



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Wenn die Eltern-Kind-Beziehung (Frühe) Hilfe(n) braucht

Dipl. Psych. Julia Weber



Fachtag „Ach Du liebes Kind“- Kinder psychisch kranker Eltern
zwischen den Systemen, Hamburg, 18.09.2014





Gliederung

Eltern mit psychischen Erkrankungen in der Säuglings- und Kleinkindzeit

- Allgemeine Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder
- Spezifische Auswirkungen im Säuglings- und Kleinkindalter
- Interaktionsbeobachtungen unterschiedlicher Störungsbilder
- Ansätze der Intervention
- Ansätze der Prävention in den Frühen Hilfen
- Diskussion und Austausch





Allgemeine Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder





Auswirkungen auf die Kinder

Kinder psychisch kranker Eltern besitzen **ein erhöhtes Risiko** im Verlauf des Lebens, selbst an einer

- Angststörung (7 fach erhöht)
- Suchterkrankung (8-10 fach erhöht)
- Depression (6 fach erhöht), bipolare affektive Störung (2-4 fach)
- Schizophrenie zu erkranken (>10fach erhöht)

(vgl. Beardslee et al., 1998)

⇒ 40- 60% der Kinder entwickeln andere (unspezifische) Verhaltensauffälligkeiten oder sozial- emotionale Probleme

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern steigt noch einmal deutlich, wenn beide Elternteile von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Foley, 2000)





Auswirkungen auf die Kinder

Die psychische Erkrankung der Eltern gilt als Risikofaktor für **Vernachlässigung und Misshandlung:**

- Kinder von psychisch kranken Eltern haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine **2 bis 5 fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch.**

(vgl.Deneke, 2005 Kindler, 2007, Walsh, 2002)





Auswirkungen auf die Kinder

Mehr unspezifische als spezifische **Auswirkungen** auf die Kinder, die jeweils durch (weitere) Risikofaktoren und kompensierende Faktoren modifiziert werden

Auswirkungen auf die Kinder weniger von Diagnose der Eltern **abhängig** sondern vom **Verlauf der Erkrankung, Schweregrad, Chronizität, Beginn der Erkrankung im Entwicklungsverlauf** und der individuellen/familiären Bewältigung der Erkrankung

Es gilt jedoch: je **jünger** ein Kind ist, desto stärker ist es von der psychischen Erkrankung seiner Bezugsperson betroffen. **Hier wichtiger Parameter der Einschätzung: Erziehungs- und Beziehungskompetenzen der Bezugspersonen.**





Welche Faktoren erklären das erhöhte Risiko psychischer Störungen und Auffälligkeiten bei den Kindern?

Annahme: **Wechselwirkung von genetischen und Umweltfaktoren**

genetische Vulnerabilität

Einschränkungen in der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen:

? Stabile, vorhersagbare und vertrauensvolle Bezugsperson?

? Vermittlung von Regeln, Werten und Struktur?

? Eröffnung von Lernchancen ?

Eheliche Schwierigkeiten, Partnerkonflikte

Verletzung der Generationengrenzen (Parentifizierung, Rollenumkehr)

Häufung von psychosozialen Belastungen





Auswirkungen auf die Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter





Besonderheiten in der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit

In der frühen Kindheit werden nahezu alle Erfahrungen
durch die Eltern vermittelt und gesteuert/gestaltet

Säuglinge und Kleinkinder sind gleichermaßen
physisch wie psychologisch auf elterliche Fürsorge
angewiesen





Auswirkungen auf Säuglinge und Kleinkinder

Eine psychische Erkrankung der Eltern **kann** zu Einschränkungen in den Erziehungs- und Beziehungskompetenzen führen z.B.:

- in der elterlichen Feinfühligkeit
- in den intuitiven elterlichen Kompetenzen
- zu weiteren atypischen, dysfunktionalen elterlichen Verhaltensweisen
- in der alltäglichen Versorgung und Pflege





Elterliche Feinfühligkeit

Elterliche Feinfühligkeit gegenüber dem Kind bedeutet:

kindliche Signale beim Kind
wahrzunehmen,

angemessen zu interpretieren und

darauf angemessen sowie

prompt zu reagieren (Ainsworth, Blehar,
Waters & Wall, 1978)





