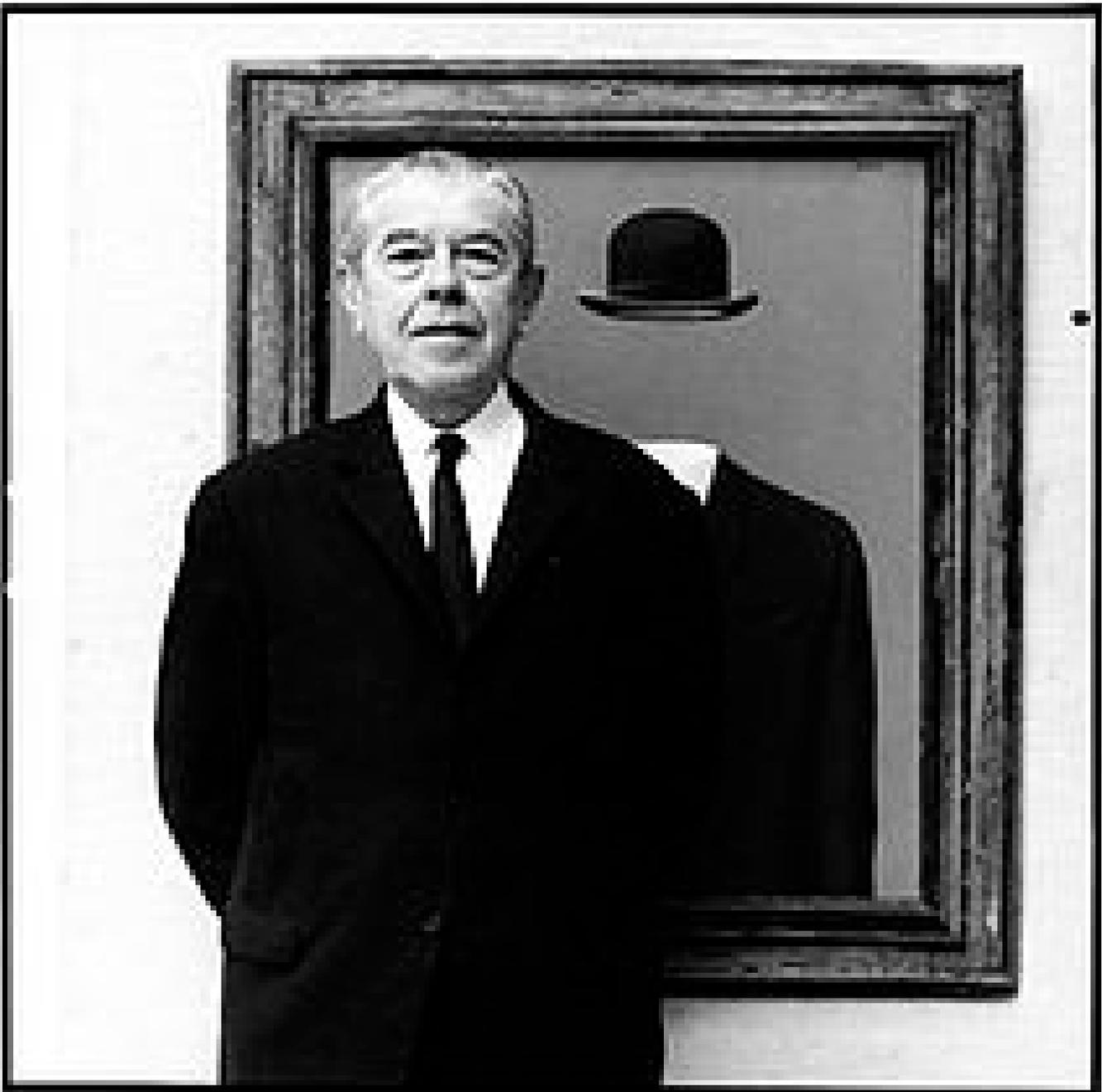


# Die Kinder unserer Patienten

## Vernetzung der Versorgung

Prof. Dr. Hanna Christiansen





## Prävalenz

**USA:** über 65% der Frauen u. 50 % der Männer, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, haben Kinder (Nicholson et al., 2002)

**Australien:** 1/5 bis 1/3 der Klienten der Mental Health Agency sind Eltern  
~ 1/4 der australischen Kinder haben mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil  
1/5 aller jungen Menschen leben in einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil  
(Maybery et al. 2009)

**Großbritannien:** Jedes vierte Kind im Alter von 5-15 Jahren hat eine Mutter mit psychischer Erkrankung (Parker et al., 2008)

**Deutschland:** in 3 großen Fachkliniken (n = 15.904) hatten insgesamt 65% der stationären PatientInnen Kinder (Christiansen et al., 2012; Stelzig-Schöler et al., 2011)

**Internat.:** 23 bis 32% der stationär behandelten Erwachsenen versorgen Kinder unter 18 Jahren (Fraser, 2006; Maybery et al., 2009; Östman & Hansson, 2002; Pretis & Dimova, 2008; Test et al., 1990)



# Auswirkungen auf die Kinder

## Vielzahl von Entwicklungsrisiken:

- höhere Kindersterblichkeit
- unsichere Bindung
- Entwicklungsverzögerungen und -störungen
- schlechtere schulische Anpassung und Leistungen
- vermehrt Stress-assoziierte Erkrankungen (z. B. Asthma, atopische Erkrankungen)
- zwischen 41-77 % der Kinder entwickeln schwere psychische Störungen im Verlauf ihres Lebens (review Hosman et al., 2009; Wille et al., 2008; Green et al., 2010; Kersten-Alvarez et al., 2011; Kessler et al., 2010; Mechtling et al., 2011).

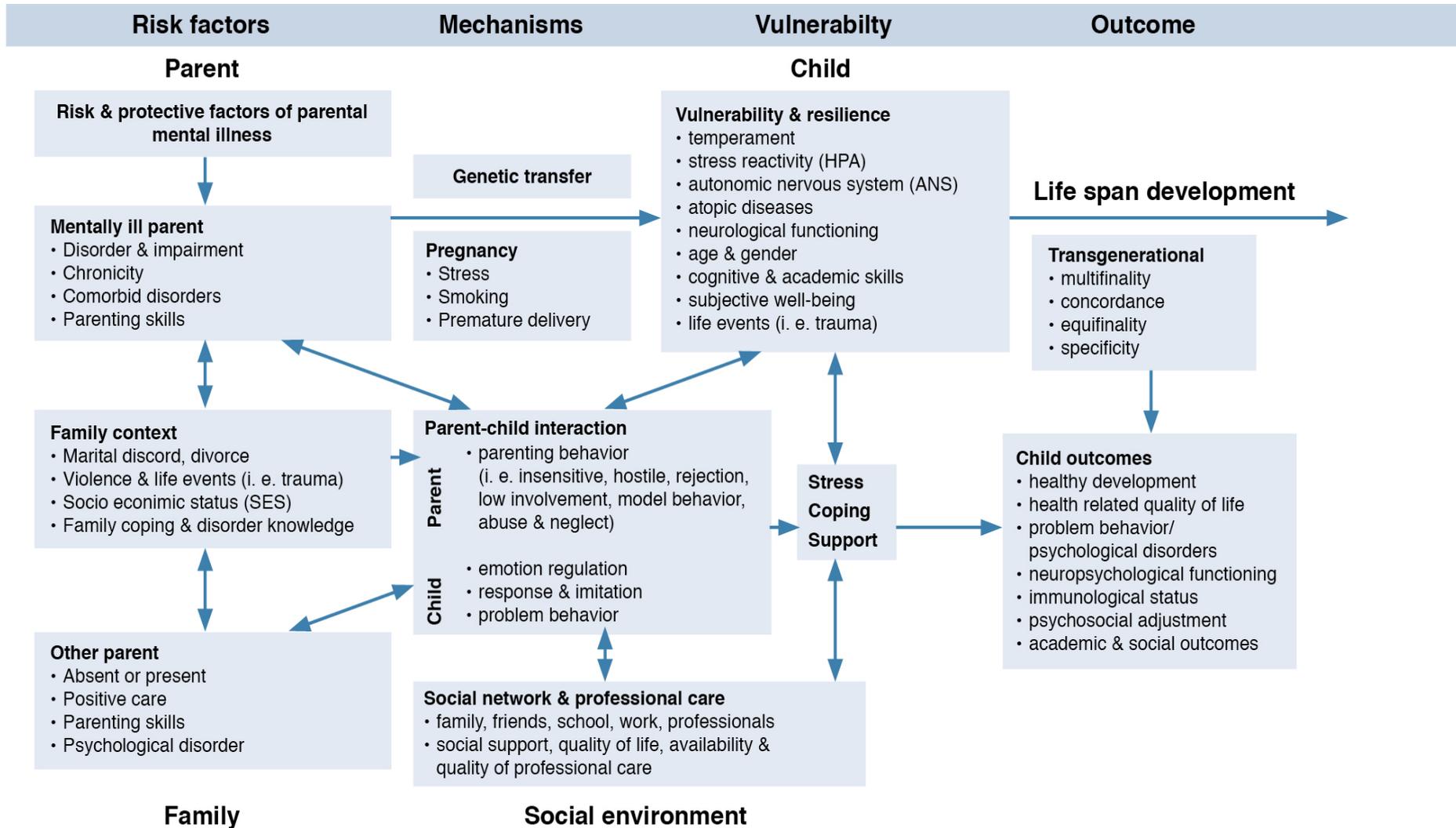
Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist das Risiko, psychisch zu erkranken für diese Kinder je nach Störung der Eltern bis zu achtfach erhöht (review: Hosman et al., 2009).

