontakt
- Unfähigkeit Kontakt mit anderen aufzunehmen und mangelnde Freude an Gegenseitigkeit
- Manierismen
- Rituale

Medienkonsum?

Mehrsprachigkeit?

Elterliche  
Psychopathologie,  
postpartale  
Depression?

Hören?

Vernachlässigung?

Kontakt zu anderen  
Kinder?

Kindliche  
Depression?

# Krankheitsbilder



Zwangssymptome, Manierismen und Stereotypien 4-6. Lj.

gesund

Gesund, aber  
eigenes  
Entwicklungs-  
tempo

Entwicklungs-  
schub oder  
neue  
Anforderungen  
oder  
Belastungen

Diskrete  
Auffällig-  
keit,  
verfliegt  
wieder

Diskrete  
Auffällig-  
keit  
bleibt  
erhalten

Transitor-  
ische  
psychische  
Erkrankung

Psychische  
Erkrankung

# Krankheitsbilder



- Regulationsprobleme im Säuglingsalter → Risiko für Verhaltensprobleme in der Kindheit steigt (Hemmi et al., 2011)
- multiple Regulationsprobleme + Fütterschwierigkeiten korrelierten hoch signifikant mit generellen Verhaltensproblemen (Hemmi et al., 2011)
- Frühe Regulationsprobleme hoch prädiktiv für INT/EXT - Symptome und die Entwicklung einer adoleszenten Psychopathologie (Winsper et al., 2020)

---

Hemmi, Mirja Helen; Wolke, Dieter; Schneider, Silvia (2011): Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood. A meta-analysis. In: *Archives of disease in childhood* 96 (7), S. 622–629. DOI: 10.1136/adc.2010.191312.

Winsper, Catherine; Bilgin, Ayten; Wolke, Dieter (2020): Associations between infant and toddler regulatory problems, childhood co-developing internalising and externalising trajectories, and adolescent depression, psychotic and borderline personality disorder symptoms. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 61 (2), S. 182–194. DOI: 10.1111/jcpp.13125.



# Krankheitsbilder



- Kontinuität der Symptomatik über die Lebensspanne der frühen Kindheit → 18.+30. LM (Mathiesen et al., 2000)
- mit einer Persistenz von 25 % bis zum Abschluss des 4. Lebensjahres (Zehetgruber et al. 2014)

---

Mathiesen, K. S.; Sanson, A. (2000): Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. In: *Journal of abnormal child psychology* 28 (1), S. 15–31. DOI: 10.1023/a:1005165916906.

Zehetgruber N, Boedeker R, Kurth R, Faas D, Zimmer K, Heckmann M (2014) Eating problems in very low birthweight children are highest during the first year and independent risk factors include duration of invasive ventilation. *Acta Paediatr* 2014; 103: e424.

# Krankheitsbilder



- Kinder mit Komorbiditäten → höhere Persistenzraten
- Hoher elterlicher Stress und/oder Störungen des Familienlebens, die ursächlich im pathologischen Verhalten des Kindes waren (Briggs-Gowan et al. 2006)



# Eltern – Kind - Interaktion



- 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)

# 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

# Eltern – Kind - Interaktion



## Psychosoziale Belastungen und Stressoren des Umfelds (Checkliste)



Stressoren/Risikofaktoren	Alter des Kindes bei Erstereignis (in Monaten)	Dauer Kurzzeitig (K) mittelfristig (M) andauernd (A)	Schweregrad 1 2 3 4 5 „sehr leicht“ „sehr stark“	Kommentare
<b>Schwierigkeiten innerhalb der Familie oder der primären Bezugsgruppe des Kindes</b>				
Kulturelle Anpassung oder Sprachprobleme		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K M A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5	
Geburt eines Geschwisterkindes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wechsel der primären Bezugsperson		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Miterleben strafbarer Geschehnisse innerhalb des Haushalts		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tod eines Elternteils oder einer wichtigen Bezugsperson		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tod einer anderen wichtigen Person		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tod eines anderen Familienmitglieds		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Häusliche Gewalt		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Emotionaler Missbrauch		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Soziale Isolation der Familie		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Längere Abwesenheit des Vaters oder der Mutter		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

