

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. T. Fűrmiss -

**Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster**

**Erste Daten und Ergebnisse über Eltern als
psychiatrische Patienten und Eltern als
Begleitpersonen**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur
Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Diepgrond, Jan

aus Bonn

- 2010 -

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Schmitz

1.Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. T. Fürniss

2.Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft

Tag der mündlichen Prüfung: 23.08.2010

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. T. Fűrnis -
Referent: Univ.-Prof. Dr. T. Fűrnis
Koreferent:

Zusammenfassung

Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster Erste Daten und Ergebnisse über Eltern als psychiatrische Patienten und Eltern als Begleitpersonen

Jan Diepgrond

Im Rahmen einer Erstevaluation war es Ziel dieser Arbeit, soziodemographische Daten über die erwachsenen Begleitpersonen und Patienten zusammenzufassen und auszuwerten. Es soll ein erster Überblick über Behandlungsbedarf und -erfolge der erwachsenen Begleitpersonen und Patienten der Familientagesklinik Münster gegeben, und es werden weitere mögliche Zusammenhänge, die Gegenstand neuer Studien sein könnten, erläutert.

Es wurden Patientenakten aus einem Zeitraum von 1997 bis 2004 ausgewertet. Als Teil klinischer Diagnostik kamen ein selbst entwickelter Fragebogen zur Selbsteinschätzung des Behandlungserfolges für die erwachsenen Patienten, die Symptom Checkliste SCL-90-R und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) zum Einsatz. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS. Es wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzen bestimmt.

Es wurden Daten von insgesamt 249 Erwachsenen erhoben, davon waren 216 Frauen und 33 Männer. Die demographischen Basisdaten waren sehr homogen und lagen nicht signifikant unter oder über dem Bundes- oder Landesdurchschnitt (NRW) oder dem Durchschnitt der münsteraner Bevölkerung. Die Auswertung unseres selbst entwickelten Fragenbogens (n=168) ergab bei 68,4% der Patienten nach Entlassung eine mäßige bis deutliche Besserung des psychischen Zustands, lediglich 14,3% der Patienten gaben keine Besserung an. Für 56 Erwachsene lagen Ergebnisse des BDI vor. Zum Zeitpunkt der Aufnahme lag der BDI bei einem Mittelwert von 13,7 und damit im Bereich der milden Ausprägung depressiver Symptome. Nach Abschluss der Behandlung lag der BDI mit einem Mittelwert von 6,5 im Normalbereich. Die Änderung war hochsignifikant ($p < 0,01$). Für 60 Erwachsene lagen Ergebnisse der Symptom Checkliste SCL-90-R vor. Die T-Scores des Global Severity Index (GSI) und der Items für Depressivität und Aggressivität des SCL-90-R senkten sich hochsignifikant ($p < 0,01$) von 61,0 bzw. 62,0 / 62,2 auf 49,6 bzw. 50,8 / 52,2.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Therapie psychisch kranker Eltern, die als erwachsene Patienten mit eigener psychiatrischer Diagnose in der Familientagesklinik aufgenommen und behandelt wurden, zu einer signifikanten Besserung der psychischen Störungen führt. Es sind jedoch weitere Studien notwendig um diese Ergebnisse zu erhärten und auch langfristige Therapieerfolge zu dokumentieren.

Tag der mündlichen Prüfung: 23.08.2010

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Einleitung | 1 |
| 2. | Psychische Störungen bei Erwachsenen | 3 |
| 2.1. | Postpartale und später auftretende Depressionen bei Müttern | 5 |
| 2.2. | Postpartale Depressionen und die kindliche Entwicklung | 5 |
| 2.3. | Das Kind als Faktor | 8 |
| 3. | Behandlung psychisch kranker Eltern in der Familientagesklinik | |
| 3.1. | Die Familientagesklinik als Therapieoption | 10 |
| 3.2. | Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster | 11 |
| 3.3. | Fragestellung | 13 |
| 4. | Material und Methodik | 14 |
| 4.1. | Patientenakte | 14 |
| 4.2. | SCL-90-R | 15 |
| 4.3. | Beck-Depressions-Inventar (BDI) | 17 |
| 4.4. | Auswertung | 18 |
| 5. | Ergebnisse | 19 |
| 5.1. | Patientenkinder und Begleitpersonen | 19 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.2. | Geschlechterverteilung der Erwachsenen | 19 |
| 5.3 | Altersverteilung der Erwachsenen | 19 |
| 5.4 | Soziodemographische Basisdaten | 20 |
| 5.4.1 | Familienstand | 20 |
| 5.4.2 | Schul- und Berufsausbildung | 22 |
| 5.4.3 | Staatsangehörigkeit und Herkunftsland | 23 |
| 5.5. | Diagnosen | 24 |
| 5.6. | Behandlung | 25 |
| 5.6.1. | Behandlungsdauer | 25 |
| 5.6.2. | Zustand nach Entlassung | 26 |
| 5.6.3 | Testergebnisse | 28 |
| 6. | Diskussion | 33 |
| 6.1. | Diskussion des methodischen Vorgehens | 33 |
| 6.2 | Diskussion und Interpretation der Ergebnisse | 35 |
| 6.2.1 | Diskussion der soziodemgraphischen Daten | 35 |
| 6.2.2. | Diskussion der psychologischen Testergebnisse | 37 |
| 6.3.2. | Ausblick auf zukünftige Studien in der Familientagesklinik | 38 |
| | Literatur | 42 |
| | Danksagung | 49 |
| | Lebenslauf | 50 |

1. Einleitung

Der Entwicklung und Erziehung von Kindern wird in letzter Zeit, z.B. in den Medien, immer mehr Interesse entgegen gebracht. Zunehmend scheinen Anpassungsstörungen zu beobachten zu sein. Glaubt man den Darstellungen, erscheint es für Eltern immer schwerer, mit ihren Kindern und deren Erziehung zu Recht zu kommen. In einigen dieser Fälle liegen tatsächlich psychische Störungen der Kinder oder auch der Eltern vor, die einer Therapie bedürfen. Da psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern in der Regel mehrere Ursachen haben, ist ein mehrdimensionales Vorgehen in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation erforderlich. Um den vielfältigen Ursachen psychischer Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter gerecht zu werden, ist eine Zusammenarbeit von Ärzten mit Psychologen, Pädagogen, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Musik- und Kunsttherapeuten erforderlich. Solche Therapien können ambulant oder in schwerwiegenden Fällen auch stationär durchgeführt werden. Die Familientagesklinik (FTK) bietet hingegen ein teilstationäres Behandlungsmodell an, bei dem auch die Familien eines betroffenen Kindes in die Therapie einbezogen werden und parallel behandelt werden können, falls dies ihrerseits medizinisch erforderlich sein sollte.