Dies zeigt sich bereits im Kindes- und Jugendalter: 48.3 % der Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung haben ein Elternteil mit einer schweren psychischen Störung (Mattejat & Remschmidt, 2008).



# Transgenerationale Transmission psychischer Störungen

(Hosman et al., 2009)





# Transgenerationale Transmission psychischer Störungen (van Santvoort et al., 2015)

Clin Child Fam Psychol Rev (2015) 18:281–299

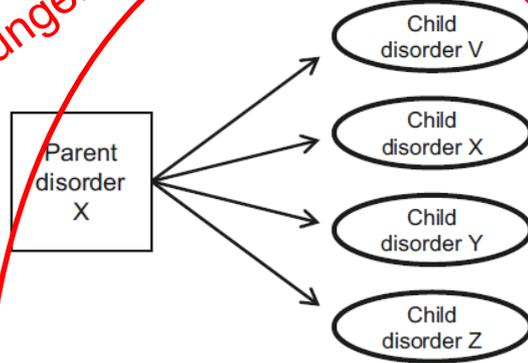
Eher bei Kindern  
von Eltern mit  
Depression und  
bipolaren Störungen

K = 76 Studien  
zu Kindern von  
Eltern mit  
unipolarer  
Depression,  
bipolaren  
Störungen,  
Angststörungen

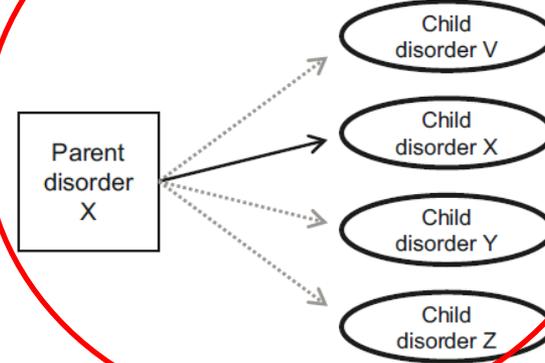
Eher bei Kindern  
von Eltern mit  
Angststörungen

## (a) Scope of Children's Diagnostic Outcomes of a Parental Disorder

### Transgenerational multifinality

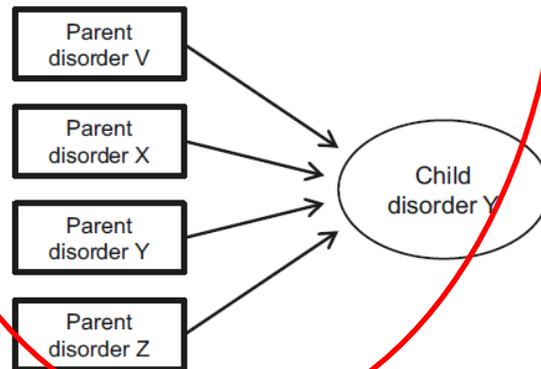


### Transgenerational concordance



## (b) Scope of Parental Disorders Preceding a Child's Diagnostic Outcome

### Transgenerational equifinality



### Transgenerational specificity

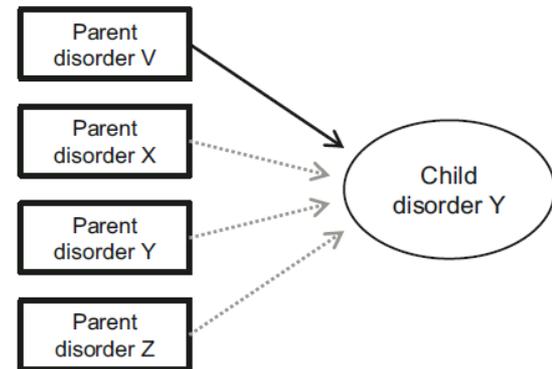


Fig. 1 Visual depiction of the concepts of transgenerational multifinality, concordance, equifinality, and specificity



# Transgenerationale Transmission psychischer Störungen

Generell fehlt es an Studien, die über verschiedene Störungen hinweg die Transmissionsmechanismen untersuchen und so Aufschluss über die Störungsgenese der Kinder geben können (van Santvoort et al., 2015).

Aktuelle Längsschnittstudie (Paccalet et al., 2016) zu Kindern (N = 84) von Eltern mit Schizophrenie und Bipolaren Störungen weist auf ein insgesamt sehr hohes Risiko und Multifinalität hin:

- 18 % major DSM-IV affektive oder non-affektive Störung
- 7 % davon psychotische Symptome
- 21 % eine andere Achse I Störung
- 36 % weiterhin erhöhtes Risiko, aber aktuell ohne Störung
- 25 % im Alter von 30 Jahren unauffällig

Meta-Analyse (K = 61) zur querschnittlichen Psychopathologieerfassung von Eltern und Kindern (Connell & Goodman, 2002) zeigt Unterschiede in der Transmission von Müttern und Vätern auf die Kinder.



# Transgenerationale Transmission psychischer Störungen

Art, Rate und Beginn psychischer Störungen unterscheiden sich zwischen Jungen und Mädchen – Jungen eher früher Beginn (z. B. ADHS, ODD), Mädchen eher später und eher internalisierende Störungen (van Santvoort et al., 2015).

Hinweise auf geschlechtsspezifische Transmissionsmechanismen: Töchter von depressiv erkrankten Müttern eher internalisierende, bei den Söhnen eher externalisierende Störungen (Wilson et al., 2010; Lovejoy et al., 2000).





## Elterliche Faktoren

- rezidivierende & chronische Störungen vs. einzelne Episoden  
(Ashman et al., 2002; 2008; Beardslee et al., 1987; Foster et al., 2008; Horwitz et al., 2007; Halligan et al., 2007)
- Komorbidität (Goodman, 2007; Kim-Cohen et al., 2006)
- beide Elternteile erkrankt (Bijl et al., 2002; Birmaher et al., 2009; Clark et al., 2004; Stelzig-Schöler et al., 2011)
- Beginn der elterlichen Erkrankung vor dem 30. Lbj.  
(Kluth et al., 2010; Wickramaratne & Weissman, 1998)
- Stress & Verlust in der Schwangerschaft  
(Goodman, 2007; Khashan et al., 2008; Kim-Cohen et al., 2006; Malaspina et al., 2008)
- Genetik (Heredität ADHS ~ 76 %; Depression ~ 33-45 %, SUD ~ 40-60 %; Schizophrenie ~ 60-80 %; Autismus ~ 80 %)  
(Faraone et al., 2005; Kendler, 2010; Thapar & Rice, 2006; Thapar et al., 2009)



# Risikofaktoren

## Erziehungskompetenzen und familiäre Faktoren

- reduzierte Feinfühligkeit/Erziehungskompetenzen

(Bifulco et al., 2002; Duggal et al., 2001; Elgar et al., 2007; Harnish et al., 1995; Hippwell et al., 2000; Leinonen et al., 2003; Lovejoy et al., 2000; Maughan et al., 2007; Murray et al., 2003; Rogosch et al., 2004)

- pathologisches Modell- und Bewältigungsverhalten

(Sidebotham & Heron, 2006; Chronis et al., 2007)

- familiäre Disharmonie, häusliche Gewalt, finanzielle Schwierigkeiten, kritische Lebensereignisse

(Ashman et al., 2002; 2008; Beardslee et al., 1987; Cummings et al., 2005; Foster et al., 2008; Horwitz et al., 2007; Halligan et al., 2007; Wille et al., 2008)

Bad Parenting







# Risikofaktoren

## Kind Faktoren

- schwieriges Temperament
- emotionale Entwicklung
- erhöhte Stressreaktivität
- unsichere Bindung
- negativer Selbstwert
- geringe kognitive und soziale Fertigkeiten
- geringes Wissen über die elterliche psychische Erkrankung
- Genetik (reviews: Beardslee & Podorefsky, 1998; Goodman & Gotlib, 1999; Gopfert et al., 2004; Hosman et al., 2009; Ijzendoorn et al., 1992)



Geringe prädiktive Validität für individuelle Risikofaktoren (z. B. kognitive Beeinträchtigungen, Trauma), aber Hinweise auf Prädiktivität von Clustern insbesondere von traumatischen Erlebnissen, kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Störungen (nicht psychotischen) in Kindheit und Adoleszenz (Paccalet et al., 2016).