# Entwicklung



**Tabelle 1. Emotionales und soziales Funktionsniveau (Kompetenz-Rating (Zusammengefasst)).**  
(Bitte machen Sie bei jedem auf das Kind zutreffenden Feld ein „X“)

Kompetenz-Rating Domäne	Emotional	Sozial – zwischenmenschlich	Sprache – Soziale Kommunikation	Kognitiv	Bewegung und körperlich
Übertrifft die entwicklungstechnischen Erwartungen					
Funktioniert auf einem altersangemessenen Level					
Kompetenzen sind unbeständig sichtbar oder zum Vorschein gekommen					
Erfüllt die entwicklungstechnischen Erwartungen nicht (Verzögerung oder Abweichung)					

→ Kombination mit Entwicklungsdiagnostik (bspw. ET 6-6)

# Risikofaktoren



- Fütter- und Schlafprobleme = Vorläufer von späteren internalisierenden und externalisierenden Symptomen im Alter von 6 Jahre auf (Ostberg und Hagelin 2011)
- Maternale Psychopathologie/ kindliche Temperamentseigenschaft „Emotionalität“ = additiv auf die Persistenz der kindlichen Symptomatik (Mathiesen und Sanson 2000).

---

Ostberg, M.; Hagelin, E. (2011): Feeding and sleeping problems in infancy--a follow-up at early school age. In: *Child: care, health and development* 37 (1), S. 11–25. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01141.x.

Mathiesen, K. S.; Sanson, A. (2000): Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. In: *Journal of abnormal child psychology* 28 (1), S. 15–31. DOI: 10.1023/a:1005165916906.

# ***Risikofaktoren***



Kurze Zusammenfassung → höheres Psychopathologiepotenzial

- multiplen Regulationsprobleme
- Frühgeburt/Kinder mit Herzfehlern
- Temperamentseigenschaft „Emotionalität“
- elterliches Belastungserleben
- Elterliche psychiatrische Erkrankung



# ***Interventionen***



- Psychotherapeutische Interventionen mit dem Ziel der Förderung der Eltern/Betreuungsperson-Kind-Beziehung haben primären Vorrang vor pharmakologischen Therapien in dieser Altersgruppe
- Die German Association for Infant Mental Health (GAIMH) empfiehlt deshalb ein gestuftes Versorgungskonzept, welches sich an den Ressourcen der Familien orientiert.
  - Alle Eltern sollten ausreichende Informationen, Aufklärung über die gesunde Entwicklung des Kindes, physiologische Parameter (Schlafedukation, Rituale, Routinen), soziale Unterstützungsmöglichkeiten (u.a. Familienhebammen, Rückbildungskurse) und Übergang in pathologische Formen analog zum Alter ihres Kindes erhalten. Dazu können auch Internetplattformen, z.B. das Internetportal BZgA (<http://www.kindergesundheit-info.de>) genutzt werden.

# ***Interventionen***



1. Stufe: Begleitung der belasteten Familien oft nur temporär ist.
  
2. Stufe: Keiner Veränderung des Belastungserlebens führt → entwicklungs- und beziehungsfördernden Lösungen gesucht. Diese entwicklungsfundierten und interaktionszentrierten Interventionen dauern max. drei Monaten an.
  1. nicht kontextübergreifenden Regulationsstörungen
  2. gemeinsame Entwicklung von individuellen, entwicklungsfördernden Strategien, die die dysfunktionelle Interaktionen auflösen (Entwicklung von Schlafritualen, Essritualen, Uminterpretation von kindlichen Verhaltensweisen).