Elterliche Feinfühligkeit: Interaktionscharakteristika

feinfühlig

- wahrnehmen
- angemessen interpretieren
- angemessen reagieren
- prompt reagieren zeitliche Abstimmung, nicht über 800 msec

wenig feinfühlig

- verzögerte oder fehlende Wahrnehmung kindlicher Signale (hohe Schwelle)
- inadäquate Interpretation kindlicher Signale (Verzerrungen, mangelnde Empathie)
- inadäquate Reaktion (Über-, Unterstimulation)
- verzögerte Reaktion (hohe Latenzzeit)

Videobasiertes Verfahren: z.B. CARE-Index (Crittenden, 2006),
Feinfühligkeit (Ainsworth, 1971)





Skala elterlicher Feinfühligkeit (SeF)



Entwickelt von Ziegenhain, Gebauer, Ziesel, Künster & Fegert (2009, 2010)

Die SeF ist als Selbstlerner-Konzept gestaltet und kann mithilfe eines Manuals (Ziegenhain, Gebauer, Ziesel, Künster & Fegert, 2009, 2010) oder des kostenlos zugänglichen E-Learning-Programms «Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz» erlernt werden.



Die Chance der ersten Monate

Feinfühligke Eltern – gesunde Kinder

Matrix zur Skala elterlicher Feinfühligkeit

Die Matrix fasst die Kriterien feinfühligem Verhalten auf den unterschiedlichen Stufen der Skala zusammen.

Verhalten der Mutter / des Vaters	sehr feinfühlig		feinfühlig		wenig feinfühlig		überhaupt nicht feinfühlig
Fähigkeit, Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen	sehr ausgeprägt		angemessen		wenig ausgeprägt		nicht vorhanden
Abstimmung des emotionalen Ausdrucksverhaltens auf das Verhalten des Kindes	durchgängig stimmig		überwiegend stimmig		wenig stimmig		nicht stimmig
ärgerlich/ feindseliges oder aggressives Verhalten	kommt nicht vor		kann vereinzelt vorkommen		kommt zeitweise vor		kommt überwiegend vor
emotional flaches, verlangsamtes Verhalten oder ausdrucksloses Gesicht	kommt nicht vor		kann vereinzelt vorkommen		kommt zeitweise vor		stark ausgeprägt und durchgängig



Skala zur Einschätzung der elterlichen Feinfühligkeit: Einschätzungskriterien

Einschätzungskriterien

- inwieweit Eltern in der Lage sind, die **Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, sie angemessen zu interpretieren und sowohl angemessen als auch prompt darauf zu reagieren**
- inwieweit der **Verhaltensausdruck** der Eltern **auf den jeweiligen Verhaltensausdruck des Kindes abgestimmt** ist (Lächeln des Kindes wird aufgegriffen und erwidert vs. keine Erwiderung bei ausdruckslosem Gesichtsausdruck, weinendes Kind wird getröstet vs. keine Reaktion bei ausdruckslosem Gesichtsausdruck oder ärgerlicher Reaktion)
- **emotional negativer Verhaltensausdruck**
inwieweit und wie ausgeprägt und häufig Eltern ärgerliches, feindseliges und/oder aggressives Verhalten im Umgang mit dem Kind zeigen und
inwieweit und wie ausgeprägt und häufig Eltern emotional flaches, verlangsamtes Verhalten oder ein ausdrucksloses Gesicht zeigen





Skala zur Einschätzung der elterlichen Feinfühligkeit: Einschätzungskriterien

Interpretationshinweise:

Grün bis hellgrün: Aktuell kein Interventionsbedarf hinsichtlich der Eltern-Kind-Interaktion

Gelb: Weitere Abklärung notwendig d.h. weiterführendes Elterngespräch, Elternberatung bei Bedarf

Orange: Interventionsbedarf notwendig, d.h. weitere diagnostische Abklärung und weitere Hilfen für die Familie notwendig

Rot: Rascher Interventionsbedarf angezeigt => zügige Einleitung von Hilfen notwendig





Skala zur Einschätzung der elterlichen Feinfühligkeit: Einschätzungskriterien

Instrument zur Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion, das einem **Screening** von kritischen Eltern-Kind-Beziehungen dient.

Von einer Diagnose abzugrenzen!

