

Neuere inhaltliche Entwicklungen in der KJ- Psychotherapie

Prof. Dr. Christina Schwenck

Lern-, Entwicklungs- und Verhaltensprobleme im Kindes- und
Jugendalter: Diagnostik und Therapie
JLU Gießen

Kinder psychisch
kranker Eltern

Einige Zahlen

(Mattejat, 2006; Mattjat, 2008; Wiegand-Grefe et al., 2009; van Santvoort, et al., 2014; Unnewehr et al., 1998)

- 10-30% der Patienten psychiatrischer Kliniken sind Eltern minderjähriger Kinder
 - ca. 175.000 Kinder/pro Jahr mit stationär psychiatrisch behandeltem Elternteil
 - bei 50% der Kinder psychische Auffälligkeiten
 - Risiko sowohl spezifisch, als auch allgemein
 - Schwankungen in Abhängigkeit von Diagnose, Schweregrad, Komorbidität und Chronizität
 - Risiko besonders hoch bei multiplen psychischen Störungen, Sucht- und Persönlichkeitsstörungen
- Hochrisikogruppe!

Beispiel affektive Störungen (Weissmann et al., 2006)

FIGURE 1. Age-Specific Rates of Major Depressive Disorder Over 20 Years in Offspring of Depressed and Nondepressed Parents

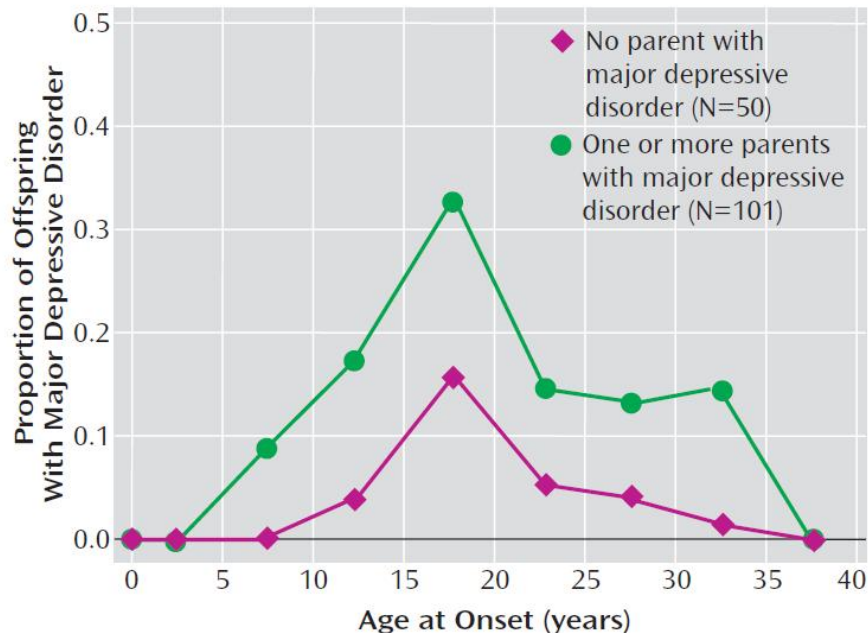
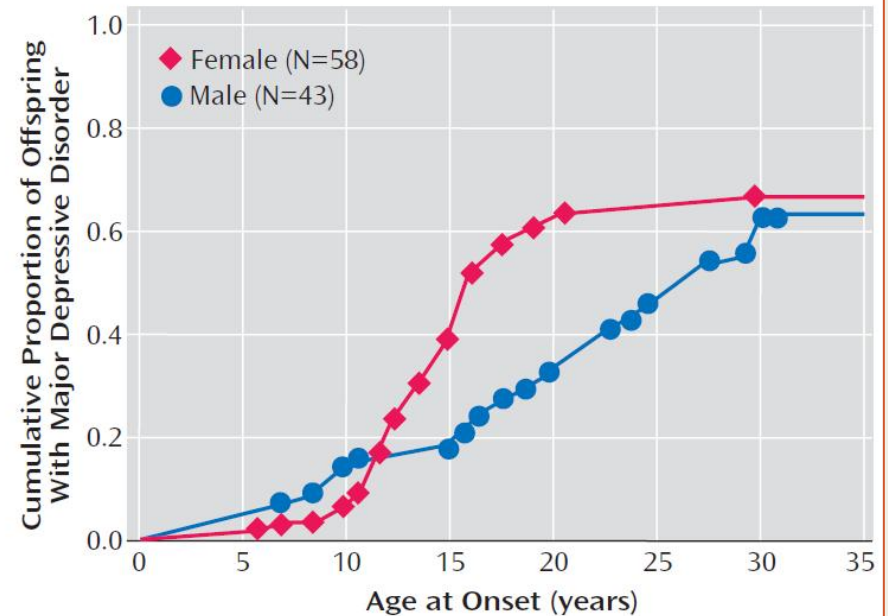


FIGURE 2. Cumulative Rates of Major Depressive Disorder Over 20 Years in Female and Male Offspring of Depressed Parents^a