# Interventionen



→ Fließender Übergang zwischen Aufklärung, Beratung, Psychoedukation und Psychotherapie im Säuglings- und Kleinkindalter

Verschiedene Behandlungsmodelle:

- Elterntraining
- Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie
- Eltern-Kind-Therapie
- Einzelpsychotherapie des Kindes
- Paar- und Familienpsychotherapie
- psychiatrische Behandlung der Eltern
- systemische Familientherapie
- tagesklinische und stationäre Behandlung
- intensive Beratungsangebote
- zusätzliche co-therapeutische Angebote (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) oder Heilpädagogik

# Interventionen



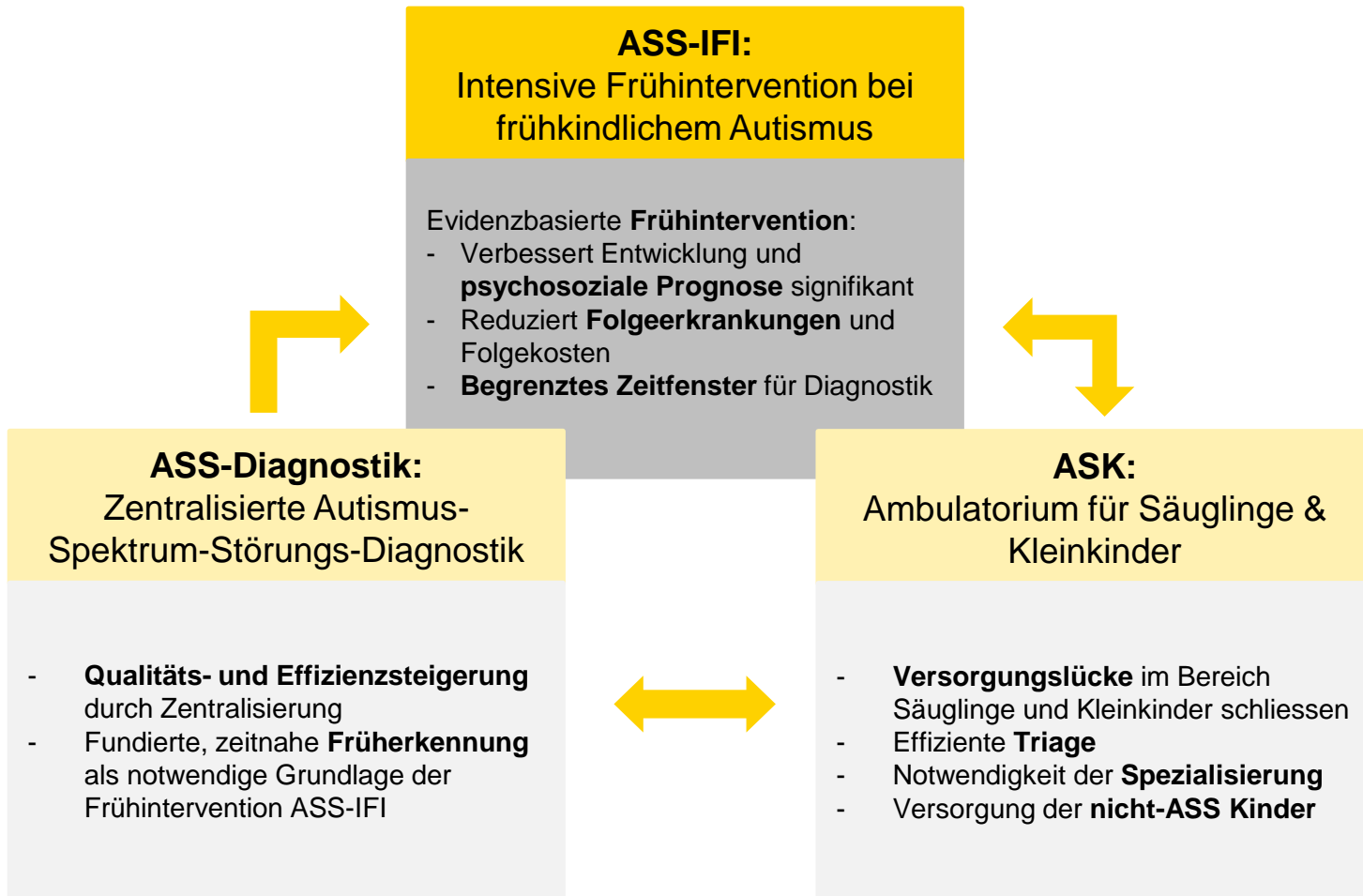
- Mangel an Forschung zu den vermittelnden Faktoren für die Wirkung von parent–infant–psychotherapie (Barlow et al. 2015)
- Ort der Wirkung (Kind, Mutter, Vater, Dyade, Interaktion):
  - Georg et. al. 2020 – Reduktion der kindl. Symptomatik, Depression der KM und Distress KM
- Dauer, Start, Ort, Frequenz und Länge
- Frage der Integration des Vaters

---

Barlow, Jane; Bennett, Cathy; Midgley, Nick; Larkin, Soili K.; Wei, Yinghui (2015): Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1, CD010534. DOI: 10.1002/14651858.CD010534.pub2.