Hinweis auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, auf die Einleitung weiterer diagnostischer Schritte und/oder weiteren **Interventionsbedarf**





Interaktionsbeobachtungen unterschiedlicher Störungsbilder





Postpartale psychische Erkrankungen

- Die Schwangerschaft bietet keinen spezifischen Schutz davor, psychisch zu erkranken

und

- die Zeit nach der Geburt birgt das höchste Risiko im Leben einer Frau, psychisch zu erkranken.
- „Babyblues“ Anpassungsreaktion leichterer Art (50-80% aller Frauen)=> jedoch alles, was länger als 10 Tage dauert und/oder schwerer erscheint als eine leichte depressive Verstimmung muss umgehend behandelt werden





Postpartale psychische Erkrankungen

Erstes Auftreten:

Postpartale Depression nach 10–15% aller Geburten, 20-40% der Frauen leiden gleichzeitig an Zwangsgedanken

Angststörungen (11 %)

Postpartale Psychose nach 0,1-0,2% aller Geburten

Postpartale Anpassungsstörung nach traumatischer/ Frühgeburt, bei Missbildung, Krankheit, Behinderung des Kindes

Verschlechterung bestehender Erkrankungen nach der Geburt:

Bipolare Störung: in 30-50% schwere Wochenbettpsychose,

Angststörungen: deutlich erhöhte Vulnerabilität (90% der Frauen mit früheren Panikstörungen erleiden Rückfall im Wochenbett)

Zwangsstörungen: deutlich erhöhtes Risiko

Schizophrenie: hohe Rückfallrate





Interaktionsbeobachtungen unterschiedlicher Störungsbilder

Grundsätzlich kein Unterschied in der Interaktion zwischen
postpartalen psychischen Erkrankungen und psychischen
Erkrankungen, die schon vor der Geburt bestanden haben

Viele psychisch kranke Eltern können zeitweise auch gut mit ihren
Kindern umgehen!

Stärkere Beeinträchtigung des elterlichen Verhaltens bei :

- akuter psychotischer Symptomatik und ausgeprägter Minus-Symptomatik
- Schizophrenen > bipolaren (manisch-depressiven) > unipolar affektiven Störungen (depressiven Störungen)
- zusätzlichen belastenden Faktoren





Interaktionsbeobachtungen unterschiedlicher Störungsbilder

Eindeutige Interaktionscharakteristika der psychischen Störungen
bislang nicht identifiziert

Interaktionsstile scheinen eher krankheitsunspezifisch:

- Unterstimulation: mangelnde Responsivität
- Überstimulation: intrusives, kontrollierendes Verhalten,
Bedürfnisse des Kindes werden stark eingeschränkt
- Unberechenbarkeit/ Wechselhaftes Verhalten

Verschiedenen Krankheitsbilder besitzen jedoch häufig
unterschiedliche Ausmaße dieser Verhaltensstile

Wichtig: jeder Fall muss individuell angeschaut werden





Depressive Erkrankungen

Prävalenz: 8,1 %

- Stimmung gedrückt bis verzweifelt
- Verlust der Freude
- Gefühlsleere
- Antrieb gemindert, bei agitierter Depression gesteigert
- Erschöpfung
- Körperliche Symptome: Schlafstörung, Appetitlosigkeit

Aufs Kind bezogen: Keine Freude am Kind, innere Leere, Selbstabwertung („schlechte Mutter“) und Selbstvorwürfe





Interaktionsmuster bei depressiven Müttern

- Unterstimulation (mangelnde Responsivität, wenig/keine Ansprache, flacher Affekt, verlangsamte Wahrnehmung und Reaktion)
- Zum Teil leichte Kränkbarkeit (z.B. „natürliche Abwendung“ des Säuglings wird auf sich bezogen und als Ablehnung verstanden)
- Auch Überstimulation (Kontrolle) möglich mit
 - Überwiegend (übertrieben) positivem Affekt
 - Ärgerlich-gereizten Tendenzen bei Quengeln oder Weinen





Bipolare Störungen

Prävalenz: 1-2%, jedoch ungünstigerer Langzeitverlauf als depressive Erkrankung

Wechsel von depressiven und manischen Episoden

Manische Zustände:

- Stimmung gehoben oder aggressiv gereizt
- Antrieb gesteigert, ziellose Aktivierung
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Selbstüberschätzung, Leichtsinn





Interaktionsmuster bei Müttern mit bipolaren Störungen

- Während der **manischen Episode**: Ungestörte mütterliche Kompetenz nicht vorhanden
- Erhebliche Überstimulation mit positiver oder negativer, oft rasch wechselnder affektiver Tönung
- Gefährdung des Kindes durch Altersunangemessenen Umgang (frühe Parentifizierung)



Angst- oder Zwangsstörungen

Angststörungen:

Prävalenz: 14,5%

- Angst, die überwiegend durch ungefährliche Situationen hervorgerufen wird
- Vermeidungsverhalten bis hin zur Isolation
- Begleitet von vegetativen Symptomen

Zwangsstörungen:

Prävalenz: 1-2 %

- Zwangsgedanken
- Zwangshandlungen

Aufs Kind bezogen: z.B. Angst, dass Kind umzubringen, fallen zu lassen etc.