Das Konzept der Familientagesklinik wird bisher in Deutschland als Modellprojekt in Viersen, Dresden, Hamburg und Münster erprobt (Scholz, Asen, Gantchev, Schell, & Süß, 2002) und ermöglicht die ambulante bzw. teil-

stationäre Behandlung und Patientenbetreuung über mehrere Stunden (bis max. 24 Stunden). Der Grundgedanke dabei ist, dass Kinder mit psychischen Störungen zusammen mit ihren Familien behandelt werden können. Einer der Vorzüge dieser Art der Therapie ist, dass so auch eventuelle psychische Störungen der Eltern mitbehandelt werden können.

Dies ist insofern wichtig, als dass viele Forschungsergebnisse darauf hinweisen, dass psychiatrische Störungen bei Eltern mit einem erhöhten Risiko für psychologische Problem und Entwicklungsstörungen bei ihren Kindern einhergehen (Goodman & Gotlib, 1999).

Australische Forscher konnten zeigen, dass mütterliche Depressionen neben Disharmonie der Eltern und sozialer Isolation ein bedeutender, ursächlicher Faktor für psychische Störungen der Kinder sind (Sanders et al., 2000). In einer longitudinalen Studie mit über 900 Mutter-Kind-Paaren von Schreier et al. 2008 ergaben sich sehr deutliche Hinweise, dass dies auch auf Angststörungen zutrifft.

Die Auswirkungen väterlicher Depressionen auf die Entwicklung der Kinder sind bisher wenig untersucht (Kane & Garber, 2004), aktuelle Studien (Ramchandani et al., 2008; 2009) zeigen jedoch, dass auch Kinder depressiver Väter ein erhöhtes Risiko für Verhaltens- und Entwicklungsstörungen zeigen. Weitere Studien laufen bereits.

2. Psychische Störungen bei Erwachsenen

In der Erwachsenenpsychiatrie sind die am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen bipolare Störungen, Schizophrenien, Drogen- und Alkoholmissbrauch, Angststörungen und Depressionen. Das erste Auftreten liegt für diese Erkrankungen in den meisten Fällen zwischen 18 und 35 Jahren (Ramchandani et al., 2009)

Die Depression ist ein großes, weltweites Gesundheitsproblem. Es ist die viertgrößte Ursache für Arbeitsunfähigkeit weltweit und es wird geschätzt, dass bis 2020 die Depression an zweiter Stelle hinter kardiovaskulären Erkrankungen stehen wird (Murray & Lopez, 1997).

Bei Frauen werden depressive Episoden in etwa doppelt so oft diagnostiziert wie bei Männern (Blazer et al., 1994; Wilhelm et al., 2003).

Die Depression wird zu den affektiven Störungen gezählt. Im gegenwärtig verwendeten Klassifikationssystem psychischer und anderer Erkrankungen (ICD 10) lautet die Krankheitsbezeichnung depressive Episode oder rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung. Dabei bleibt offen, ob die Krankheit reaktiv, neurotisch oder endogen entstanden ist. Die Diagnose wird allein nach Symptomen und Verlauf gestellt. Die Krankheit ist charakterisiert durch die Symptomverbindung von Stimmungseinengung, Antriebshemmung, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Um die Diagnose reproduzierbar zu gestalten wird in der klinischen Routine üblicherweise das Klassifikationssystem des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* in der Version IV (*DSM-IV*) verwendet.

Alle zu Beginn dieses Abschnittes genannten Erkrankungen können Eltern betreffen. Die Depression ist aber die umfassendsten untersuchte psychiatrische Erkrankung hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Eltern und ihre Kinder.

Die meiste Aufmerksamkeit galt und gilt hierbei der mütterlichen, insbesondere der postpartalen, Depression. So ergab eine Suche in PubMed etwa 2500 Artikel über mütterliche Depression gegenüber etwa 500 über väterliche (Ramchandani et al., 2009).

2.1. Postpartale und später auftretende Depressionen bei Müttern

Generell sind postpartale Stimmungsschwankungen mit depressiven Verstimmungen und Reizbarkeit physiologisch und nicht therapiebedürftig („Heultage“). Sie treten bei 50-70% der Mütter in den ersten Tagen nach der Entbindung auf. Bei 8-25% der Frauen kann es während der ersten zwei Wochen nach der Entbindung zu einer Behandlungsbedürftigkeit kommen. Innerhalb von 3-6 Monaten kommt es aber häufig zu einer Spontanremission und nur in wenigen schweren Fällen kann die Depression bis zu mehreren Jahren post partum andauern und ist durch eine ausgeprägte emotionale Labilität gekennzeichnet.

Die geschätzten Prävalenzen schwanken erheblich und es werden Raten zwischen 5% (Wickberg-Johansson et al., 1996) und 28% (Hobfoll et al., 1995) angegeben. Eine Metaanalyse von O'Hara und Swain 1996 ergab eine durchschnittliche Prävalenz von 13%. 2001 ermittelten Kurtjens und Wolke dagegen eine Prävalenz von lediglich 3,3%.

Pathogenetisch werden biologische Faktoren wie die plötzliche Hormonumstellung nach der Schwangerschaft diskutiert. Die Ergebnisse hinsichtlich der Veränderungen der Östrogen- und Progesteronspiegel sind jedoch nicht signifikant. Auch der Einfluss geburtshilflicher Komplikationen führte zu keiner Erhöhung des Risikos für die Entwicklung einer postpartalen Depression. Die Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen wie Alter, Beruf, Familienstand, soziale Schicht und Schulbildung sind meist gering (Cooper et al., 1988). Besonders häufig waren allerdings Erstgebärende betroffen (75%). Nachgewiesen werden konnte auch, dass eine familiäre Belastung bzw. Prädisposition hinsichtlich psychischer Erkrankungen das Risiko für eine postpartale wie auch eine Depression allgemein erhöht. Das Rezidivrisiko steigt nach erstmaligem Auftreten bei nachfolgenden Entbindungen um 30 – 50% (Hegerl & Hoff, 2003).