# Risikofaktoren

Schizophrenia Research 175 (2016) 186–192

Contents lists available at ScienceDirect

Schizophrenia Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/schres](http://www.elsevier.com/locate/schres)



Liability indicators aggregate many years before transition to illness in offspring descending from kindreds affected by schizophrenia or bipolar disorder

Thomas Paccalet <sup>a,d</sup>, Elsa Gilbert <sup>a,c</sup>, Nicolas Berthelot <sup>a,d</sup>, Pierre Marquet <sup>a,b</sup>, Valérie Jomphe <sup>a</sup>, Daphné Lussier <sup>a</sup>, Roch-Hugo Bouchard <sup>a,b</sup>, Denis Cliche <sup>a,b</sup>, Nathalie Gingras <sup>a,b</sup>, Michel Maziade <sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Centre de recherche, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, QC, Canada

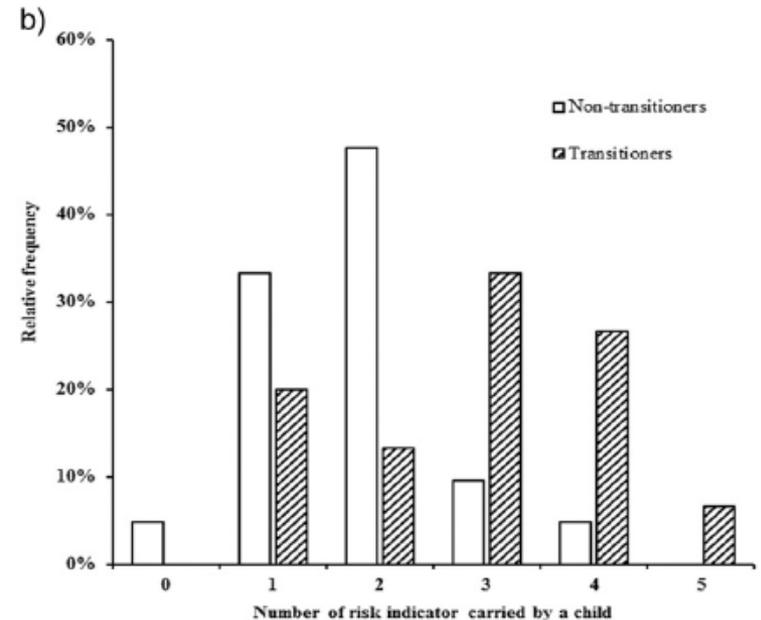
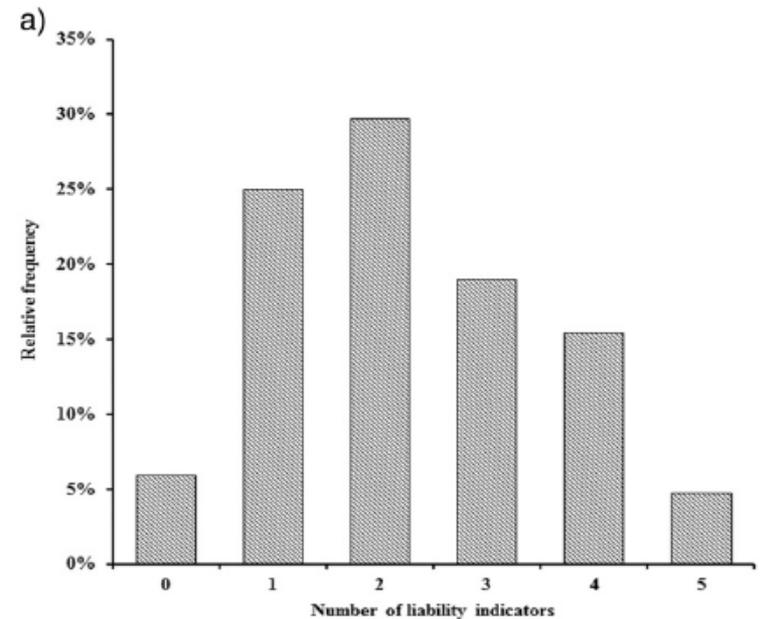
<sup>b</sup> Université Laval, Faculté de Médecine, QC, Canada

<sup>c</sup> Université Laval, École de Psychologie, QC, Canada

<sup>d</sup> Université du Québec à Trois-Rivières, Département des Sciences infirmières, QC, Canada

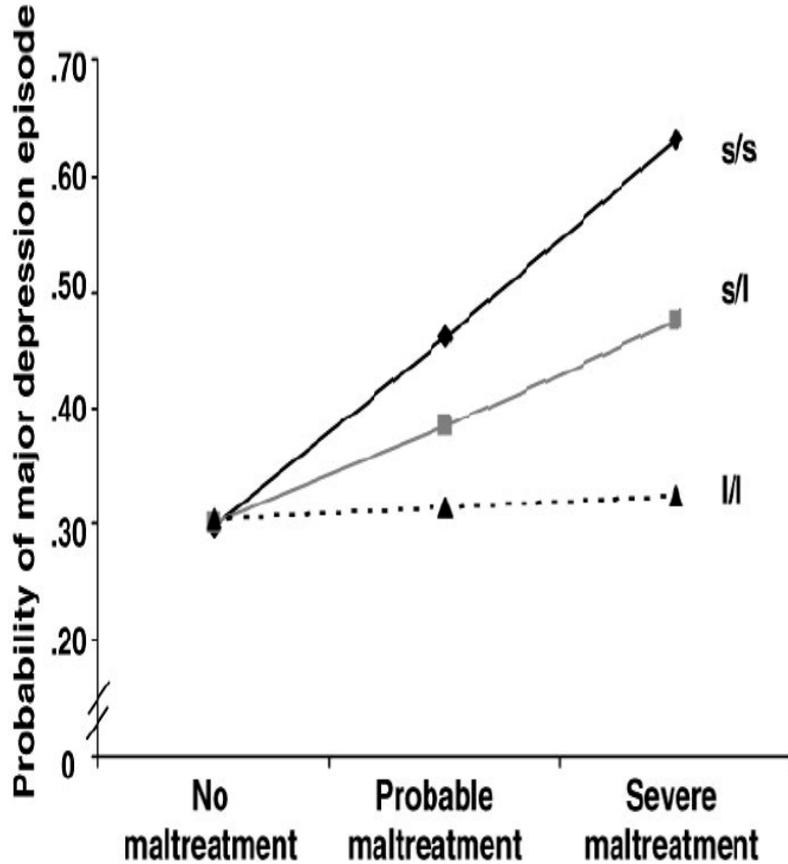
## Erfasste Risikofaktoren:

- Kognitive Beeinträchtigungen (processing speed, verbal episodic memory, visual episodic memory)
- Nicht-psychotische psychische Störung und/oder Episode geringen GAS Niveaus
- Psychotische Erlebnisse
- Substanzgebrauch
- Traumata

