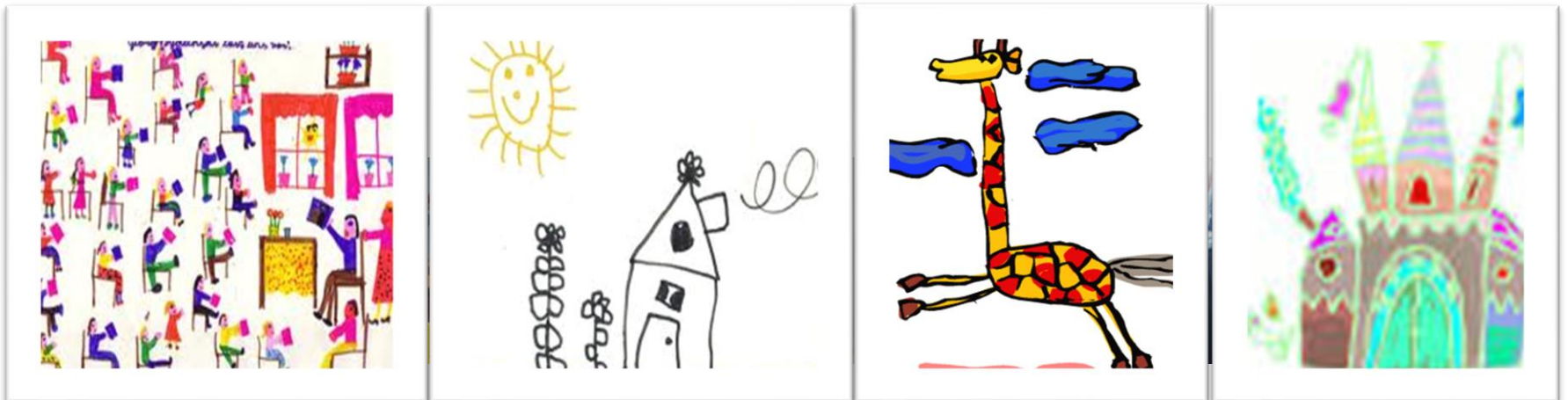


«Welche Auswirkungen haben psychiatrische Diagnosen der Eltern auf die Kinder – Wichtige Impulse für die Elternarbeit»

19. April 2024

PD Dr. med. Franziska Schlenzog-Schuster



Aufbau des Vortrages



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

Einführung



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

Einführung



- ambulanten Versorgungsbereich gehen Lenz et al. 2017 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.
 - 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-Grefe, 2012).

Einführung



- BELLA – Studie (11158 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

Einführung



- 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

Einführung



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.

Einführung



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.

Einführung



- Mütter mit Essstörungen in der Lebensspanne im Vergleich zu Müttern ohne psychiatrische Erkrankung häufiger Kinder mit Fütterschwierigkeiten haben (Micali et al. 2011b)

- Pfad wurde über mütterliche Sorgen vermittelt

- aktive Essstörung in der Schwangerschaft und lebenslange Essstörungen → Zunahme der kindlichen Fütterschwierigkeiten (Micali et al. 2011b)

Einführung



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.

Einführung



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, Jugendamt, Kinderpsychiatrie)

Einführung



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

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

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.

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



- 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-Grefe, 2017, VI).

Interventionen



Grundlegendes Vorgehen

- essentiell eine stabile Beziehung zu den Kindseltern aufzubauen → potentiellen negativen Übertragungsdynamik besonders zu hinterfragen.

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.

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).

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

Interventionen



3. Elterliche Erziehungskompetenz

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

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

Interventionen



5. Vernetzung (Quellen nutzen)

- Information aus Quellen (Arztbriefe, JA-Mitarbeiter*innen, Familienhelfer*innen, Erwachsenenpsychiater*/Therapeut*innen, Kitaberichte) einzuholen, um die Situation einschätzen zu können

6. Netzwerkaufbau

- regelmäßige Helfer*innenkonferenzen zu veranstalten (fester Zyklus)
- Kita
- Jugendamt und/oder Familienhilfe,
- Erwachsenenpsychiater*/therapeut*in des erkrankten
- hilfreiche, neue Partner*innen

Interventionen



7. Supervision und Zeitplan

- Generell benötigen die Behandlungen regelmäßige Super-
/Intervision.

Das Zugesein eines*einer Erwachsenenpsychiater*in/
Kinderpsychiater*in ist in den Teambesprechungen und Supervisionen
sehr hilfreich, um Interaktionsgeschehen besser verstehen zu können.