Interaktionsmuster bei Müttern mit Angst- oder Zwangsstörungen

- Zum Teil weniger feinfühlig und warmherzig, zum Teil starkes Kontrollbedürfnis
- Enger Spielraum für einfühlsam begleitete Exploration
- Schwierigkeiten bei Autonomiebestrebungen des Kindes:
Bei Überschreiten der Grenzen starke, angstvoll bis aggressiv getönte Kontrolle

Achtung: enger Einbezug in ein Zwangssystem bedeutet Gefährdung der kindlichen Entwicklung





Schizophrene Erkrankungen

Prävalenz: 0,5- 1%

- Grundstörung (des Denkens, der Affekte, der Beziehungsfähigkeit)
- „Plus-Symptomatik“ (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen)
- „Minus-Symptomatik“ (Apathie, Sprachverarmung,)

Auf Kind bezogen: Überhöhte, unrealistische und nicht entwicklungsangemessene Vorstellungen vom Kind

Und/oder das Kind kann in ein Wahnsystem einbezogen sein, (Kindeswohl kann dann gefährdet sein!!)





Interaktionsmuster bei schizophrenen Müttern

- Bei Minus-Symptomatik: Unterstimulation/ Nicht-Responsivität (als einzige Bezugsperson nicht geeignet)
- Schwankungen zwischen Verzückung und Misstrauen, abrupt wechselnde affektive Zustände bei akuter Symptomatik (Gefährdungsrisiko für Mutter und Kind)
- Denkstörungen können ebenso Gefährdung des Kindes bedeuten
- Häufig überfordert mit der alltäglichen Versorgung
- Selbstwahrnehmung der eigenen Kompetenzen ist stark eingeschränkt: Während Mütter mit depressiven Erkrankungen ihre Kompetenzen eher unterschätzen, überschätzen Mütter mit schizophrenen Erkrankungen ihre Kompetenzen häufig





Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Prävalenz: 2%-3%, nach einer Studie von Grant et al. (2008)
5,9%

- Entstanden vor dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen und/ oder traumatisierender Bindungserfahrungen
- Affekt, Selbstwertgefühl, Sozialverhalten, Nähe-Distanzregulation extrem schwankend
- Selbstverletzungen, Suizidalität
- Anhaltendes Gefühl der Leere
- Eingeschränkte Impulskontrolle





Interaktionsmuster bei Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- Unberechenbarkeit / Unvorhersagbarkeit als ein Merkmal der Interaktion
- Interaktion folgt der eigenen Stimmung und den eigenen Impulsen

Starke Wechsel von:

- Unterstimulation
- Überstimulation (Erstickende Zärtlichkeit, übergroße Nähe)
- Ablehnung (hier auch Foppendes, Nachäffendes Verhalten) und Schwierigkeiten mit Nähebedürfnis
- Rollenumkehr
- Impulsiven Verhalten (Misshandlungsgefahr!)
- Dissoziativen (bizarre) Verhaltensweisen (z.B. „freezing“= Einfrieren, seltsame Stimme, stereotypes Verhalten), besonders häufig, wenn das Kind weint, quengelt oder Nähe sucht





Interaktionsmuster bei Müttern mit unverarbeiteten Traumata

Mütter mit Traumatisierungen besitzen häufig unterschiedliche Störungsbilder, darunter fallen u.A.:

Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen (i.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen)

- Auch hier Unberechenbarkeit / Unvorhersagbarkeit als ein Merkmal der Interaktion
- Säugling kann Erinnerungen an schmerzvolle Erfahrungen in der Kindheit wachrufen, verzerrte Wahrnehmung kindlicher Verhaltensweisen durch unbewusste Bedeutungszuschreibung, die aus der eigenen Biographie stammt („Gespenster im Kinderzimmer“, Selma Freiberg)
- Dissoziative Verhaltensweisen (Aussteigen aus der Interaktion)
- Ängstliches Verhalten (z.B. Zurückweichen vor dem Säugling)





Eltern-Kind-Umwelt-Beziehung als Patient

Erwartung und Geburt eines Kindes machen die Kindheitsgeschichte der Eltern wieder lebendig

unbewusste Einstellungen der Eltern beeinflussen den Umgang mit dem Baby maßgeblich