Kritische Lebensereignisse, mangelnde soziale Unterstützung in und nach der Schwangerschaft oder Partnerkonflikte sind als signifikante Prädiktoren der postpartalen Depression identifiziert worden (O'Hara & Swain, 1996). Des Weiteren legen empirische Daten einen Zusammenhang zwischen sog. Life Stress und dem Auftreten bzw. Wiederauftreten von Depressionen nahe (z.B. Brown & Harris, 1978, 1989; Shrout et al., 1989; Paykel, 2001).

2.2. Postpartale Depressionen und die kindliche Entwicklung

Studien über gesunde Mutter-Kind-Beziehungen haben schon früh gezeigt, dass (Klein-) Kinder hochgradig sensibel auf ihr zwischenmenschliches Umfeld reagieren (Murray, 1988). Es liegt also nahe, dass postpartale Depressionen durch ihre Beeinflussung des mütterlichen zwischenmenschlichen Verhaltens die normale Interaktion des Kindes mit der Mutter stören und somit einen negativen Effekt auf die kindliche Entwicklung haben. Bei bis zu 80% der Kinder depressiver Mütter, von Kleinkindern bis hin zu Jugendlichen, finden sich Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Störungen (Hammen, 1991).

Mehrere Studien zeigten, dass sich das mütterliche Verhalten im Kontext postpartaler Depression deutlich von dem gesunder Mütter unterscheidet. Hinsichtlich der sog. Face-to-face-Interaction konnten vier verschiedene Verhaltensmuster identifiziert werden. Eines der vier Verhaltensmuster ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die depressiven Mütter in ihrem Verhalten gegenüber den Kindern kaum von gesunden Müttern unterscheiden. Nur in diesem Fall waren die Kinder der depressiven Mütter nicht von einer gesunden Kontrollgruppe zu unterscheiden (Murray, 1995). Zwei repräsentative Studien konnten ebenfalls zeigen, dass depressive Mütter, verglichen mit gesunden, emotional negativer und weniger sensibel im Umgang mit ihren Kindern sind. Eine amerikanische und zwei britische Studien fanden heraus, dass postpartal depressive Mütter insgesamt mehr Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen der Kindererziehung hatten als gesunde Mütter (Murray, 1994).

Es konnte gezeigt werden, dass es eine signifikante Relation zwischen dem Ausmaß mütterlicher Depression und einer verzögerten bzw. schlechteren motorischen und geistigen Entwicklung, Zurückgezogenheit und Reizbarkeit gibt (Galler et al., 2000; Lyons-Ruth et al., 1986; Murray et al., 1997).

Bereits 2 Monate alte Säuglinge übernehmen die negativen Verhaltens- und Interaktionsmuster ihrer Mütter (Cohn et al., 1990; Field et al., 1990).

Auch im späteren Kindesalter weisen diese Kinder signifikant höhere Raten an emotionalen Problemen auf. So war in einer aktuellen Studie das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung bei Kindern postpartal depressiver Mütter 4-fach erhöht, verglichen mit den Kindern psychisch gesunder Mütter (Pawlby et al., 2008).

Murray und Cooper fanden 1996, dass es keinen Zusammenhang zwischen den Verhaltensstörungen 18 Monate alter Kinder und ihren körperlichen bzw. psychischen Eigenschaften als Neugeborene gibt, diese jedoch signifikant durch postpartale Depressionen prädiziert werden konnten. Die Kinder schnitten zudem in kognitiven Tests signifikant schlechter ab. Eine Londoner Studie beobachtete diesen Effekte noch im Alter von 4-5 Jahren (Sharp et al., 1995).

Man kann also sagen, dass sich die kindliche Entwicklung im Kontext mütterlicher Depressionen auffallend von der von Kindern gesunder Mütter unterscheidet.

Es gibt jedoch deutliche Hinweise, dass es mehr die Qualität der Interaktion als die Exposition gegenüber den Symptomen per se ist, welche über die weitere

Entwicklung entscheidet. Murray konnte zeigen, dass sich das Abschneiden bei kognitiven Tests von Kindern im Alter von 9 und 18 Monaten relativ genau aus der Interaktion zwischen Müttern und ihren Kindern 2 Monate nach der Geburt vorhersagen lässt. Die Bedeutung der Interaktion übertrifft hierbei die Effekte der Depression deutlich (Murray et al., 1993).

2.3. Das Kind als Faktor

Field et al. (1988) konnten zeigen, dass Kinder depressiver Mütter das gestörte und veränderte Verhalten auch in ihrer Interaktion gegenüber nicht depressiven Frauen übernahmen. Diese Kinder zeigten ebenfalls mehr Anspannung und Stress bei psychologischen Untersuchungen als nicht verhaltensauffällige Kinder, auch wenn diese unabhängig von der Mutter untersucht wurden (Whiffen & Gotlib, 1989).

Es konnte sogar beobachtet werden, dass das Verhalten gesunder Mütter im Umgang mit diesen Kindern dem depressiver Mütter sehr ähnelte (Field et al., 1988).

Eine prospektive Studie von Murray bestätigt die Hypothese, dass kindliche Faktoren einen wichtigen Einfluss auf die mütterliche Psyche haben (Murray, 1994). Hier konnte gezeigt werden, dass eine durch neurologische und psychologische Tests bestätigte, verzögerte motorische Entwicklung und gesteigerte Reizbarkeit bei Neugeborenen das Risiko der Mütter eine Depression zu entwickeln signifikant erhöhte.

Es gibt Hinweise, dass die Störungen in der Mutter-Kind-Kommunikation, die mit einer Depression einhergehen, bestehen bleiben, auch wenn die Symptome

der Depression abgeklungen sind. 19 Monate post partum unterscheidet sich die Mutter-Kind-Kommunikation von immer noch depressiven Müttern nicht von der in Remission befindlicher Mütter (Stein et al., 1991).

Auch deshalb liegt die Vermutung nahe, dass auch das kindliche Verhalten einen entscheidenden Einfluss auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind hat.

3. Behandlung psychisch kranker Eltern in der Familientagesklinik

3.1. Die Familientagesklinik als Therapieoption

Es liegt somit der Schluss sehr nahe, dass es eine bidirektionale Beziehung zwischen mütterliche Depressionen und kindlichen Verhaltensstörungen gibt (Feske et al., 2001).

Elternteile erholen sich umso schlechter von einer Depression, wenn sie verhaltensauffällige Kinder haben. Gleichzeitig führt eine erfolgreiche Therapie der elterlichen Depression nicht zwangsläufig zu einer Besserung der kindlichen Verhaltensstörungen (Billing & Moos, 1985) oder der Mutter-Kind-Interaktion (Stein et al., 1991).