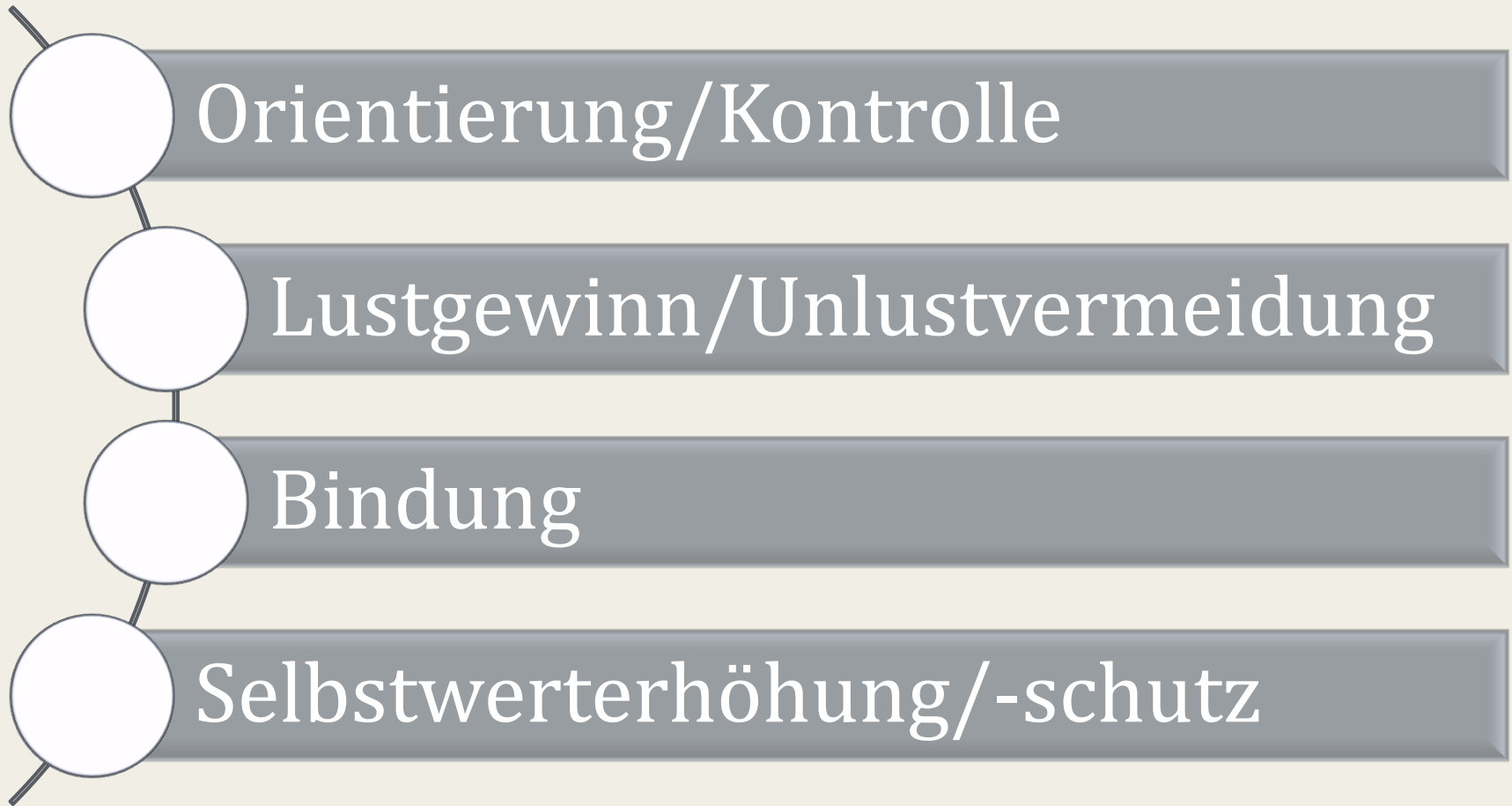
Psychische Störungen bei Eltern psychisch kranker Kinder (Mattejat, 2008)

TABLE 1

The frequency of different types of mental illness and related conditions among the parents of patients undergoing treatment in a child and adolescent psychiatric service

Type of mental illness or related condition	Fathers (n = 978) n (%)	Mothers (n = 1035) n (%)	Parents of either sex (n = 1083) n (%)
Oligophrenia	7 (0.7)	10 (1.0)	15 (1.4)
Epilepsy	3 (0.3)	10 (1.0)	13 (1.2)
Schizophrenia	11 (1.1)	21 (2.0)	31 (2.9)
Affective disorders (depression/mania)	46 (4.7)	92 (8.9)	129 (11.9)
Neurotic and somatoform disorders	43 (4.4)	109 (10.5)	141 (13.0)
Hyperkinetic syndrome	11 (1.1)	10 (1.0)	18 (1.7)
Dyslexia	9 (0.9)	15 (1.4)	23 (2.1)
Suicidal behavior	18 (1.8)	23 (2.2)	39 (3.6)
Substance-related disorders: alcoholism, drug abuse	186 (19.0)	72 (7.0)	224 (20.7)
Criminality	39 (4.0)	7 (0.7)	43 (4.0)
Other types of mental illness	36 (3.7)	37 (3.6)	69 (6.4)
TOTAL: All psychiatrically relevant conditions	332 (33.9)	334 (32.3)	523 (48.3)

Grundbedürfnisse nach der Konsistenztheorie (Grawe, 1998)



Parentifizierung

(Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Macfie et al., 2015)

- Übernahme von elterlichen Funktionen und Verantwortung
 - emotional vs. instrumentell
- „child as parent, spouse or peer“
- besonders dann problematisch, wenn
 - Verantwortung nicht altersgerecht ist
 - Kind eigene Bedürfnisse denen der Eltern unterordnet
 - kindliche Bedürfnisse (z.B. Spielen) vernachlässigt werden
 - Kind keine Anerkennung bekommt für die Übernahme von Aufgaben

Probleme bei Inanspruchnahme von Hilfe

(Schmid et al., 2011)

- Hilfsmöglichkeiten häufig nicht bekannt
- Hilfsmöglichkeiten ambivalent besetzt
 - wg. Vorbehalte gegenüber institutioneller Hilfe
 - wg. Ängsten vor dem Verlust des Sorgerechts
- Eltern sind in „normalen“ Elterntrainings möglicherweise überfordert

Kauai-Studie

Werner & Smith (1998)

kompletter Geburtsjahrgang 1955: 698 Kinder

201 mit ≥ 4 Risikofaktoren

z.B. elterliche Psychopathologie, Armut, Traumata, prä- und perinatale Komplikationen...