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

Interventionen



Therapie

1. Stützende Interventionen

- Therapeut*in die Elternliebe und die Wichtigkeit der Eltern für das - positive Interaktionen (z.B. Abgestimmtheit, geteilte Freude) spontan benennt.
- Elterliche und kindliche Ressourcen
- Etablierung einer grundlegenden Struktur (Tages-, Essensstruktur, Rituale, z.B. Schlaf), Berücksichtigung von Vorhersehbarkeit und benötigten Übergangsräumen
- Psychoedukation über eine „normale kindliche Entwicklung“
- Aufklärung über phasentypische Entwicklung (Beißen beim Stillen; Matschen; Exploration vs. Sichere Basis; Aggression muss geübt werden; ödipales Provozieren)

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.

Interventionen



- Fehlen von planbaren Haushaltsroutinen mit regulären Ess- und Zubettgehzeiten und limitierten Medienkonsum im Alter von 3 Jahren korrelierte mit niedrigerer Emotionsselfstregulation 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.

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

Interventionen



2. Elterngespräche

Manchmal werden Elterngespräche ohne das Kind als besonders hilfreich wahrgenommen, da die erkrankten Eltern ihre Aufmerksamkeit oft nicht dem Kind und der*dem Behandler*in zuwenden können und die belasteten Kinder die Bezugspersonen teils sehr eng im Kontakt benötigen. Um in Ruhe Mentalisieren und vorsichtig auch Schwieriges ansprechen zu können (sh. Punkt c) eignen sich separate Elterngespräche (z.B. Frequenz 2:1).

Interventionen



3. Schwieriges ansprechen

Inwiefern Schwieriges/Kritisches angesprochen werden kann, scheint sehr von der Übertragungsdynamik, dem Störungsbild des Elternteils und der Beziehung abhängig zu sein.

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



3. Schwieriges ansprechen

Ruhe und Transparenz zu wahren:

Die Eltern einladen/oder bis zum regelmäßigen Termin warten, sich zunächst einen eigenen Eindruck angesichts deren Verhalten machen.

Vorsichtig, unter Wahrung der Ich-Grenzen die Problematik ansprechen: „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?“ Hier wird ein Handlungsspielraum vermittelt, keine vollendete Tatsache (wie z.B. die Einberufung einer Helferkonferenz ohne vorheriges Gespräch mit dem Elternteil eine völlige Überrumpelung wäre). Im besten Fall entsteht eine gemeinsame Sorge um das Kind und eine Helferkonferenz kann angeschlossen werden.

Interventionen



4. 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 Kindeswohl gefährdet ist und die Situation folglich nicht mehr tragbar ist. Hier bedarf es dann transparente Informationen an die Eltern, damit sie wissen welches Vorgehen von ihnen erwartet wird, um eine Inobhutnahme zu verhindern.

Interventionen



5. Verlaufsbegleitung

- nach der dichten Therapiephase – Beginn der Verlaufsbegleitung beginnt kann es zu Unzuverlässigkeit kommen, da die Eltern uns als gutes Objekt möglicherweise innerlich nicht gut halten können. Deshalb ist Folgendes hilfreich:

Hausbesuche

Kontinuierliche Begleitung durch dieselben Personen (auch JA, Familienhilfe)



5. Verlaufsbegleitung

- nach der dichten Therapiephase – Beginn der Verlaufsbegleitung beginnt kann es zu Unzuverlässigkeit kommen, da die Eltern uns als gutes Objekt möglicherweise innerlich nicht gut halten können. Deshalb ist Folgendes hilfreich:

- Genaue Dokumentation von Ausfällen/Absagen, damit man nicht selbst in die negative Dynamik kommt Ausfälle allein den Eltern anzulasten (abgesagt vs. nicht erschienen, Ausfall von unserer Seite)
- Beibehalten von verlässlichen Helferkonferenzen zur Sichtung der installierten Maßnahmen und deren Wirksamkeit mit Anwesenheit des fallführenden Therapeuten unserer Klinik (mindestens aller 6 Monaten)

Interventionen



5. Verlaufsbegleitung

- Helferkonferenzen (mindestens alle 6 Monate) stattfinden, um den Prozess zu besprechen. In der Erfahrung hat sich besonders das 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? Sollte es auch regelmäßige Termine mit dem Vormund geben, der ja alles in der Hand hat?

Interventionen



5. 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.

Interventionen



5. 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.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Fragen unter Franziska.SchlensoSchuster@upd.ch