Baby reagiert auf die Gefühle der Eltern, bringt eigene Merkmale mit, die die Eltern beeinflussen

Die auf diese Weise entstehenden „Teufels- oder „Engelskreise“ (Papousek, 2001) werden durch psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren verstärkt/ abgeschwächt

„Patient“ ist also die dynamische Einheit von Eltern, Säugling und Umfeld





Mögliche kindliche Reaktionen

Aus Sicht des Kindes:

- „Ich verhalte mich lieber still“
- „Kontaktaufnahmen lohnen sich nicht“
- „Ich muss meine Mutter sehr genau beobachten“
- „Ich mache lieber alles mit“
- „Körperkontakt ist mir unangenehm“
- „Ich mag lieber alleine spielen“
- „Ich muss nur laut/lang genug protestieren“





Mögliche kindliche Reaktionen

Warnzeichen beim Kind für Entgleisungen in der Interaktion:

Passivität (kaum Reaktion auf Ansprache, keine Spielangebote, kaum Vokalisation)

Schwieriges Verhalten (Abwehr von Körperkontakt, unruhiges, fahriges Verhalten, Spielunlust)

Überangepasstes Verhalten (wachsam, angestrengt aufmerksam, folgsam auch bei unangenehmen Handlungen, „Schreckreaktion“, Hemmung neg. Affekte)

Später: Überfürsorgliches oder kontrollierendes Verhalten





Folgen für die (früh)kindliche Entwicklung

Störung der kindlichen Entwicklung im Bereich der

Regulation (Schrei-, Schlaf-, Fütterstörung), hier häufig persistierend

Exploration (Lernerfahrungen sind eingeschränkt=> kognitive Entwicklung)

Bindung (Beeinträchtigung der emotionalen Entwicklung, desorganisierte Bindung als Risikofaktor für die weitere Entwicklung)

Sprache (z.B. Sprachentwicklungsverzögerung)

Ohne kompensatorische Erfahrungen kann dies zu einer überdauernden Psychopathologie des Kindes führen

(z.B. Bindungsstörungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, emotionale Störungen)





Intervention und Prävention





Was ist bei der Planung von Hilfen zu beachten?

- Bei Säuglingen und Kleinkindern ist ein eingeschränktes Repertoire elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen wegen ihrer Verletzlichkeit besonders kritisch.
- Ist die Versorgung und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern nämlich unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können akute Gefährdungssituationen sehr plötzlich eintreten.

Insofern finden sich gerade im Säuglings- und Kleinkindalter plötzliche Übergänge von diskreten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung !

=> Die Planung von Hilfen muss in diesem Entwicklungsalter in einem **extrem engen Zeitraaster** erfolgen, was bei älteren Kindern nur in akuten Gefährdungssituationen notwendig ist (Ziegenhain, Fegert, Ostler & Buchheim, 2007).





Einschätzung von Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Planung von passgenauen Interventionen setzen Analyse und Einschätzung der familiären Risiko- und Schutzfaktoren voraus
hoher Prozentsatz an Kindern und Jugendlichen von Eltern mit psychischen Erkrankungen schafft es, nicht selbst psychisch zu erkranken!

Schutzfaktoren (z.B.):

- Robustes Temperament des Kindes („pflegeleicht“)
- Eine vertrauensvolle, emotional verfügbare Bezugsperson
- Gute Eltern-Kind-Beziehung
- Soziale Unterstützung
- Später Krankheitsbeginn des Elternteils, weniger schwerer Verlauf





Welche Hilfe benötigen Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Eltern ?

Ansätze der Unterstützung:

Eltern-Kindbezogen: Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Förderung von Feinfühligkeit

+

Kindbezogen: Diagnostik/ Förderung der kindlichen Entwicklung bei Entwicklungsverzögerung, Besuch einer Kindertagesstätte, Außerfamiliäre Unterbringung des Kindes

+

Elternbezogen: Psychotherapeutische/psychiatrische Versorgung, Pharmakologische Behandlung

+

Familienbezogen: Paartherapie, Aufklärung des Partners und anderer Familienangehöriger über die Erkrankung, SPFH

+

Umweltbezogen: Unterstützung in der Haushaltsführung, SPFH, Patenfamilien





Welche Hilfe benötigen Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Eltern ?