Georg, Anna Katharina; Cierpka, Manfred; Schröder-Pfeifer, Paul; Kress, Sandra; Taubner, Svenja (2020): The Efficacy of Brief Parent-Infant Psychotherapy for Treating Early Regulatory Disorders: A Randomized Controlled Trial. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.06.016.

# Vorstellung des Berner Eltern-Kind-Zentrums (BEK)



# Vorstellung des Berner Eltern-Kind-Zentrums (BEK)

## **ASS-Diagnostik:** Zentralisierte Autismus-Spektrum- Störungs-Diagnostik

**Dipl. med. Gotlind Neuhaus,  
Oberärztin**

E-Mail: [Gotlind.Neuhaus@upd.ch](mailto:Gotlind.Neuhaus@upd.ch)  
Tel.: +41 31 930 98 15

**Dr. Chiara Castiglione,  
Oberpsychologin**

E-Mail: [Chiara.Castiglione@upd.ch](mailto:Chiara.Castiglione@upd.ch)

## **ASS-IFI:** Intensive Frühintervention bei frühkindlichem Autismus

**Silja Wirth,  
Stationsleitung**

E-Mail: [Silja.Wirth@upd.ch](mailto:Silja.Wirth@upd.ch)  
Tel.: +41 58 630 72 46

**Dr. Chiara Castiglione,  
Oberpsychologin**

E-Mail: [Chiara.Castiglione@upd.ch](mailto:Chiara.Castiglione@upd.ch)

## **ASK:** Ambulatorium für Säuglinge & Kleinkinder

**Dipl. med. Gotlind Neuhaus,  
Oberärztin**

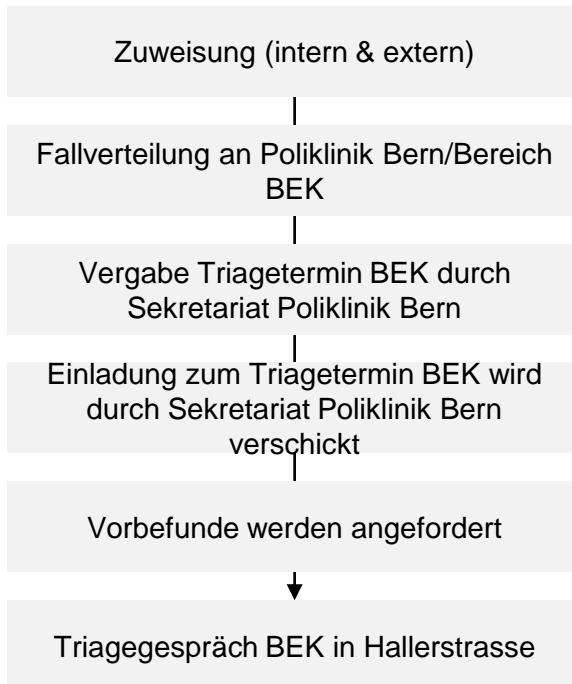
E-Mail: [Gotlind.Neuhaus@upd.ch](mailto:Gotlind.Neuhaus@upd.ch)  
Tel.: +41 31 930 98 15