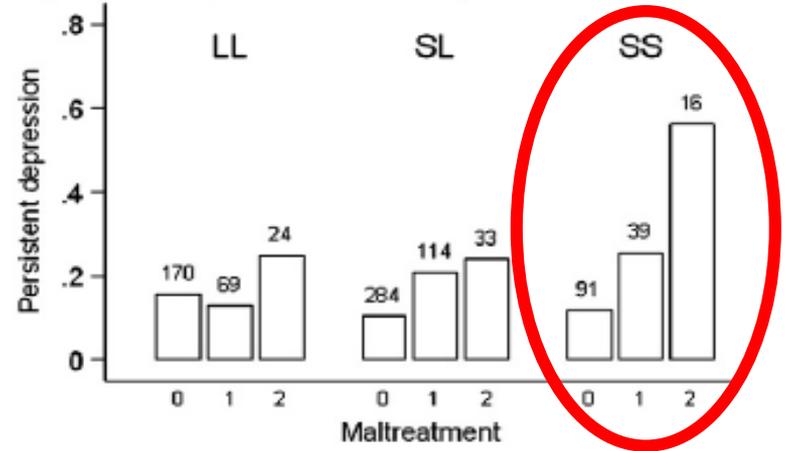




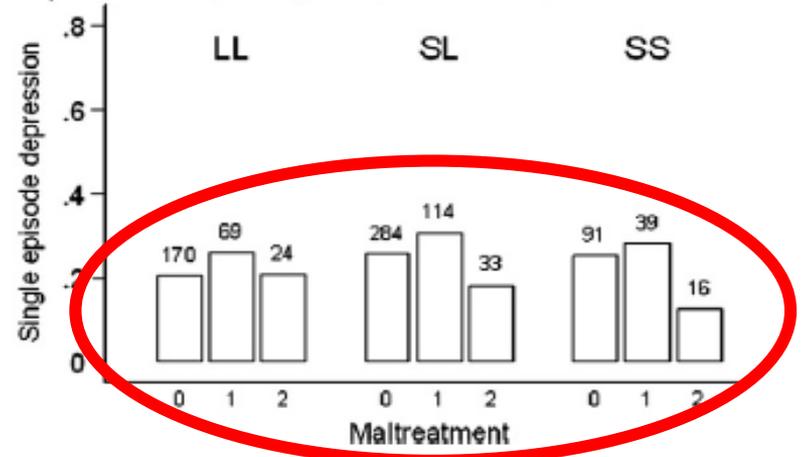
# Risikofaktoren



A) Dunedin, Persistent depression



C) Dunedin, Single episode depression



Caspi et al., 2003

Uher et al., 2011



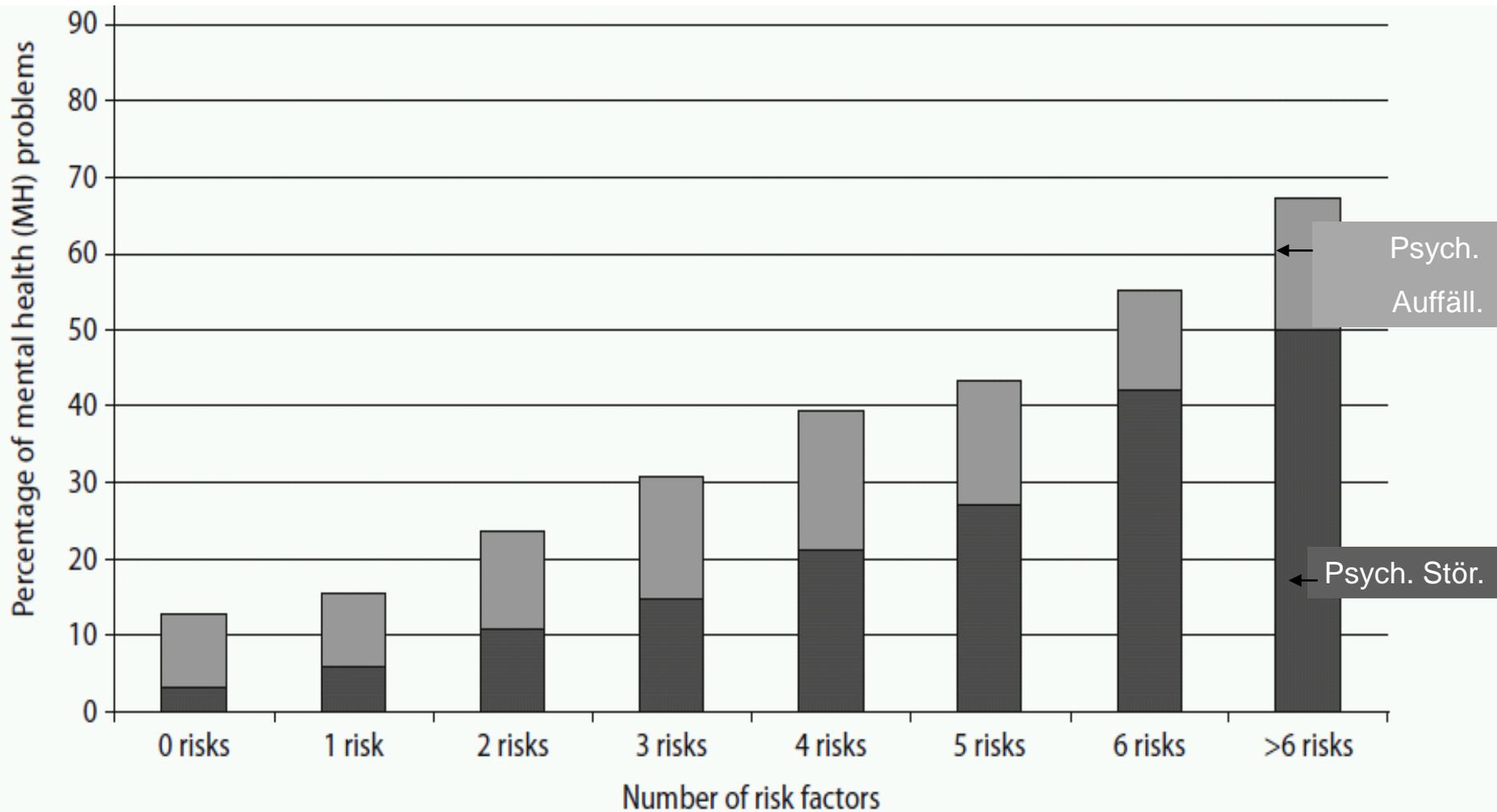
## Umwelt-/Kontextfaktoren

- Armut/prekäre Lebensbedingungen (SÖS; Costello et al., 2003; Pickett & Wilkinson, 2006; 2007)
- Wohnort (Stadt vs. Land, gut vs. schlecht situiert)
- Schule und deren Qualität
- fehlende soziale Unterstützung/Netzwerke
- Stigmatisierung  
(Überblick in: Goodman & Gotlib, 1999; Hosman et al., 2009; Lenz & Schulz, 2008; O'Connell, 2008; Rutter, 1999; 2009; Rutter & Quinton, 1977)



# Risikofaktoren

## Kumulationseffekt Risikofaktoren (Wille et al., 2008; Kessler et al., 2010)





# Schutzfaktoren

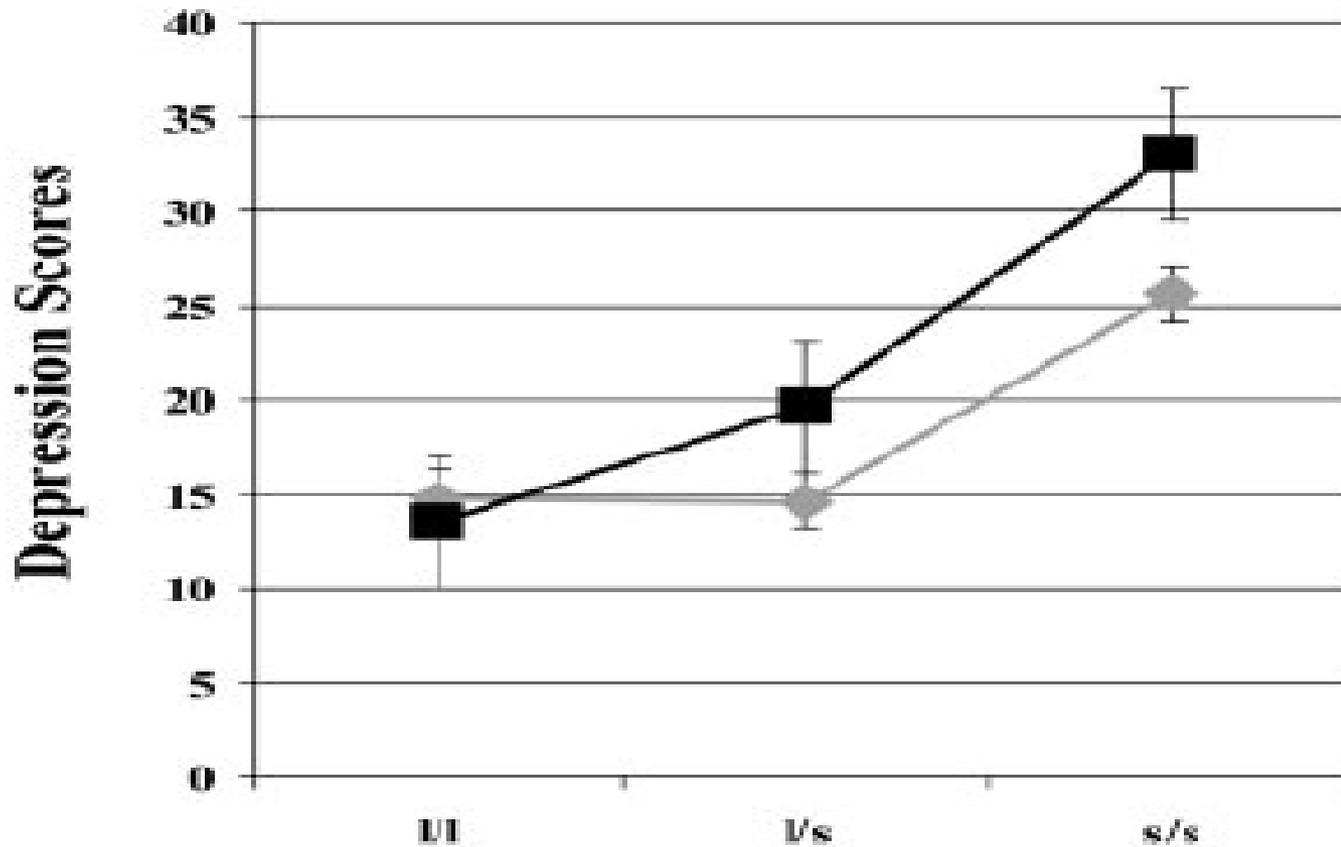
- |        |  |
|--------|--|
| Kind   | <ul style="list-style-type: none"><li>• robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament</li><li>• emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit</li><li>• gute soziale Problemlösefähigkeiten</li><li>• mindestens durchschnittliche Intelligenz</li><li>• Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl</li><li>• hohe Selbstwirksamkeitserwartungen</li><li>• ausreichende alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung über die Erkrankung der Eltern</li><li>• stabile Bindung an mindestens eine primäre Bezugsperson</li></ul> |
| Eltern | <ul style="list-style-type: none"><li>• angemessene Behandlung des erkrankten Elternteils</li><li>• angemessene Krankheitsbewältigung</li><li>• adäquater elterlicher Umgang mit der Erkrankung</li><li>• gute Paarbeziehung</li></ul>   |