Eine kontrollierte Studie zum kurz- und langfristigen Effekt einer psychologischen Therapie der postpartalen Depression zeigte, dass eine frühe Intervention kurzfristig (Kontrolle 18 Monate nach der Geburt) zu einer Besserung der Mutter-Kind-Beziehung und der kindlichen Verhaltensstörungen führt. Die Behandlung hatte aber keinen signifikanten Effekt auf das kindliche Outcome nach 5 Jahren.

Gerade unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig mit dem Konzept der Familientagesklinik eine Therapiemöglichkeit zu bieten, die umfassend und flexibel an die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und nicht isoliert an die elterliche oder kindliche Störung angepasst ist und somit für die Prävention langfristiger mütterlicher und kindlicher Probleme einen großen Beitrag leisten kann.

Bisherige Therapieformen boten schon die Behandlung von Kindern in Tageskliniken an, bei denen die Kinder täglich betreut wurden und zusammen mit den Eltern zusätzlich ein- bis zweimal monatlich Familiengespräche durchgeführt wurden (Arsen, 1992). Eine Therapie ist immer zeitlich begrenzt, während Eltern die intensivste und emotional stärkste Bindung zu ihren Kindern haben. Das Ziel der FTK ist es daher, Eltern für die spezifischen Interaktions-/Beziehungsstörungen zu sensibilisieren, Lösungsansätze gemeinsam zu erarbeiten, aber die Entscheidung für Verhaltensänderungen den Familien selbst zu überlassen (Scholz et al., 2002). Im Gegensatz dazu wird bei der klassischen individuenbezogenen Behandlung, auch bei begleitender Familientherapie, die Verantwortung für das Kind dem Therapeuten überlassen, da das praktische Übungsfeld für die Familie fehlt, wodurch auch Abschiebe- und Ausstoßungstendenzen resultieren können.

In Familientageskliniken wird den Eltern ermöglicht, häufig starre Interaktions- und Beziehungsmuster durch verschiedene therapeutische Techniken, z. B. durch Videofeedback, im unmittelbaren Umgang miteinander zu ändern.

Diese therapeutischen Prozesse betreffen dabei nicht nur das psychisch gestörte Kind, sondern beziehen sich auf die ganze Familie (Scholz et al., 2002).

3.2. Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster

Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster (FTK Münster) wurde 1997 als erstes teilstationäres psychiatrisches Behandlungssetting in Deutschland für Kinder im Alter von 0 - 7 Jahren und deren Familien gegründet. Sie bietet pro Tag 10 Behandlungsplätze, die von den kleinen Patienten und deren Familien an zwei bis drei Tagen in der Woche in Anspruch genommen werden. Behandelt werden Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder und deren Eltern.

In der FTK Münster werden psychisch gestörte Kinder zusammen mit den Eltern als Familie behandelt. Auch Geschwisterkinder können in die Therapie mit einbezogen werden, unabhängig davon ob bei ihnen psychiatrische Störungen vorliegen. In der Regel wird keine Einzeltherapie eines Kindes durchgeführt.

Voraussetzung für die Aufnahme in die FTK ist die Einweisungsdiagnose eines Kindes von 0 – 7 Jahren einer Familie. Eltern oder Begleitpersonen benötigen selbst keine Einweisung, unterziehen sich jedoch ebenfalls einem psychologischen Screening, so dass eventuelle Erkrankungen oder Störungen erkannt und simultan mittherapiert werden können. Die Angehörigen, die ein Kind mit Einweisungsdiagnose begleiten, also z.B. Elternteile oder Geschwister, werden im Folgenden als Begleitpersonen bezeichnet.

Sollte auch bei ihnen eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung oder Störung beim Screening festgestellt werden, so dass sie ebenfalls selbsttherapiert werden müssen, werden auch sie als Patienten bezeichnet.

Von einer Behandlung in der FTK ausgeschlossen werden Patienten mit ausgeprägten geistigen Behinderungen, mit akuten oder chronischen Psychosen sowie schweren affektiven Störungen, die einer stationären psychiatrischen Behandlung bedürfen.

Die Behandlung erfolgt ganztägig an 2 oder 3 Tagen pro Woche (2er- oder 3er-Block). Die Einteilung in einen der Blöcke erfolgt nicht aufgrund der Schwere der Erkrankung oder der Notwendigkeit zur Therapie, sondern aufgrund sozialer Aspekte wie Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln, Entfernung des Wohnortes und Abkömmlichkeit der Eltern vom Arbeitsplatz.

3.3. Fragestellung

Im Rahmen einer Erstevaluation war es Ziel dieser Arbeit soziodemographische Daten über die erwachsenen Begleitpersonen und Patienten zusammen zu fassen und auszuwerten. Zusätzlich wird anhand des Beck-Depressions-Inventar (BDI) und der Symptom Checkliste SCL-90-R als Teil der klinischen Diagnostik, insbesondere unter Berücksichtigung der genannten Zusammenhänge zwischen affektiven Störungen der Eltern und den Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder, ein erster Überblick über Behandlungsbedarf und -erfolge der erwachsenen Begleitpersonen und Patienten der Familientagesklinik Münster gegeben, und es werden weitere mögliche Zusammenhänge, die Gegenstand neuer Studien sein könnten, erläutert.

4. Methodik

Daten über die Patienten der Familientagesklinik und deren Begleiter aus einem Zeitraum von 1997 bis 2004 wurden durch die Auswertung von Patientenakten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gewonnen. Die statistische Auswertung wurde mit SPSS Vers. 13 für Windows durchgeführt.

4.1. Patientenakte

Von jedem Patienten und dessen Begleitern wurden demographische Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstatus sowie Herkunft und sozialer Hintergrund erfasst. Jeder Akte wurde ein Terminblatt beigelegt, welchem man die Gesamtdauer der Behandlung, die Anzahl der Behandlungstage und das Behandlungsschema im 2- oder 3-Tagesblock (entspricht der Anzahl der Behandlungstage pro Woche) entnehmen konnte. Anhand der Arztbriefe - bei mehreren vorliegenden Arztbriefen war der aktuelle Entlassungsbrief aus der Familientagesklinik maßgeblich - wurden somatische und psychiatrische Diagnosen nach ICD-10, Angaben zu Schwangerschaft und Geburt des Kindes, Daten zu somatischen und psychiatrischen Vorerkrankung der entsprechenden Person bzw. seiner Eltern/Großeltern und die Medikation mit Psychopharmaka und anderen Medikamenten aufgenommen.