**Lic. phil Antonia Wolleb,  
Oberpsychologin**

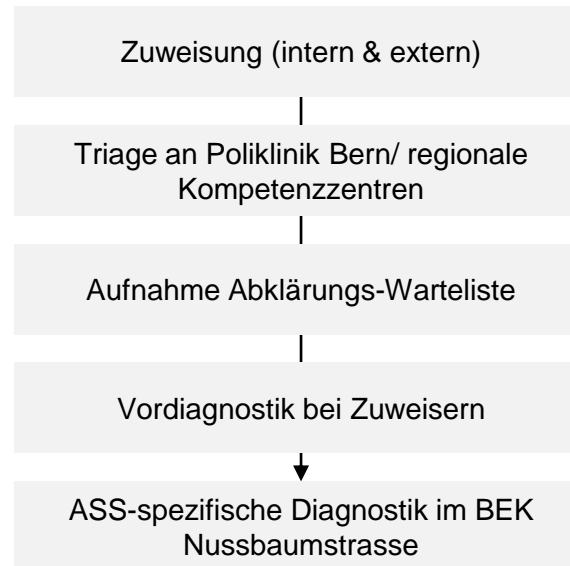
E-Mail: [Antonia.Wolleb@upd.ch](mailto:Antonia.Wolleb@upd.ch)  
Tel.: +41 58 630 98 85

# Vorstellung des Berner Eltern-Kind-Zentrums (BEK)

## ASS-Diagnostik 0-5,11 Jahre



## ASS-Diagnostik 6-17 Jahre

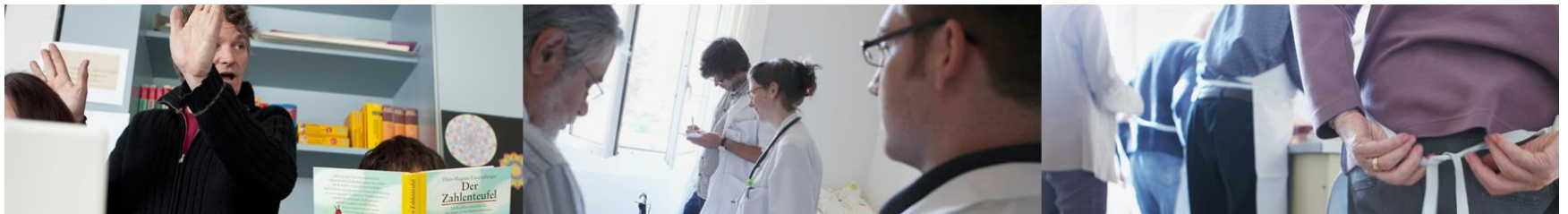


## ASS-IFI





# *Theodor und das Känguru*







Ich hab den ganzen Tag gearbeitet und will jetzt meine Ruhe haben!

Ich hab seit Tagen nicht mehr als zwei Stunden am Stück geschlafen...

Ich will nicht alleine in meinem Bett liegen!



Ich will deine  
Milch nicht!

Er wird schon  
essen, wenn er  
Hunger hat.

Nicht mal füttern  
kann ich mein Kind.  
Ich bin eine  
schlechte Mutter!



Kann das nicht auch  
mal entspannt sein?!

Was wohl die Leute  
denken... alle anderen  
haben einfache Kinder.

Awhhh!!! Ich bin  
müde! Hab Hunger!  
Nimm mich in den  
Arm!





Ich weiss nicht  
mehr weiter...

Ich weiss nicht  
mehr weiter...

Haben Sie schon von  
unserem Eltern-Säuglings-  
Kleinkind-  
Psychotherapie-Projekt  
gehört?

Ich weiss nicht  
mehr weiter...



Zuhause kann er das  
immer schon.

Jetzt kommt erstmal  
gaaanz viel  
Diagnostik.

Kannst du mir  
schon zeigen, wo  
die Mama ist?

Ball! Ball! Ball!