Je nach psychischem Zustand der Mutter, Qualität der Eltern-Kind-Interaktion und Stabilität des weiteren Umfeldes, Behandlung in unterschiedlichen Settings möglich:

-Ambulante psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung für die Mutter **und zusätzliches Angebot zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung**

-Gemeinsame voll-/teilstationäre Behandlung von Mutter und Kind in der Psychiatrie **und zusätzliches Angebot zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung**

- Mutter-Kind-Einrichtungen

Jedoch: Viele der Mutter-Kind- Angebote in den psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland beinhalten keine Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, sondern eher ein erweitertes Rooming-In-Angebot





Förderung der Eltern-Kind-Beziehung

Entwicklungspsychologische Beratung (EPB) (Ziegenhain, et al., 2004)

Vermittlung allgemein entwicklungspsychologisches Wissen
über frühkindliche Entwicklung

Vermittlung von individuellen Ausdrucks-, Belastungs- und
Bewältigungsverhaltensweisen von Säuglingen und
Kleinkindern (Brazelton, 1984; Als, 1982)

Förderung der Feinfühligkeit

- verhaltensorientiert
- videogestützt
- ressourcenorientiert





... richtet sich an alle jungen Familien

- alle Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren (Aufbau Modul 2016)
- Familien in besonders sozial belastenden Lebenssituationen
- Psychische/körperlich kranke Eltern (extra Modul)
- Säuglinge und Kleinkinder mit Besonderheiten
- kann auch im Klärungsprozess bei KWG eingesetzt werden



Frühe Hilfen und Kinder psychisch kranker Eltern

Frühe Hilfen sind zuständig für Kinder psychisch kranker Eltern

- niedrighschwelliger / breiter Zugang zu allen Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von Schwangerschaft bis drei Jahren (universelle Prävention) und Angebote die sich an Familien in Problemlagen (**selektive Prävention**) richten
- Wege / Vermittlung in weiterführende Hilfen
 - **verbindlichere/systematischere Anbindung an Netzwerkpartner (Erwachsenenpsychiatrie/Psychotherapie/Jobcenter/ Eingliederungshilfe)** notwendig
- zunehmende Etablierung lokaler Netzwerkstrukturen Früher Hilfen als „Instrument“ fallübergreifender Vernetzung
- Frühe Hilfen können eine gute Brücke darstellen, um intensivere Maßnahmen bei Kindern psychisch kranker Eltern anzubahnen !!





Angebotsrepertoire für Kinder psychisch kranker Eltern

Insgesamt zu wenige und zu wenig spezifische Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern bzw. Familien

insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder und ihre Familien

- noch zu wenig altersspezifische Konzepte
- keine systematischen / interdisziplinär zusammengesetzte Hilfen → **passgenau**
- Regelsystem nicht ausreichend ausgestattet für die besonderen Bedürfnisse von Familien mit psychisch kranken Eltern
- keine zeitnahe Unterstützung (häufig noch zu lange Wartezeiten) / kein verbindliches Notfallmanagement
(kleines **Zeitfenster für Maßnahmen im Säuglingsalter !**)
- wenig Konzepte/Angebote für schwankend Hilfebedürfnisse





Unterstützung und Versorgung von Kindern und ihren psychisch kranken Eltern

Die Kompetenzen und Leistungsangebote einer Profession oder eines Systems für sich alleine genommen (Jugendhilfe bzw. Erwachsenenpsychiatrie) genügen nicht

Familien mit psychisch kranken Eltern benötigen je nach Hilfebedarf:

psychologisch- psychotherapeutische
Psychiatrisch medizinische
sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Maßnahmen

→systematische interdisziplinäre Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie und Kinder-/Jugendpsychiatrie notwendig





Zum Vertiefen: E-Learning-Fortbildung Frühe Hilfen und Frühe Interventionen im Kinderschutz

- Bundesweit zugänglich
- Kostenfrei
- Viel Literatur zu Kinder psychisch Kranker Eltern

www.eLearningFrueheHilfen.de

87 CME-PUunkte

The screenshot shows the website's header with the logo 'Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz'. Below the header is a navigation bar with 'Anmeldenname', 'Kennwort', and 'Login' fields, and a 'Passwort vergessen' link. The main content area features a large image of a baby's face. To the right of the image is a 'Wichtiger Hinweis' (Important Notice) section, which states that registration is only possible after official release by Ministerin Katrin Altperger. Below this is a section for 'Zugangsvoraussetzungen und Zertifizierung' (Access prerequisites and certification), which includes a link for 'Technische Voraussetzungen' (Technical prerequisites). At the bottom of the page, there are logos for 'Baden-Württemberg' and 'Kinder- und Jugendpsychiatrische Psychotherapie Universität Ulm'.





Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