Speziell für die Kinder wurden umfangreiche Daten aus verschiedenen vorliegenden, teils auswärts durchgeführten, Entwicklungs- und Intelligenztests, aus vom Betreuer ausgefüllten Fragebögen zur biologischen und psychosozialen

Risikobelastung (siehe Anhang) sowie Dokumentationen des psychischen Befunds erhoben.

Die erwachsenen Begleitpersonen füllten zu Beginn und zum Abschluss der Behandlung zwei standardisierte Fragebögen zur Selbsteinschätzung aus, den SCL-90-R und das Beck-Depressions-Inventar, welche im Einzelnen erläutert werden.

4.2. SCL-90-R

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R ist ein weltweit sehr häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Symptombelastung. In der durchgeführten Studie wurde die deutsche Version der SCL-90-R von Franke (1995) verwendet. Die SCL-90-R besteht aus 90 Items, welche verschiedene psychische und körperliche Beschwerden beschreiben. Auf einer 5-stufigen Rating-Skala, die von 0 bis 4 reicht, sollten die Probanden angeben, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter diesen Beschwerden gelitten haben. Die Ziffer 0 entspricht hierbei der Beschreibung „überhaupt nicht“, die Ziffer 4 „sehr stark“.

Es werden folgende 9 Skalen berechnet, in welche 83 der 90 Items eingehen. Die übrigen 7 Items stellen separat auswertbare Zusatzfragen dar.

- Somatisierung (SOM): einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Beschwerden (12 Items).
- Zwanghaftigkeit (ZWA): leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit (10 Items).

- Unsicherheit im Sozialkontakt (UNS): leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit (9 Items).
- Depressivität (DEP): Traurigkeit bis hin zur schweren Depression (13 Items).
- Ängstlichkeit (ÄNG): körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst (10 Items).
- Aggressivität/Feindseligkeit (AGG): Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (6 Items).
- Phobische Angst (PHO): leichtes Gefühl der Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst (7 Items).
- Paranoides Denken (PAR): Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken (6 Items).
- Psychotizismus (PSY): mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose. (10 Items).

Zusätzlich werden drei globale Kennwerte berechnet: Die globale psychische Belastung erfasst der GSI (Global Severity Index; Summe der Item-Rohwerte/90 – Anzahl missing data). Der PST (Positive Symptom Total) gibt die Anzahl der Symptome an, bei denen eine Belastung vorliegt (Anzahl der Items mit einem Rohwert > 0). Eine Aussage über die Intensität der Antworten lässt der PSDI (Positive Symptom Distress Index; Summe der Itemroherte/PST) zu. In der folgenden Auswertung soll zur Bestimmung der grundsätzlichen psychischen Belastung zu Beginn und zum Abschluss der Therapie der GSI heran gezogen werden. Zusätzlich werden noch die einzelnen Skalen in ihrer

Ausprägung zu Beginn und zum Abschluss der Therapie miteinander verglichen (vgl. Hessel et al., 2001).

4.3. Beck-Depressions-Inventar (BDI)

„Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik“ (Hautzinger et al., 1994). Es ist die weltweit am häufigsten verwendete Selbstbeurteilungsskala zur Erfassung depressiver Symptomatik.

Das BDI wurde 1996 einer Revision (BDI-II) unterzogen mit dem Ziel, ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der Depressionsschwere, orientiert an den Depressionskriterien nach DSM-IV, verfügbar zu haben (Hautzinger et al., 2006).

Das BDI umfasst 21 Itemgruppen, die sich jeweils auf einen Bereich depressiver Symptomatik beziehen und jeweils vier Aussagen beinhalten, die nach steigendem Schweregrad geordnet sind. Der Patient wählt das Item aus der Itemgruppe aus, das sein Befinden am besten beschreibt.

Im Einzelnen handelt es sich um diese Bereiche:

A – Traurigkeit, B – Pessimismus, C – Versagen, D – Unzufriedenheit, E – Schuldgefühle, F – Strafwünsche, G – Selbsthass, H – Selbstanklagen, I – Suizidimpulse, J – Weinen, K – Reizbarkeit, L – Soziale Isolation, M – Entschlussunfähigkeit, N – Negatives Körperbild, O – Arbeitsunfähigkeit, P – Schlafstörungen, Q – Ermüdbarkeit, R – Appetitverlust, S – Gewichtsverlust, T –

Hypochondrie, U – Libidoverlust

Die Item-Stufen sind jeweils mit 0 bis 3 gekennzeichnet, die Beantwortung erfolgt durch Auswahl der Aussage, die auf den gegenwärtigen Zustand des Probanden am ehesten zutrifft. Hieraus ergeben sich Summenwerte von 0 bis 63: Werte unter 11 gelten als unauffällig, Werte zwischen 11 und 17 weisen auf eine milde Ausprägung depressiver Symptome hin und Werte über 18 sind klinisch relevant.

4.4. Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS. Für die einfachen soziodemographischen Daten wurden Mittelwerte, Standardabweichung und Signifikanzniveaus bestimmt. Korrelationen zwischen Test- bzw. Untersuchungsergebnissen wurden mit Signifikanztests auf Unabhängigkeit mit dem Chi-Quadrat-Test bzw. bei teilweise kleinen Stichproben mit dem Exakten Test nach Fischer bestimmt. Bei den Werten für den BDI und SCL-90-R wurden T-Tests durchgeführt und die Signifikanz über multivariate Tests geprüft.

5. Ergebnisse

5.1. Patientenkinder und Begleitpersonen

Im Untersuchungszeitraum wurden die Daten von 218 Familien erhoben. Diese Familien setzten sich aus 316 Kindern im Alter von 0 bis 9 Jahren und 249 Erwachsenen, den Eltern oder Begleitpersonen, im Alter von 23 bis 54 Jahren zusammen. Von den Kindern wurden 285 als Patienten behandelt, 31 waren Begleitperson. 182 (63,9%) der Patientenkinder waren männlich, 103 (36,1%) weiblich; von 31 Begleitkindern waren 11 (35,5%) männlich und 20 (64,5%) weiblich.

Von den 249 Eltern wurden 164 (65,9%) selbst als Patienten in der Klinik behandelt, 85 (34,1%) waren als elterliche Begleitperson eines behandlungsbedürftigen Kindes in der Klinik.