2/3

1/3

35 Jahre

negative Entwicklung, z.B.
Delinquenz, psychische und
körperliche Erkrankungen,
beruflicher Misserfolg

unauffällige Entwicklung

Kauai-Studie

Werner & Smith (1998)

- Bezugsperson außerhalb der Familie
- Teilnahme an außerschulischen Aktivitäten
- ruhiges, offenes und positives Temperament
- Mädchen: Autonomie und Verantwortungsgefühl
- Jungen: väterliches Rollenmodell und Erstgeborener

unauffällige Entwicklung

Kind- und elternzentrierte Maßnahmen

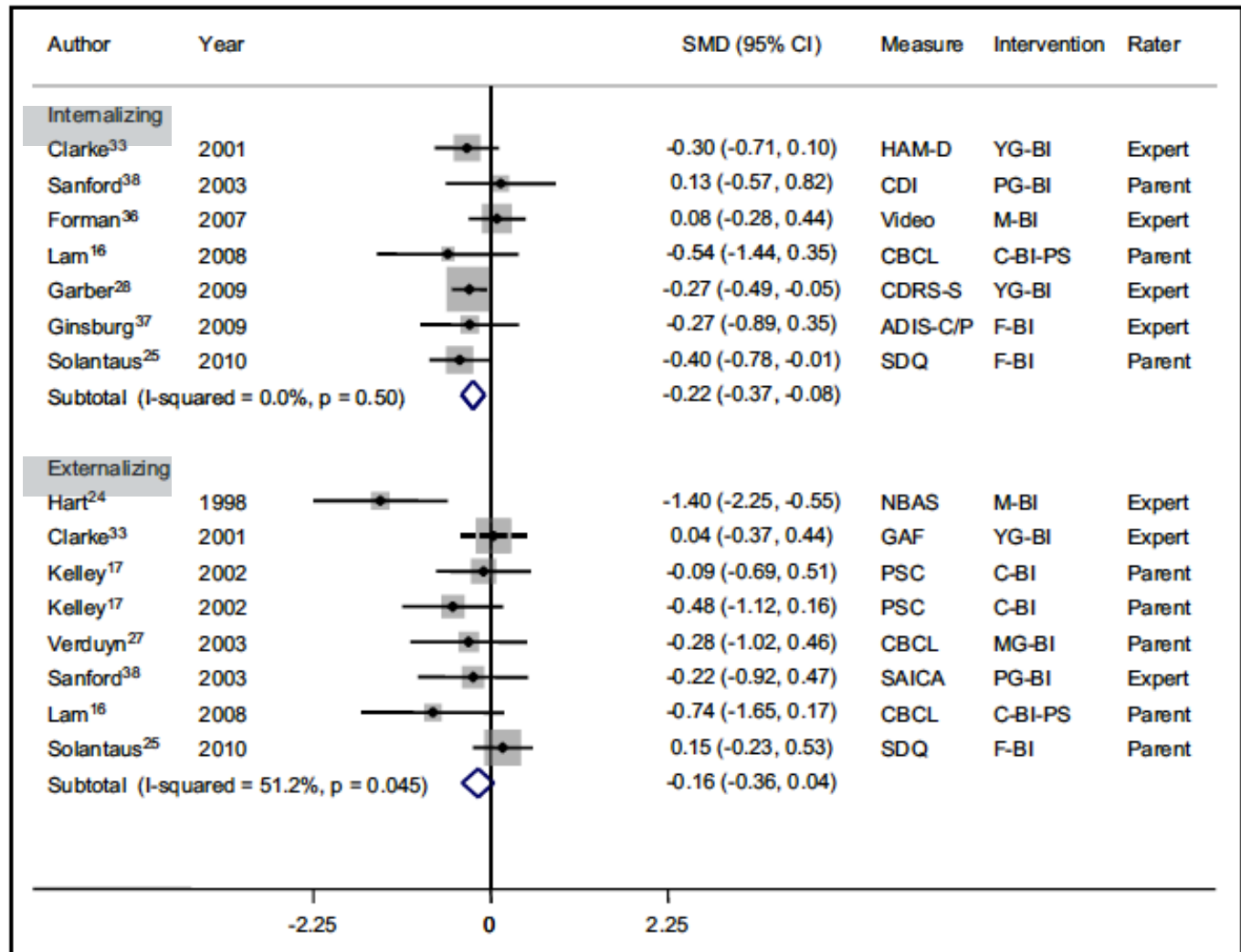
(Mattejat, 2011; Lösel & Bender, 1999)

- psychotherapeutische Behandlung der elterlichen Erkrankung
- Psychoedukation
 - Kinder müssen wissen, dass sie nicht schuld an der Erkrankung sind!
- offene Kommunikation über die Erkrankung in der Familie
- Ressourcen aktivieren
- Vernetzung und Einbezug externer Hilfen
- enge Zusammenarbeit zwischen den Institutionen, insbesondere Einbezug der Schule/Lehrkräfte
- sichere und stabile häusliche Umgebung trotz der Erkrankung des Elternteils
- Gefühl, vom kranken Elternteil geliebt zu werden

Metaanalyse zu standardisierten Programmen (Siegenthaler et al., JAAC 2012)

SMD = -0.22
 95% CI: -0.37 bis -0.08
 p = .003

SMD = -0.16
 95% CI: -0.36 bis 0.04
 p = .12



Moderatorenanalyse RCT-Studien

Christiansen, Mattejat & Röhrle (2011)

	k	prä-post	k	prä-follow up
	10	$g = 0.72$	12	$g = 0.37$
Moderator				
Depression	7	$g = 0.98$	6	$g = 0.36$
Substanzmissbrauch			4	$g = 0.34$
Manualisierung			6	$g = 0.39$
Qualität hoch			3	$g = 0.23$
Qualität mittel			6	$g = 1.12$

Von Eltern gewünschte Hilfen I

Schmid, Grieb & Kölch (2011)

- Ulmer Studie zur Versorgungssituation von Kindern stationär behandelter Eltern
 - 83 Eltern (54 Frauen, 29 Männer) mit 165 Kindern
 - 46% affektive Störungen, 27% Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, 17% substanzgebundene Störungen

Von Eltern gewünschte Hilfen II

Schmid, Grieb & Kölch (2011)

Hilfsangebote	sehr oder eher	etwas	kaum oder gar nicht
Eltern-Kind-Station	36%	46%	20%
liniknahe Betreuungsangebote	68%	5%	28%
Unterstützung durch Kinder- und Jugendpsychiater	86%	7%	7%
Elternt raining	87%	5%	9%
bessere Betreuungsangebote im heimischen Umfeld	83%	6%	11%

BMBF-Projekt COMPARE



- multizentrisches Projekt
- Ziele:
 - Untersuchung des Effekts eines Elterntrainings zusätzlich zur Behandlung der psychischen Erkrankung von Eltern
 - Überprüfung eines Modells der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen
- Start: 01.10.2017

Was machen wir?