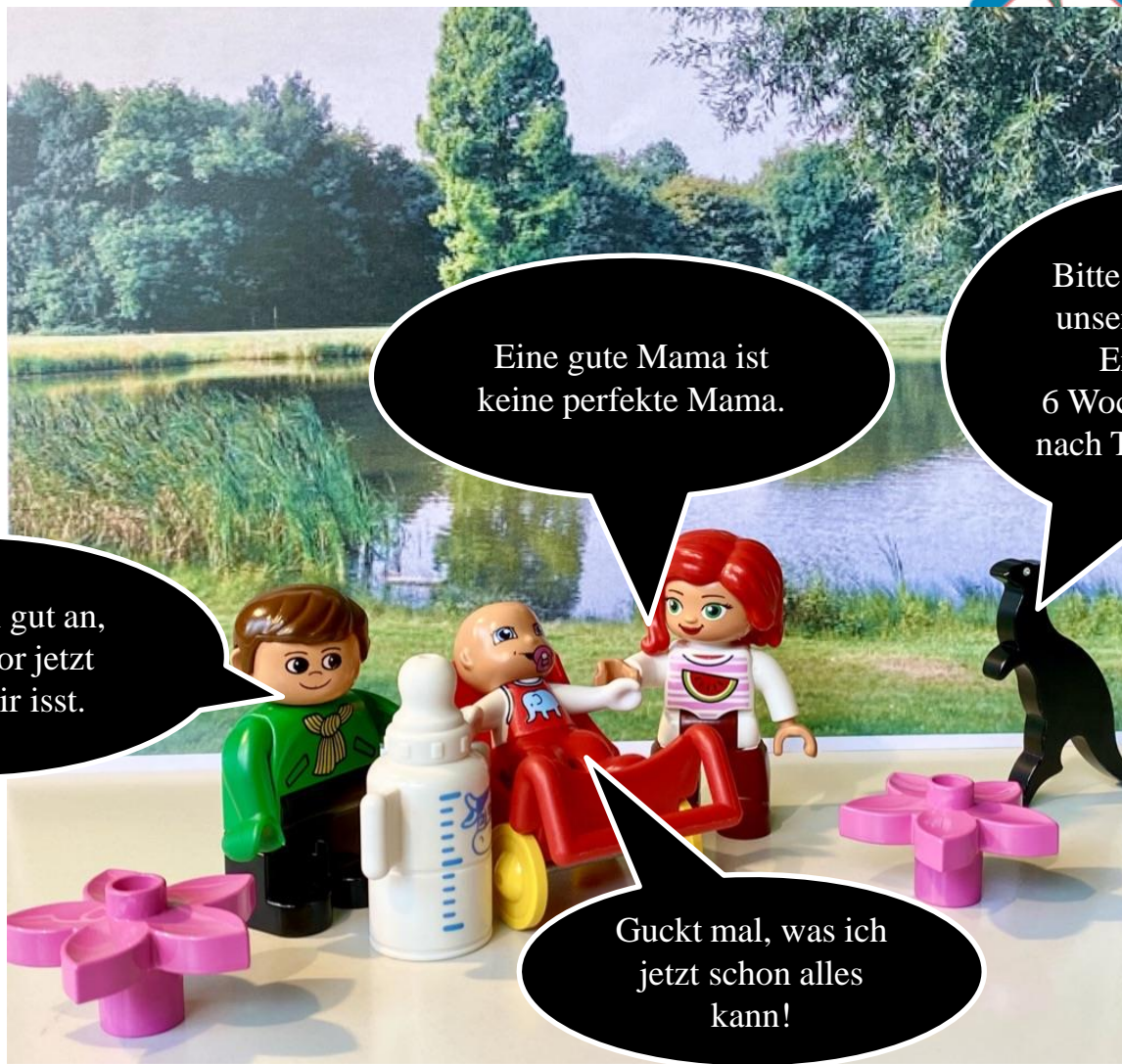
Wie fühlt sich das  
für Sie an, wenn  
Theodor Ihre  
Milch nicht trinkt?

Als könnte ich als  
Mutter nicht einmal  
mein Kind ernähren.  
Ich bin eine  
Versagerin.

Jetzt geht's ans  
Eingemachte.

Wenn Mama so  
angespannt ist, mag ich  
nicht trinken.





Es fühlt sich gut an,  
dass Theodor jetzt  
auch bei mir isst.

Eine gute Mama ist  
keine perfekte Mama.

Bitte denken Sie an  
unsere Follow-Up-  
Erhebungen:  
6 Wochen und 1 Jahr  
nach Therapiebeginn!

Guckt mal, was ich  
jetzt schon alles  
kann!



***Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!***

*Fragen unter [Franziska.SchlensoSchuster@upd.ch](mailto:Franziska.SchlensoSchuster@upd.ch)*