5.2. Geschlechterverteilung der Erwachsenen

Von den Erwachsenen waren 216 (86,7%) weiblich und 33 (13,3%) männlich, dabei handelte es sich um 215 Mütter, 31 Väter, einen Stief- und einen Pflegevater sowie eine Großmutter. Von den erwachsenen Patienten waren 152 (92,7%) weiblich und 12 (7,3%) männlich. Bei den erwachsenen Begleitpersonen waren 64 (75,3%) weiblich und 21 (24,7%) männlich.

5.3. Altersverteilung der Erwachsenen

Das Durchschnittsalter der Erwachsenen betrug 34,4 Jahre (SD: \pm 5,4 Jahre). 66,4% waren zwischen 27 und 39 Jahre alt. Die jüngsten Erwachsenen waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 23 Jahre alt. Die weiblichen Personen waren im

Durchschnitt mit 34,0 Jahren (SD: $\pm 5,1$ Jahre) 2,9 Jahre jünger als die männlichen Personen mit 36,9 Jahren (SD: $\pm 6,7$ Jahre). Das Durchschnittsalter der erwachsenen Patienten betrug 34,0 Jahre (SD: $\pm 5,3$ Jahre), das der Begleitpersonen 35,1 Jahre (SD: $\pm 5,6$ Jahre).

Im Jahr 2004 lag das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt des ersten Kindes in Deutschland bei 29,6 Jahren (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004). Unter Berücksichtigung des Durchschnittsalters der Kinder von 3 Jahren und 4 Monaten liegt das Alter der Mütter in der Familienklinik mit jetzt durchschnittlich 34,0 Jahren zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes mit im Mittel 30 Jahren und 8 Monaten etwas über dem oben genannten Durchschnittsalter.

5.4. Soziodemographische Basisdaten

5.4.1 Familienstand

Von 249 Elternteilen konnte bei 179 (71,9%) eine Aussage zum Familienstand gemacht werden. In 143 Fällen (79,9%) waren die biologischen Eltern verheiratet bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebend, in 36 Fällen (20,1%) waren sie geschieden bzw. getrennt lebend.

Bei 153 Elternteilen handelte es sich um Mütter, deren Familienstand ermittelt werden konnte. 123 (80,4%) Mütter waren verheiratet und lebten mit ihrem Ehepartner zusammen, 6 (3,9%) waren verheiratet aber getrennt lebend, 12 (7,8%) waren ledig, 10 (6,5%) waren geschieden und 2 (1,3%) waren verwitwet.

Von den 30 nicht mit einem Ehepartner zusammen lebenden Müttern konnte bei 28 (93,3%) ermittelt werden, ob diese mit einem Partner zusammen lebten: Dies war bei 8 (28,6%) Müttern der Fall.

Bei 143 Elternteilen handelte es sich um Väter, deren Familienstand ermittelt werden konnte. Von ihnen waren 125 (87,4%) verheiratet und lebten mit ihrem Ehepartner zusammen, 3 (2,1%) waren verheiratet aber getrennt lebend, 6 (2,4%) waren ledig, 8 (3,2%) waren geschieden und einer (0,4%) war verwitwet.

Von den 18 nicht mit einem Ehepartner zusammen lebenden Vätern konnte bei 13 (72,2%) ermittelt werden, ob diese mit einem Partner zusammen lebten: Dies war bei 7 (53,8%) Vätern der Fall.

Die Daten entstammen 218 Familien mit insgesamt 249 begleitenden Elternteilen, 190 (76,3%) Erwachsene leben in Zwei-Eltern-Familien und 42 (16,9%) sind allein erziehend (Ein-Eltern-Familien), in 17 (6,8%) Fällen können keine Angaben gemacht werden. Bezogen auf die gültigen Angaben von 232 Elternteilen sind 18,1% allein erziehend. Im Vergleich dazu waren Mai 2003 in Deutschland 15% (Quelle: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 216, 12.05.2004), in Münster 22,3% (Quelle: Statistisches Amt Münster, 2008) der Eltern allein erziehend. Insofern liegen die Daten aus der Familientagesklinik in etwa in der Mitte zwischen dem gesamtdeutschen und dem münsteraner Durchschnitt.

Bei 152 untersuchten Kindern konnte das Verhältnis zu ihren Müttern ermittelt werden: Es hatten 148 (97,4%) leibliche Mütter, 2 (1,3%) Stief- und 2 (1,3%) Pflegemütter.

Das Verhältnis zu ihren Vätern konnte in 138 Fällen angegeben werden: 131 (94,9%) hatten leibliche Väter, 3 (1,2%) Stief- und 2 (0,8%) Pflegeväter. Bei einem Vater (0,4%) war das untersuchte Kind das seiner Partnerin und ein Vater (0,4%) war verstorben.

5.4.2 Schul- und Berufsausbildung

Des Weiteren wurden Schul- und Berufsausbildung der Elternteile untersucht. Bei 91 Müttern wurden Daten über die Schulbildung ermittelt. 7 (7,7%) Mütter besaßen keinen Schulabschluss, 23 (25,3%) einen Hauptschulabschluss, 24 (26,4%) einen Realschulabschluss, 5 (5,5%) die Fachhochschulreife, 26 (28,6%) hatten Abitur, in 9 (6,6%) Fällen lagen keine Aussagen zur Schulbildung vor. Insgesamt besaßen von 82 Müttern, bei denen Angaben zur Schulausbildung vorlagen, 75 (91,5%) einen Schulabschluss.

Bei der Schul- und Berufsausbildung konnte von 60 Vätern Folgendes ermittelt werden: 1 (1,7%) Vater ging noch zur Schule, 6 (10%) Väter besaßen keinen Schulabschluss 17 (28,3%) einen Hauptschulabschluss, 6 (10%) einen Realschulabschluss, 1 (1,7%) die Fachhochschulreife, 23 (38,3%) hatten Abitur, in 6 (10%) Fällen lagen keine Aussagen zur Schulbildung vor. Insgesamt besaßen von 54 Vätern, bei denen Angaben zur Schulausbildung vorlagen, 47 (87%) einen Schulabschluss.