Erstgespräch und Diagnostik

- Eltern und Kinder führen mit uns diagnostische Gespräche und füllen Fragebögen aus.

Psychotherapie

- Als Psychotherapie für die Eltern bieten wir eine kognitive Verhaltenstherapie an – eine Behandlungsform, die sehr gut überprüft ist und sich als sehr wirksam herausgestellt hat.
- Wir bieten zwei Varianten kognitiver Verhaltenstherapie an: einmal mit und einmal ohne ein zusätzliches Triple-P-Elterntraining.
- In beiden Varianten halten wir mit den Eltern individuelle Therapiesitzungen ab; in Variante 2 kommen noch 10 Sitzungen Triple-P-Training hinzu.
- Anhand von Fragebögen wird der Therapieverlauf kontinuierlich beobachtet.

Nachuntersuchungen

- Direkt und sechs Monate nach Therapieende wird der Therapieerfolg gemessen.
- Es werden dazu die gleichen Untersuchungen wie vor Therapiebeginn durchgeführt.

Kinderarmut und psychische Gesundheit

Einige Zahlen

Deutscher Kinderschutzbund e.V. (2015); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015); Paritätischer Wohlfahrtsverband (2012)

- 19.4% aller unter 18jährigen leben in relativer Einkommensarmut
 - Def.: Anteil der Personen, deren Einkommen $< 60\%$ des Medians der Einkommen der Bevölkerung (Privathaushalte) beträgt
 - Berechnung ist EU-Standard
- mit REA assoziierte Folgen
 - geringere Bildungschancen
 - schlechtere Gesundheit
 - weniger Teilhabe an sozialen Netzwerken
- anderer häufiger Indikator: Hartz IV/SGB
 - jedes 2. Kind in Hartz IV lebt in einem Alleinerziehenden-Haushalt

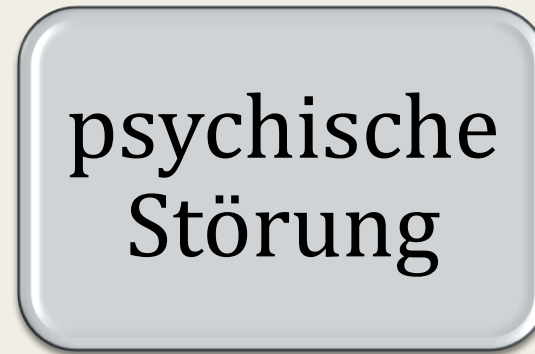
SÖS und seelische Gesundheit

Dohrenwend (1990); Bradley & Corwyn (2002)

- Forschungstrend ~ 1950-1980
 - große epidemiologische und longitudinale Studien in Israel & USA
- seither deutliche Veränderungen
 - wirtschaftliche
 - gesellschaftlich
 - Nomenklatur psychischer Störungen
- trotzdem kaum noch zentrale Fragestellung
 - wenn überhaupt Kontrolle als Kovariate
 - Fokus von sozialen zu biologischen Prädiktoren psychischer Erkrankungen

SÖS und psychische Störungen

Soziogenetische Hypothese
„social stress“



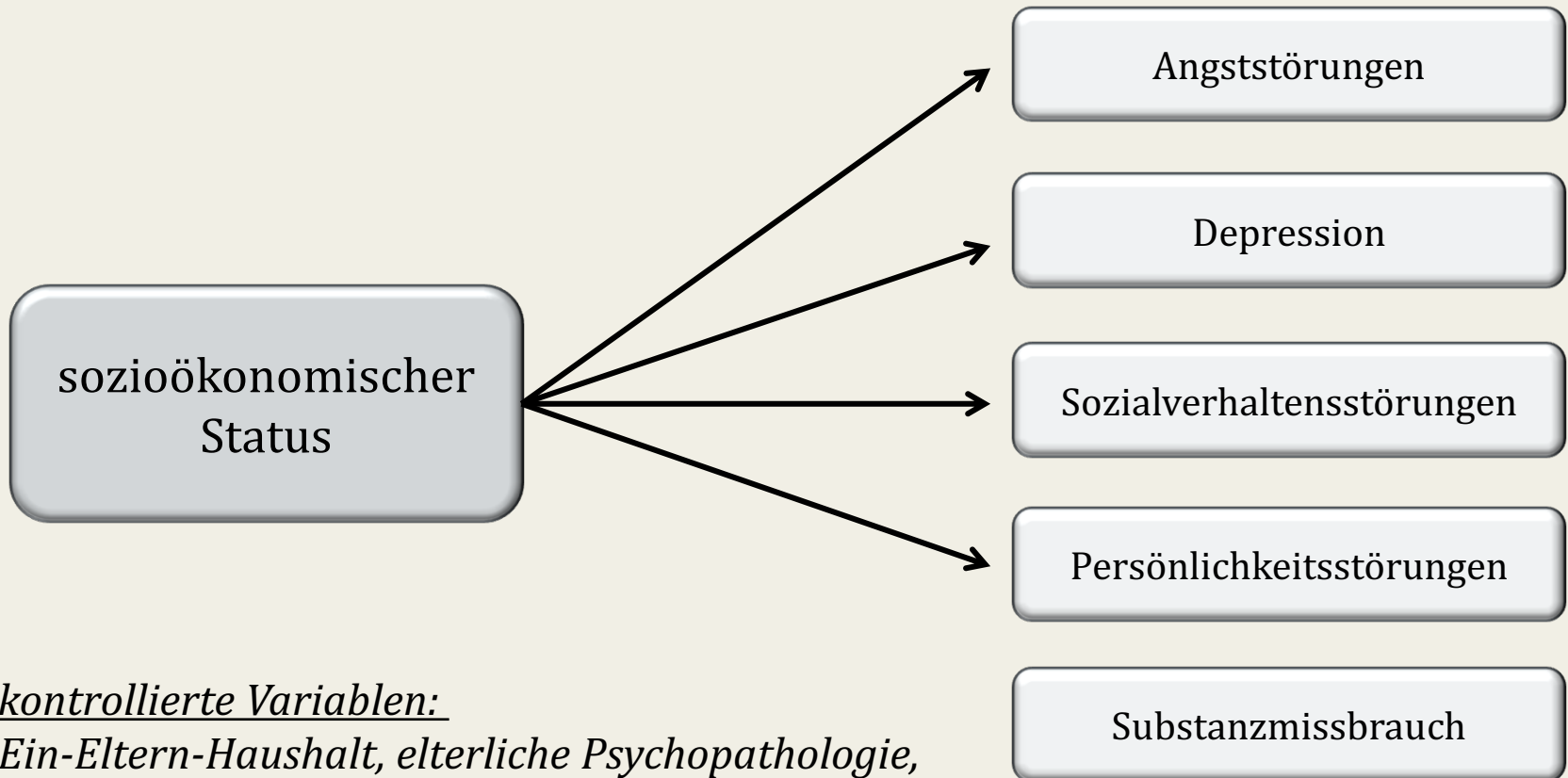
Soziale-Drift Hypothese
„social selection“