(Wiegand-Grefe et al., 2009; Röhrle & Christiansen, 2009; Pretis & Dimova, 2008; Lenz, 2007; Gladstone et al., 2006)



# Schutzfaktoren

◆ Monthly or More Contact    ■ Semi-Annual or Less

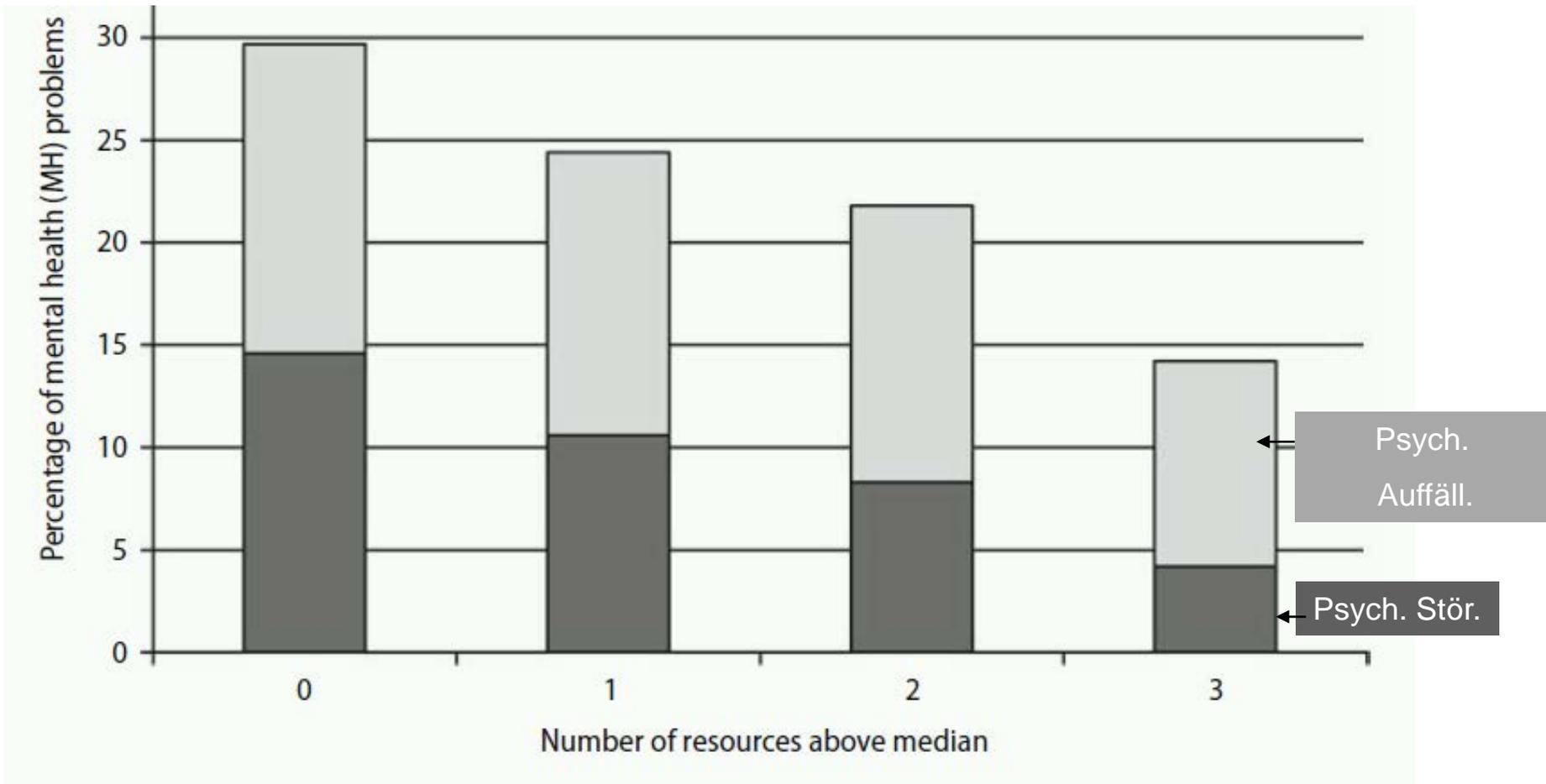


Kaufman et al., 2004 **Serotonin Transporter Genotype**



# Schutzfaktoren

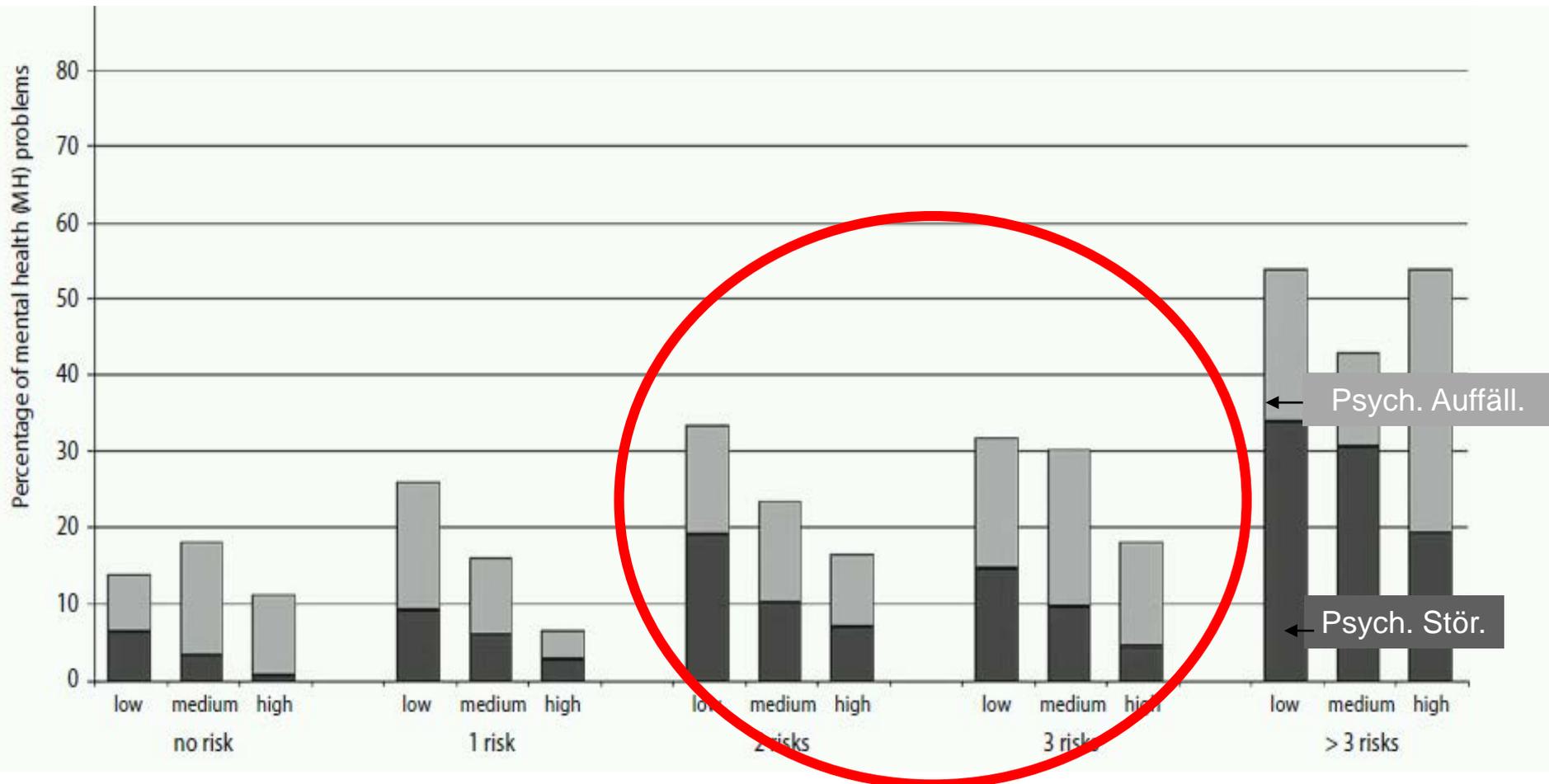
## Kumulationseffekt Schutzfaktoren (Wille et al., 2008)





# Risiko- & Schutzfaktoren

## Interaktionseffekt Risiko- und Schutzfaktoren (Wille et al., 2008)





# Past - Present

- Kinder psychisch kranker Eltern wurden „vergessen“
- Studie Franz et al. (2012) zu behandelnden Psychiatern:
  - 70 % wissen, ob die Patienten Kinder haben
  - 60 % wissen die Anzahl der Kinder
  - 41 % das Alter der Kinder
  - 35 % das Geschlecht der Kinder
  - 35 % wer die Kinder aktuell versorgt
  - 5 % ob die Kinder die kranken Eltern besuchen
- Maziade (2017): 37 J. Mutter, bipolar erkrankt seit dem 28 Lbj. mit wiederholten stationären Aufenthalten hat 3 Kinder (14, 12, 10 Jahre). Bei dem 10-Jährigen bestehen seit dem 7 Lbj. kognitive Defizite, Einbrüche in den Schulleistungen und der sozialen Fertigkeiten. Die Mutter erkennt sich in ihrem Sohn wieder und konsultiert ihren Hausarzt. Dieser beruhigt sie und schickt sie nach Hause. Nach Maziade sind dies Situationen, in denen die aktuelle medizinische Praxis die aktuelle Forschung nicht berücksichtigt und die Risikofaktoren nicht ernst nimmt.