Bezüglich der Berufsausbildung konnten bei 136 Müttern Daten ermittelt werden: 1 (0,7%) Mutter befand sich noch in der Ausbildung bzw. im Studium, 31 (22,8%) Mütter hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung, 87 (64,0%)

eine abgeschlossene Lehre, 2 (1,5%) waren auf einer höheren Handelschule, 3 (2,2%) waren FH- und 11 (8,1%) Hochschulabsolventinnen. Bei einer Mutter konnte keine Angabe gemacht werden. Von 135 Müttern, bei denen Angaben zur Berufsausbildung vorlagen, hatten also 102 (75,5%) eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Bei 131 Vätern konnten bezüglich der Berufsausbildung folgende Daten ermittelt werden: 2 (1,7%) Väter befanden sich noch in der Ausbildung bzw. im Studium, 17 (14,4%) hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung, 72 (61,0%) eine abgeschlossene Lehre, 6 (1,5%) waren auf einer Meisterschule / Betriebsakademie, 4 (3,4%) waren FH- und 16 (13,6%) Hochschulabsolventen. Bei einem Vater konnte keine Angabe gemacht werden. Von 130 Vätern, bei denen Angaben zur Berufsausbildung vorlagen, hatten demzufolge 111 (85,4%) eine abgeschlossene Berufsausbildung.

5.4.3. Staatsangehörigkeit und Herkunftsland

Zur Staatsangehörigkeit der Elternteile konnte bei 184 (73,9%) von 249 Personen eine Aussage gemacht werden. Davon hatten 174 (94,6%) die deutsche Staatsbürgerschaft, 3 (1,6%) waren EU-Ausländer und 7 (3,8%) waren Nicht-EU-Bürger. Der Ausländer-Anteil liegt mit 5,4% deutlich unter dem Durchschnitt für NRW von 10,7% (Quelle: Statistisches Bundesamt, 09/06) und ebenfalls unter dem münsteraner Durchschnitt von 7,4% (Quelle: Jahresstatistik der Stadt Münster 2007). Der Unterschied hierbei ist jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0,07$ für NRW und $p=0,17$ für Münster).

Bezüglich des Herkunftslandes lagen bei 160 Müttern Angaben vor: 142 (88,8%) kamen aus Deutschland, 10 (6,25%) aus Ost-Europa, 2 (1,25%) aus Balkanländern, 2 (1,25%) aus anderen europäischen Staaten, 2 (1,25%) aus der Türkei und 4 (2,5%) aus Asien.

Bei 137 Vätern konnte das Herkunftsland angegeben werden: 121 (88,3%) kamen aus Deutschland, 8 (5,8%) aus Ost-Europa, 4 (2,9%) aus Balkanländern, 1 (0,7%) aus anderen europäischen Staaten, 3 (2,1%) aus der Türkei, 2 (1,5%) aus Asien und 1 (0,7%) aus Amerika.

5.5. Diagnosen der Eltern

Bei insgesamt 109 von 249 (43,8%) wurde eine Anpassungsstörung gemäß ICD-10 F43.X diagnostiziert. Ein möglicher Zusammenhang zwischen Anpassungsstörungen eines Elternteils und Anzahl seiner Kinder wurde zusätzlich untersucht. Unter den 145 Erwachsenen mit nur einem Kind wiesen 37,9% eine Anpassungsstörung auf, bei den 104 Elternteilen mit mehr als einem Kind lag der Anteil bei 51,9%.

Bei 31 von 249 (12,4%) Elternteilen lag eine affektive Störung gemäß ICD-10 F.3X.x vor. Ein möglicher Zusammenhang zwischen Anpassungsstörungen eines Elternteils und Anzahl seiner Kinder wurde zusätzlich untersucht. Unter den 145 Erwachsenen mit nur einem Kind wiesen 13,0% eine affektive Störung auf, bei den 104 Elternteilen mit mehr als einem Kind lag der Anteil bei 11,5%.

Weitere psychiatrische Diagnosen der F-Klassifizierung nach ICD-10 fanden sich jeweils nur vereinzelt und entziehen sich einer systematischen Auswertung.

Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Anpassungsstörung bei den Eltern und der Anzahl der Kinder erwies sich im Chi-Quadrat-Test als signifikant ($p < .05$).

Bezüglich der affektiven Störungen ergab sich in den Chi-Quadrat-Tests, einschließlich Exakter Test nach Fisher, kein signifikanter Zusammenhang zwischen Anzahl der Kinder bzw. Anzahl der Kinder in Behandlung.

5.6. Behandlung

5.6.1. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer wurde in Behandlungstagen und Behandlungswochen angegeben, wobei in Blöcken von 2 oder 3 Tagen pro Woche therapiert wurde. Sie betrug dabei 1 bis 112 Tage bzw. 1 bis 44 Wochen. 184 von 216 (85,2%) Elternteilen, bei denen Angaben vorlagen, führten die Behandlung bis zum Ende fort, 32 (14,8%) brachen die Behandlung ab. Als Gründe für einen Behandlungsabbruch wurden Verlegungen in andere Kliniken, teils aufgrund der Verschlechterung der psychischen Situation der Mutter, teils aufgrund körperlicher Erkrankungen der Kinder, sowie Entlassung gegen ärztlichen Rat angegeben. Die Einteilung in einen der Blöcke erfolgt nicht aufgrund der Schwere der Erkrankung oder der Notwendigkeit zur Therapie, sondern aufgrund sozialer Aspekte wie Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln, Entfernung des Wohnortes und Abkömmlichkeit der Eltern vom Arbeitsplatz.

Bei 222 Elternteilen liegen Angaben zu den Behandlungstagen vor: Die Behandlungsdauer betrug bei ihnen im Mittel 39,26 Tage (SD: 23,15 Tage).

Hiervon wurden 88 (39,6%) Elternteile an 2 Tagen pro Woche (2er-Block) und 95 (42,8%) Elternteile im 3er-Block behandelt. 39 (17,6%) Elternteile waren keinem festen Behandlungsblock zuzuordnen, nachfolgend als unregelmäßige Blockzugehörigkeit bezeichnet. Die Elternteile im 2er-Block wurden im Mittel 31,72 Tage (SD: 14,51 Tage) behandelt, die Elternteile des 3er-Blocks wurden 49,16 Tage (SD: 26,19 Tage) therapiert. Elternteile mit unregelmäßiger Blockzugehörigkeit wurden 32,15 Tage (SD: 22,57 Tage) behandelt.

Bei 218 Elternteilen liegen Angaben zu den Behandlungswochen vor: Die Behandlungsdauer betrug bei ihnen im Mittel 17,43 Wochen (SD: 8,73 Wochen).