Empirie soziogenetische Hypothese

Johnson et al. (1999)

Eltern

Kinder



kontrollierte Variablen:

*Ein-Eltern-Haushalt, elterliche Psychopathologie,
Alter, Geschlecht und IQ des Kindes*

Empirie soziogenetische Hypothese

Johnson et al. (1999)

Eltern

kein High-School
Abschluss

ungelernte
Berufstätigkeit

Einkommen
≤ Armutsgrenze

OR = 2.25

OR = 3.26

OR = 3.02

Kinder

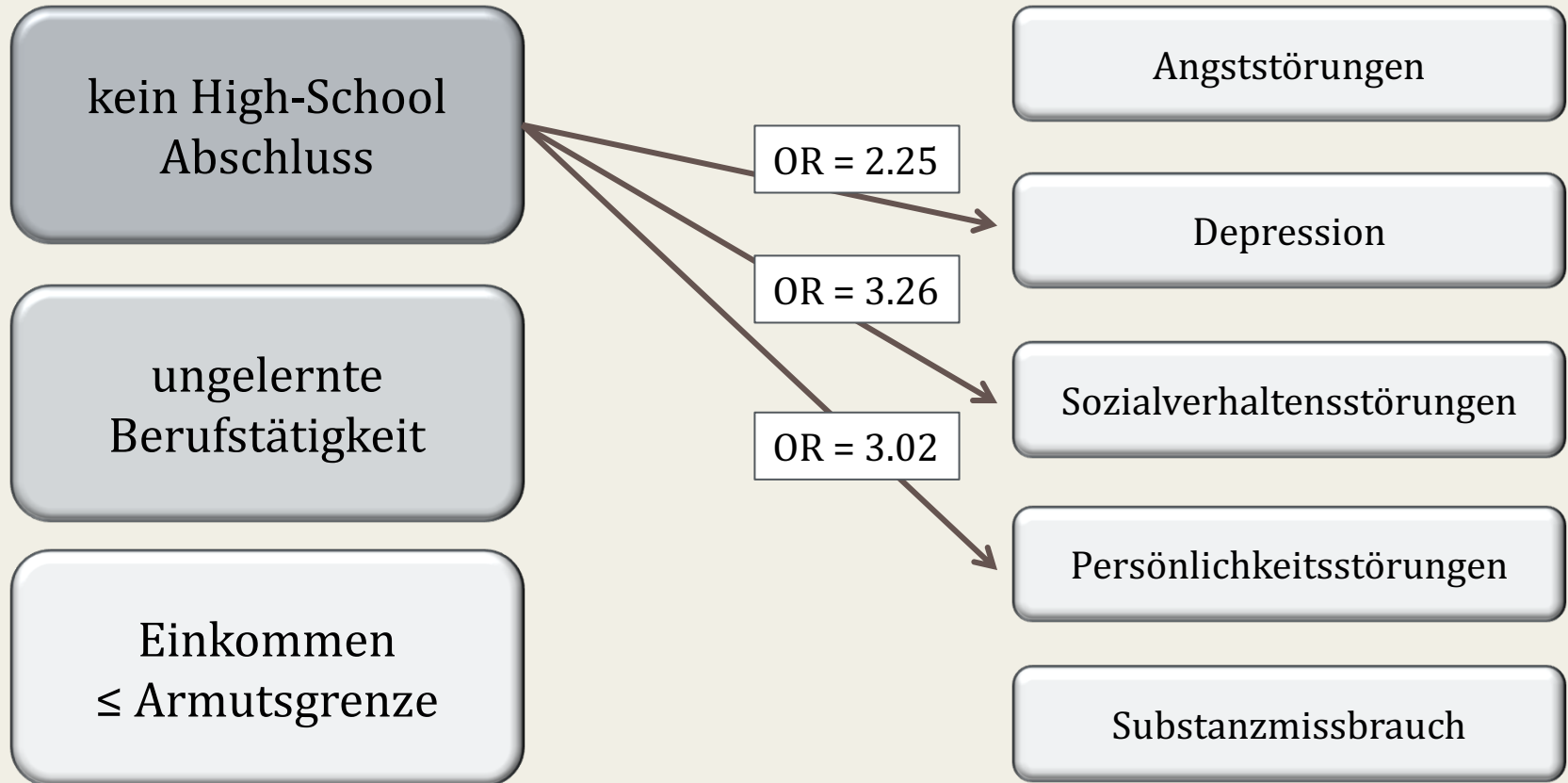
Angststörungen

Depression

Sozialverhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen

Substanzmissbrauch



Empirie soziogenetische Hypothese

Johnson et al. (1999)