# Present - Future

- Unumstritten ist, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein vielfach erhöhtes Risiko haben, selber psychisch zu erkranken:

***Behandler erwachsener Patienten müssen nach den Kindern und deren Entwicklung sowie psychischer Gesundheit fragen!***

Beispielhaft haben dies Schweden und Finnland mit nationalen Gesundheitsplänen umgesetzt (Pihkala et al., 2011) und in Norwegen existiert ein entsprechendes Gesetz.

- Aus Transmissionsstudien haben wir Hinweise sowohl auf spezifische als auch unspezifische Transmission:

***Die Möglichkeiten der Regelversorgung sollten genutzt werden z. B. über die routinemäßige Erfassung elterlicher und kindlicher Symptome/Störungen, um genaueren Aufschluss über Transmissionsmechanismen zu erlangen. Dabei müssen spezifische Risikofaktoren (kognitive Defizite, Traumata, frühe Krankheitszeichen) berücksichtigt werden.***



# Present - Future

- Bestehende Präventionsprogramme für Kinder psychisch kranker Eltern liefern Hinweise auf eine RR von 40 % (spezifische Transmission), aber nur sehr kleine Effekte für internalisierende/externalisierende Störungen (Multifinalität; Siegenthaler et al., 2012).

***Effekte solcher Programme müssen spezifischer hinsichtlich Multi- / Äquifinalität, Konkordanz und Spezifität untersucht werden!***

- Die erfolgreiche Behandlung der elterlichen Störung ist mit einer Risikoreduktion für die Kinder verbunden (Garber & Cole, 2010; Schneider et al., 2013; Wickramaratne et al., 2011), aber die bisherigen Studien fokussieren Patienten mit Depression, SUD, Angst- und affektiven Störungen.

***Studien für das Spektrum psychischer Störungen sowie komorbide Störungen sind notwendig!***



# Present - Future

- Hinweise, dass Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen mit positiven Effekten verbunden ist (Barlow et al., 2004; Lovejoy et al., 2000; Leinonen et al., 2003; Parent et al., 2011; Wilson et al., 2010)

***Systematische Studien fehlen dazu!***

- Leitlinien basierend auf den aktuellen empirischen Befunden können zum einen das Bewusstsein für Risikosynndrome bzw. Kinder mit einem erhöhten Risiko schärfen, zum anderen die Forschung hinsichtlich Risikoindikatoren stimulieren (Maziade, 2017).

***Erstellung von Leitlinien für Kinder psychisch kranker Eltern!***

***Risikofaktoren im Kindesalter = „red flags“ für den Verlauf!***



# Fazit

- Die frühzeitige korrekte Identifizierung von Kindern mit einem erhöhten Risiko ist zu verbessern;
- dafür müssen Screening-Instrumente entwickelt werden, die insbesondere Risikocluster untersuchen und für die verschiedenen möglichen Verläufe (Äqui-/Multifinalität/Konkordanz/Spezifität) auf ihren prädiktiven Wert untersucht werden.
- Es fehlen systematische klinische Studien zur Transmission und möglichen Verläufen auf die Kinder, aus denen Faktoren für Präventionsprogramme abgeleitet werden können.
- Leitlinien können helfen, die Versorgungssituation der Kinder zu verbessern.
- Kostenträger müssen eine Möglichkeit schaffen, dass diese Kinder vor einer eigenen Erkrankung Hilfen erhalten können, die sie gesund halten.



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Implementierung und  
Evaluation eines  
selektiven  
Präventions-  
programms für  
Kinder psychisch  
kranker Eltern  
zwischen 1,5 und 16  
Jahren



# Hintergrund des Projekts



- **Auslöse- und Wachstumshypothese**
  - Psychische Erkrankung der Eltern löst eine Welle an Risikofaktoren bei COPMI aus, die zur Entwicklung psychischer Probleme bei den Kindern führen
  - Präventive Interventionen bei COPMI haben kleine bis mittlere Effekte
- **Erziehungshypothese**
  - Eltern mit psychischen Erkrankungen verfügen oftmals über reduzierte Erziehungsfertigkeiten
  - Förderung der Erziehungsfertigkeiten ist mit verbesserten Entwicklungsverläufen der Kinder assoziiert

## Vergleich von

individueller  
Psychotherapie (KVT)

individueller  
Psychotherapie (KVT)  
plus  
zusätzliches  
Erziehungstraining  
(Triple P)

für das belastete  
Elternteil

## Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

- Aktuelle Behandlung der Wahl bei psychischen Störungen
  - Aktive Anleitung und Motivierung zur Veränderung des Handelns, Denkens und Fühlens
- Zentrale Elemente
  - Psychoedukation zum Störungsbild, Erstellung eines individuellen Störungsmodells
  - Kognitive Komponenten: Identifikation und Modifikation belastender Gedanken (dysfunktionaler Kognitionen und Schemata)
  - Verhaltensinterventionen: z.B. Training sozialer Kompetenzen, Exposition, stufenweiser Aktivitätsaufbau, Neuaktivierung und Stärkung vorhandener Ressourcen

Lambert, 2013

## Positive Parenting Program (Triple P)

50% der Patienten werden zufällig ausgewählt und erhalten zusätzlich zu den KVT Sitzungen

10 Sitzungen  
Triple P-Training



## Ziele des Projekts



- 1) Messung der Auswirkung der Psychotherapie bei einem Elternteil auf die Kinder
  - 2) Überprüfung, ob ein zusätzliches Erziehungstraining zu weiteren Effekten führt
- 
- Besseres Verständnis der betroffenen Familien
  - Verbesserung der Versorgung für betroffene Familien
    - 2 Krankenkassen haben schon zugesichert je nach Ergebnis der Studie die Kosten für ein Erziehungstraining standardmäßig zu übernehmen

# Wer kann daran teilnehmen?



## Einschlusskriterien

1. Elternteil nimmt eine ambulante Psychotherapie auf und erfüllt aktuell die Kriterien für eine psychische Störung nach DSM-5
2. Belastetes Elternteil lebt mit mindestens einem Kind im Alter zwischen 1,5 und 16 Jahren zusammen

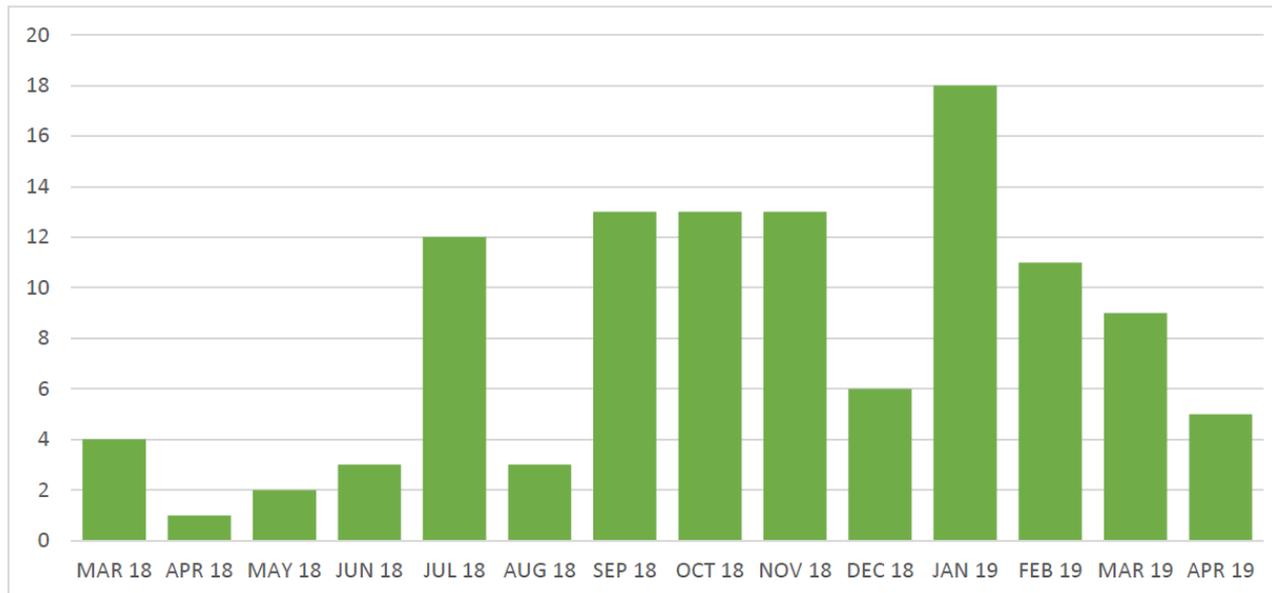


## Ausschlusskriterien

1. Belastetes Elternteil ist bereits in psychotherapeutischer Behandlung
2. Psychische Störung eines Kindes, die eine zeitnahe Behandlung erforderlich macht
3. Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse

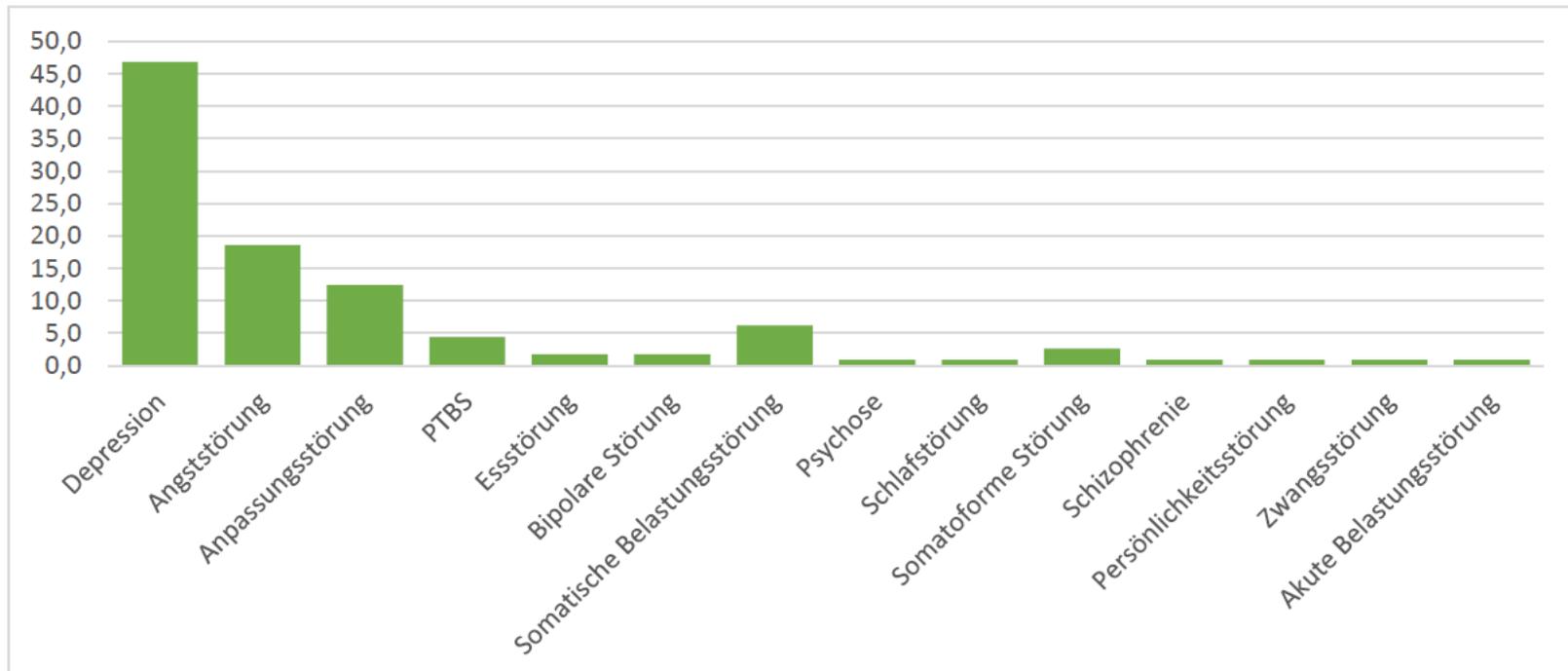


## Einschluss der Familien

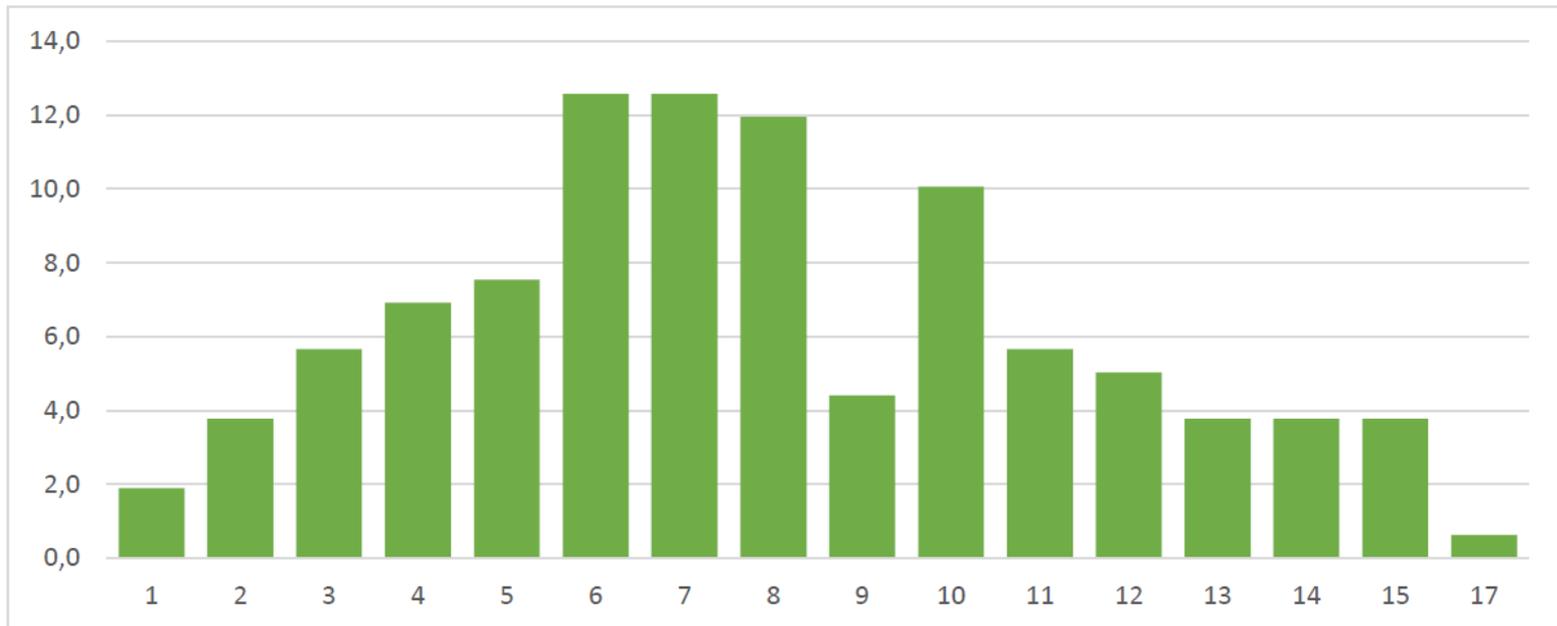


- Aktuell 113 Familien (Ziel 634); 76 % weibliche Patienten
- Mittleres Alter 39.7 (SD 6.7)
- Drop-out rate 4 %
- 69 % komorbide Störungen
- 161 Kinder (1.42 Kind/Familie; 50 % männlich)