Eltern

kein High-School
Abschluss

ungelernte
Berufstätigkeit

Einkommen
≤ Armutsgrenze

OR = 2.41

OR = 2.03

OR = 3.08

OR = 3.20

Kinder

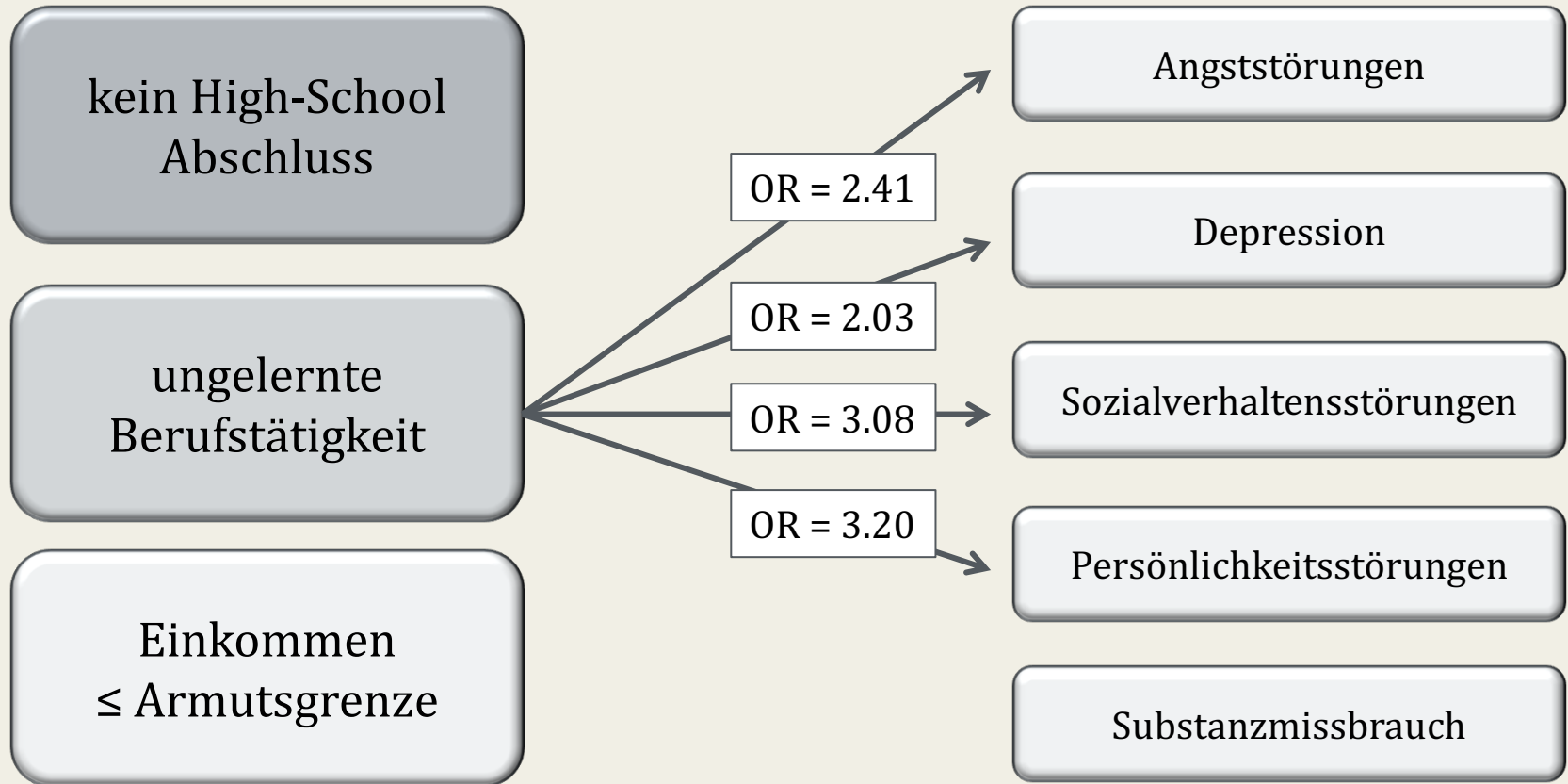
Angststörungen

Depression

Sozialverhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen

Substanzmissbrauch



Empirie soziogenetische Hypothese

Johnson et al. (1999)