# Elterliche Störungen



## Alter der Kinder





**VILLAGE-**  
**How to raise the**  
**village to raise the**  
**child**  
Jean Paul

Ludwig Boltzmann Gesellschaft  
Medical University of Innsbruck



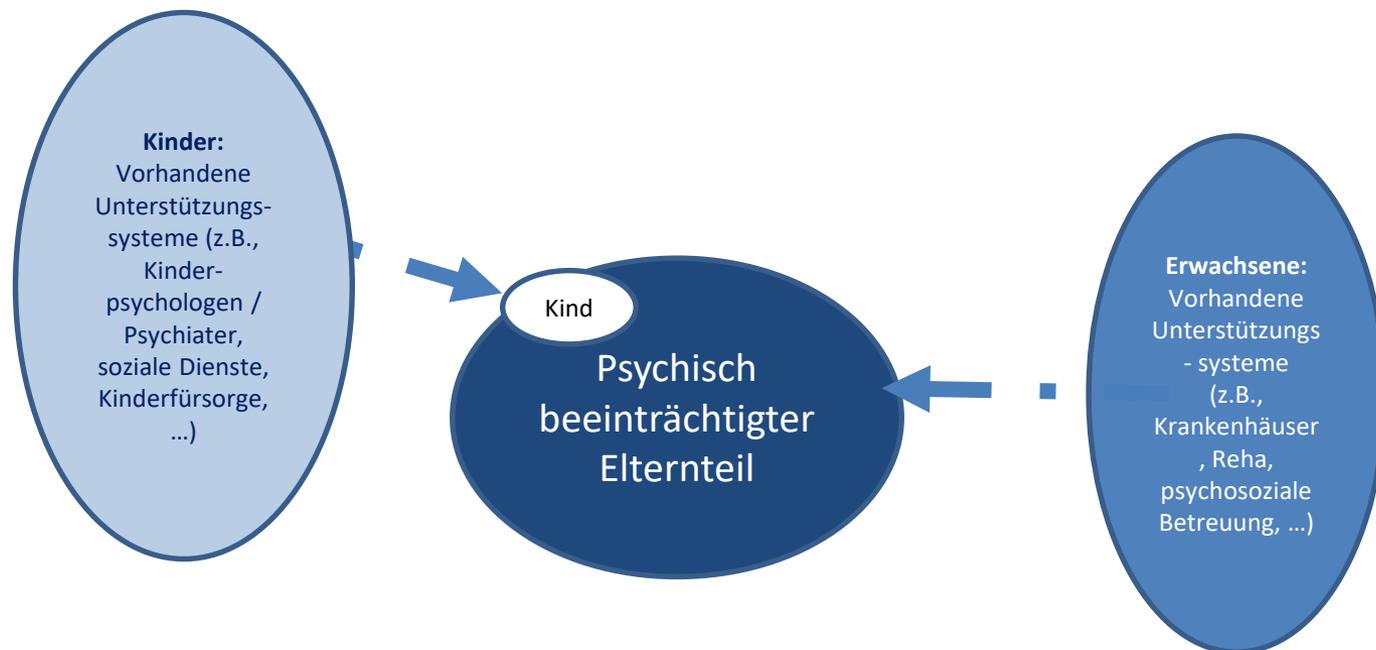
**VILLAGE**



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

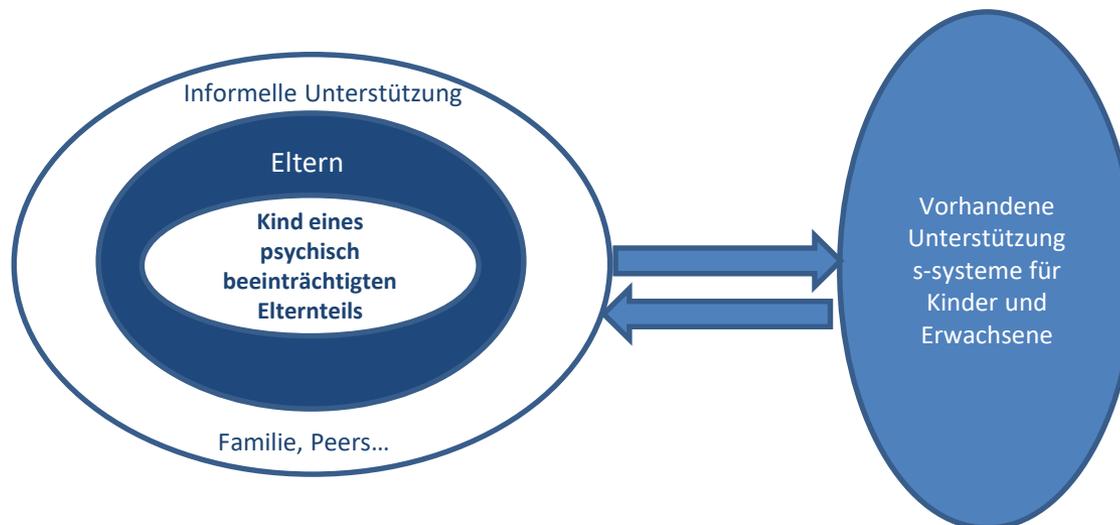


## MOMENTANE SITUATION





## VISION



Die **Wahrnehmung** und **Unterstützung** von Kindern psychisch beeinträchtigter Eltern in Tirol verbessern.



40



## PROJEKTZIELE

- 1) Kooperative kindzentrierte Praxis
- 2) Verbesserte Entwicklung und erhöhtes Wohlbefinden der Kinder
- 3) Kosteneinsparung durch kollaborative Praktiken



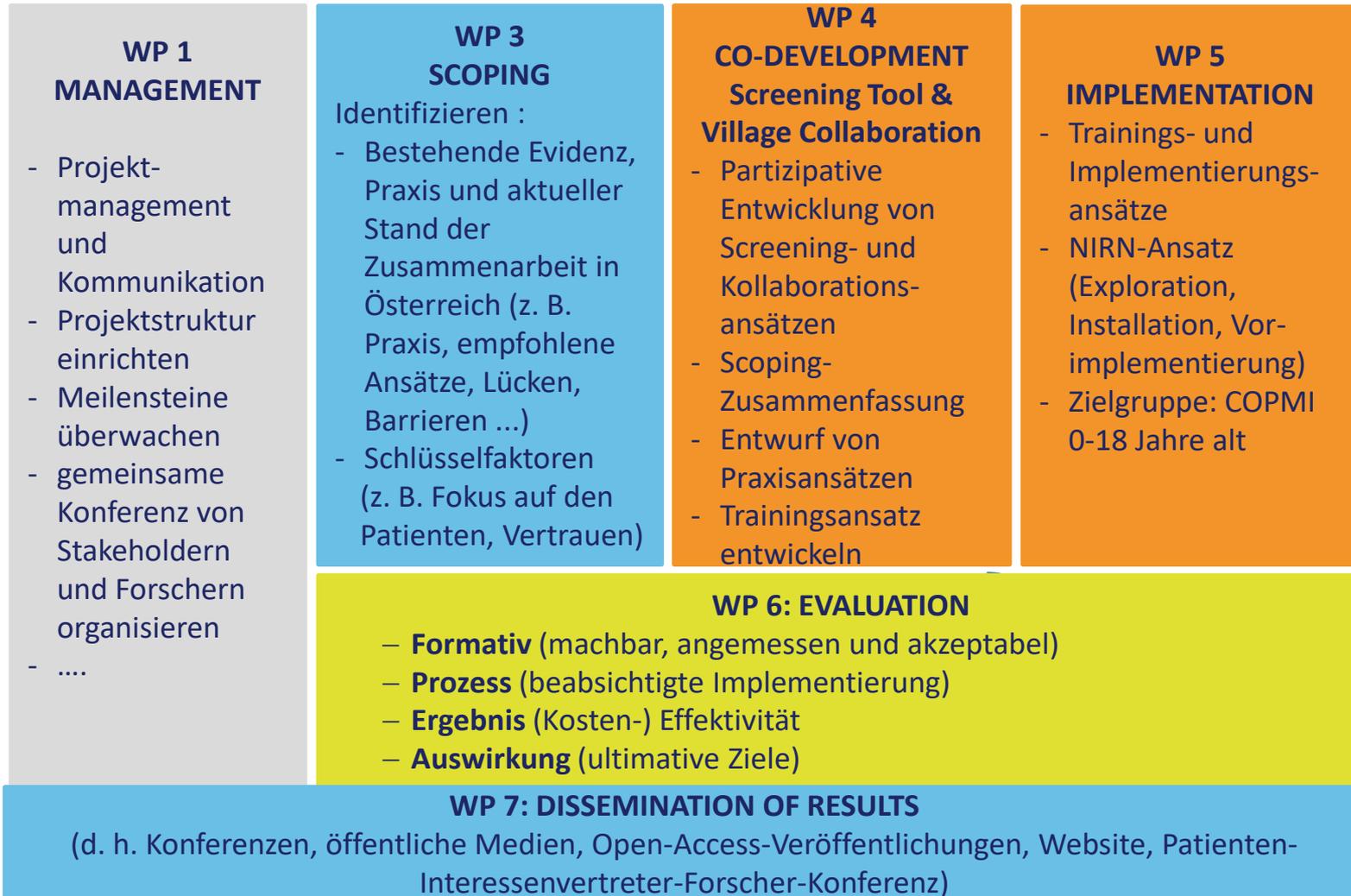


CREATED USING  
**POWTOON** 

# WORK PACKAGES

## WP 2: THE CHILD'S VOICE

(linguistische Mikroanalyse von kommunikativen Interaktionen mit Kindern, Teilnahme von Kindern)



**Ziele:**

- 1) Kollaborative kindzentrierte Praxis
- 2) Verbesserte Entwicklung und erhöhtes Wohlbefinden der Kinder
- 3) Erhöhte Kosteneffektivität durch kollaborative Praktiken



## KONTAKT

[www.village.lbg.ac.at](http://www.village.lbg.ac.at)  
[office@village.lbg.ac.at](mailto:office@village.lbg.ac.at)



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK



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