Eltern

kein High-School
Abschluss

ungelernte
Berufstätigkeit

Einkommen
≤ Armutsgrenze

Kinder

Angststörungen

Depression

Sozialverhaltensstörungen

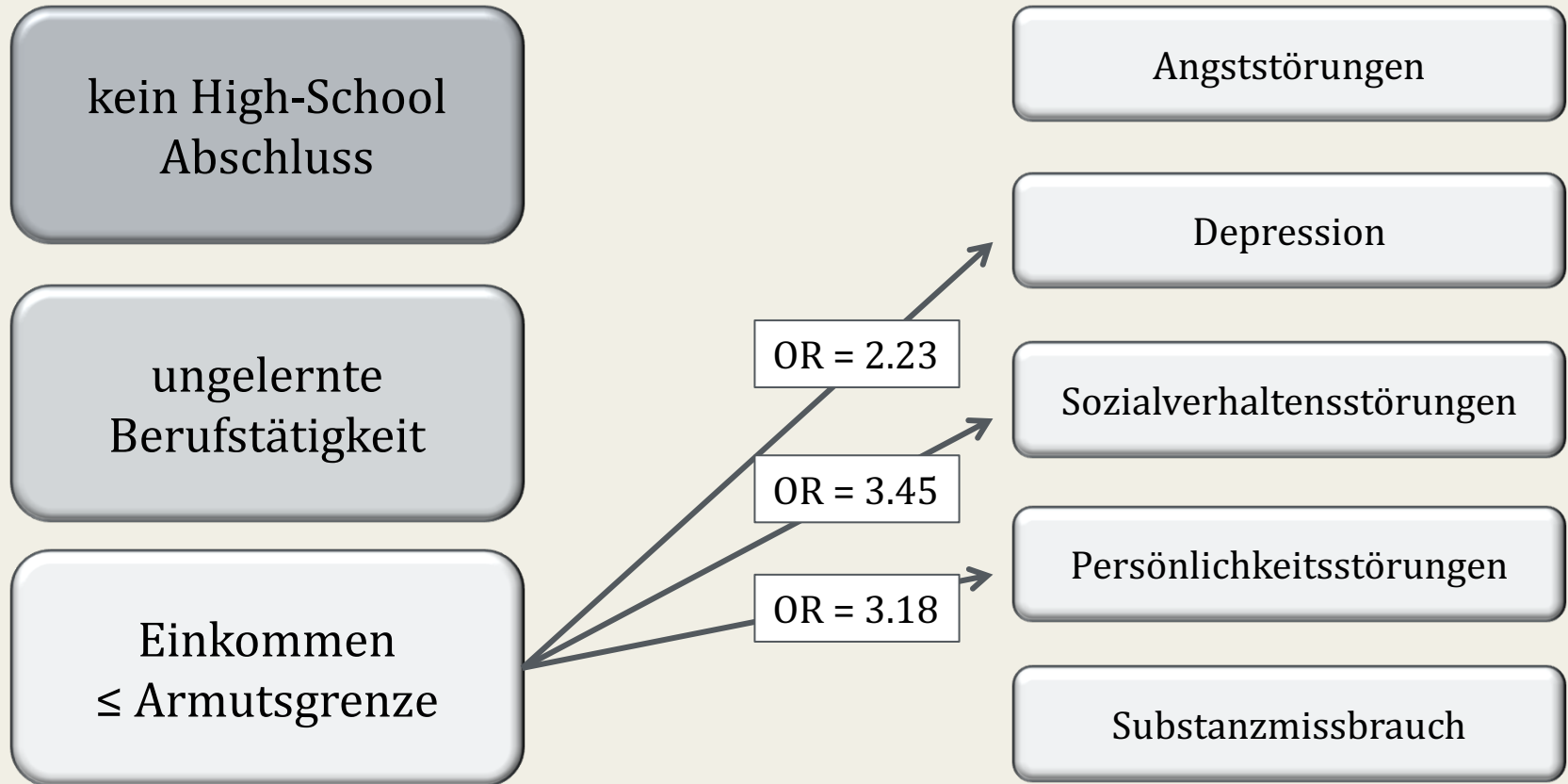
Persönlichkeitsstörungen

Substanzmissbrauch

OR = 2.23

OR = 3.45

OR = 3.18



Empirie soziale Drift Hypothese

Johnson et al. (1999)

Kinder

Angststörungen

Depression

Sozialverhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen

Substanzmissbrauch

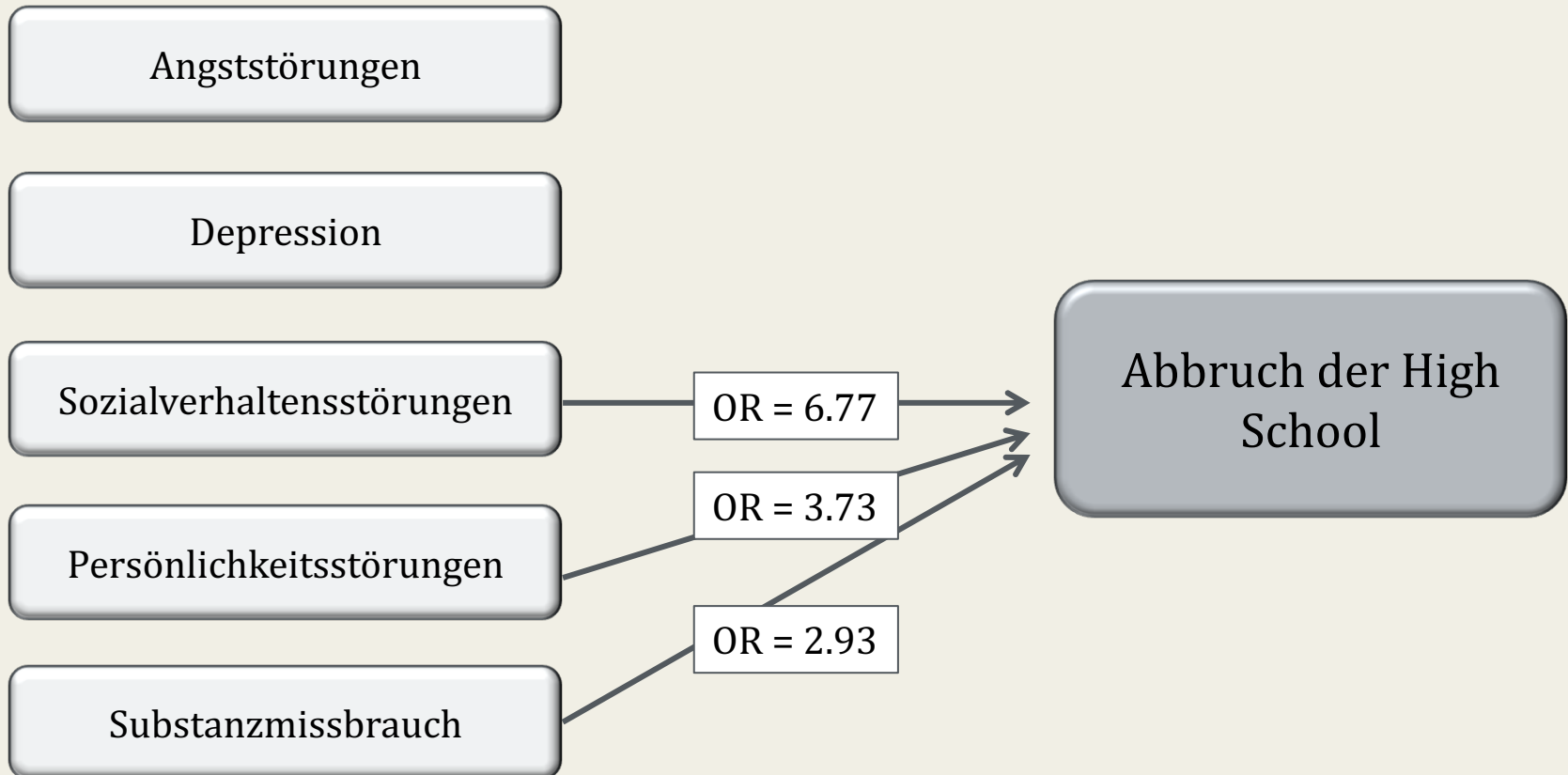
OR = 6.77

OR = 3.73

OR = 2.93

Kinder

Abbruch der High School



KiGGS-Studie Ravens-Sieberer et al. (2007)

KiGGS

N = 17.641 Kinder und Jugendliche
0-17 Jahre (2003-2006)

BELLA

N = 2.863 Kinder und
Jugendliche 7-17 Jahre

Prävalenzen

Depression:	5.4%	7.3%
Ängste:	10.0%	12.9%
ADHS:	2.2%	3.7%
SSV:	7.6%	11.3%

Moving to Opportunity (?)

Kessler et al. (2014); Ludwig et al. (2012); Fryer et al. (2013)

Kinder

- bei Randomisierung 0-8 Jahre
- nach 10-15 Jahren mit 13-19 Jahren wieder untersucht
- Response-Rate > 85%
- Jahreshaushaltseinkommen ~\$ 12.500

> 50% Armut

n = 1.430
geringe Armut
< 10%



n = 1.081
freie Wahl

n = 1.178
Kontrollgruppe

Ergebnisse Moving to Opportunity

Kessler et al. (2014); Ludwig et al. (2012); Fryer et al. (2013)

- Umzug vs. Kontrollgruppe
 - besserer körperlicher und seelischer Gesundheit der Mütter
 - kein Unterschied im Einkommen
 - kein Unterschied in der Qualität der Schule
- Effekte auf die psychische Gesundheit der Kinder
 - stark geschlechtsspezifisch!

↘ Depression (OR = 0.6)

↘ SSV (OR = 0.1)

↗ PTSD (OR = 3.4)

↗ Depression (OR = 2.2)

↗ SSV (OR = 3.1)

SÖS als Moderator-Variable

Schwenck & Reichert (2012)



planE



verhaltenstherapeutisch

modular

offene Gruppe

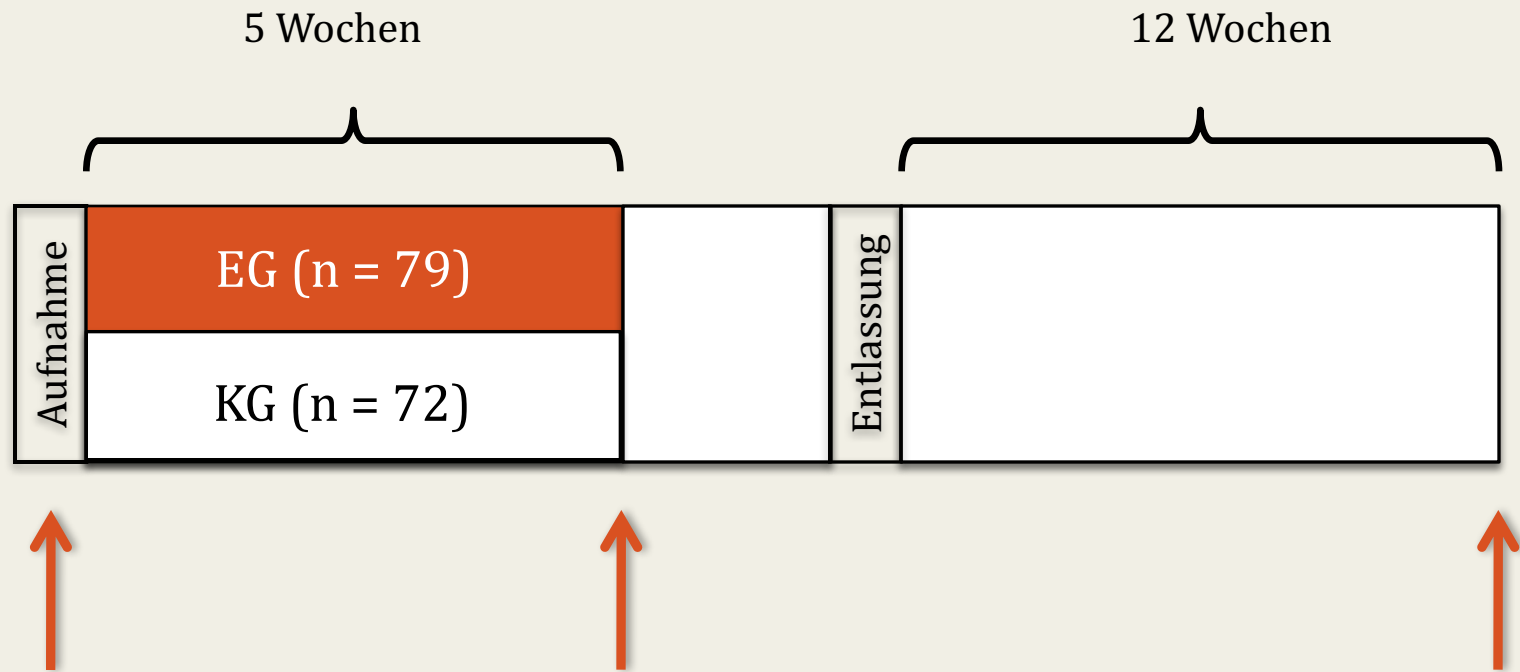
störungsunspezifisch

kompakt

stationär (und ambulant)

Evaluation Elterntraining Plan E

Schwenck, Schneider & Reichert (2016)



PRAE

POST

FOLLOW UP

Ergebnisse der Evaluation

Schwenck, Schneider & Reichert (2016)

- Effektivität:
 - stärkere Reduktion in der Experimentalgruppe bezüglich
 - der Anzahl klinisch auffälliger Kinder
 - dysfunktionaler Erziehungsmethoden
 - elterlicher Psychopathologie
- Moderatoranalyse:
 - untersuchte Moderatoren: Geschlecht des Kindes, Art der Diagnose, Anzahl der Diagnosen, elterliche Psychopathologie, IQ, Empathie der Eltern, Erziehungsstatus, Einkommen
 - Eltern mit geringem Einkommen profitieren mehr vom Elterntraining!

Zusammenfassung

- Schwierige Lebensumstände haben einen Einfluss auf psychische Gesundheit von Kindern
- Herausforderungen für Politik, Wissenschaft und klinische Praxis
- erfordert möglicherweise neue Wege
 - aufsuchende Maßnahmen
 - verpflichtende Maßnahmen
 - kooperative Maßnahmen