Hiervon wurden 86 (39,4%) Elternteile im 2er-Block, 95 (43,6%) Elternteile im 3er-Block sowie 37 (17,0%) Elternteile mit unregelmäßiger Blockzugehörigkeit behandelt. Die Elternteile im 2er-Block wurden im Mittel 17,51 Wochen (SD: 7,52 Wochen) behandelt, die Elternteile des 3er-Blocks wurden 18,07 Wochen (SD: 9,47 Wochen) therapiert. Elternteile mit unregelmäßiger Blockzugehörigkeit wurden 15,57 Wochen (SD: 9,33 Wochen) behandelt.

5.6.2. Zustand nach Entlassung

Bei 168 Elternteilen lagen nach Abschluss der Behandlung Angaben zum subjektiven Behandlungserfolg vor. Die Elternteile wurden befragt wie sich nach ihrer Einschätzung ihr psychischer Zustand durch die Behandlung gebessert

hat. Bei 24 (14,3%) Elternteilen hatte sich der Zustand durch die Behandlung nicht gebessert, bei 29 (17,3%) war der Zustand leicht, bei 53 (31,5%) mäßig und bei 63 (36,9%) deutlich gebessert (Abb. 5-1).

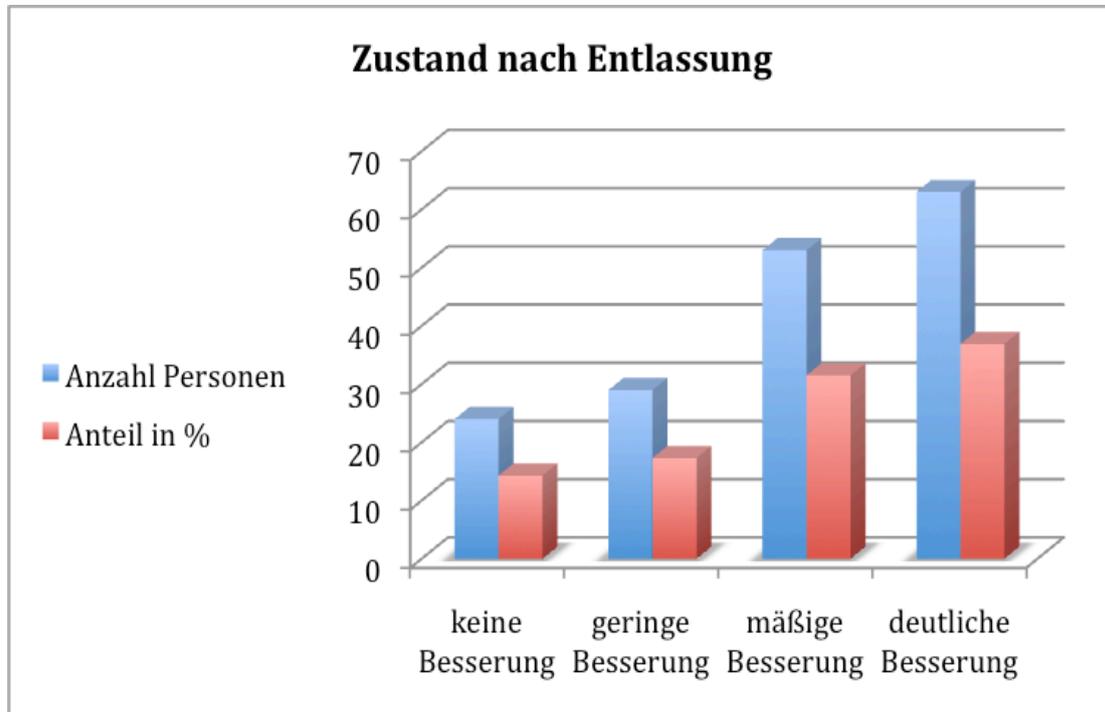


Abb. 5-1 Zustand nach Entlassung; n=168

Diese Veränderungen wurden wiederum in Bezug zur Behandlungsblockeinteilung gesetzt:

Von den 168 Elternteilen wurden 77 (45,8%) Elternteile im 2er-Block therapiert; von ihnen ergab sich bei 6 (7,8%) Elternteilen keine, bei 14 (18,2%) Elternteilen eine leichte, bei 24 (31,1%) Elternteilen eine mäßige und bei 33 (42,9%) Elternteilen eine deutliche Besserung ihres Zustandes.

60 (35,7%) Elternteile wurden im 3er-Block behandelt; dabei ergab sich bei 8 (13,3%) Elternteilen keine, bei 9 (15,0%) Elternteilen eine leichte, bei 19

(31,7%) Elternteilen eine mäßige und bei 24 (40,0%) Elternteilen eine deutliche Besserung.

Bei den 31 (18,5%) Elternteilen, die keinem Block zuzuordnen waren, ergaben sich bei 10 (32,2%) Elternteilen keine, bei 6 (19,5%) Elternteilen eine leichte, bei 10 (32,2%) Elternteilen eine mäßige, und bei 5 (16,1%) Elternteilen eine deutliche Besserung.

5.6.2. Psychische Belastung der Eltern

Bei 56 Elternteilen wurde bei der Aufnahme zur Beurteilung der individuellen psychischen Belastung der BDI und bei 60 Elternteilen der SCL-90-R erhoben. Zum Zeitpunkt der Entlassung wurde bei 47 Elternteilen der BDI und bei 43 Elternteilen der SCL-90-R erhoben. Als Teil des SCL-90-R soll hier als Kennwert der Global Severity Index (GSI) angegeben werden. Die Testergebnisse von BDI und SCL-90-R zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

5.6.3. Ergebnisse des Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der BDI der Elternteile lag zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 13,82 (SD: 9,11).

Von den Elternteilen, bei denen bei Aufnahme der BDI erhoben wurde, waren 54 (96,4%) Frauen und 2 (3,6%) Männer. Die Mütter erreichten im Mittel einen BDI von 13,94 (SD: 9,21), die Väter einen BDI von 10,50 (SD: 6,36).

32 der 56 Eltern (57,1%) wurden als Patienten behandelt, 24 (42,9%) kamen als Begleitpersonen. Unter den erwachsenen Patienten konnte ein mittlerer BDI

von 15,59 (SD: 7,94) ermittelt werden, bei den erwachsenen Begleitpersonen lag der BDI im Mittel bei 11,46 (SD: 10,16).

Zum Zeitpunkt der Entlassung betrug der BDI der Erwachsenen 6,94 (SD: 6,37). Darunter waren 43 (91,5%) Mütter und 4 (8,5%) Väter. Der BDI der Mütter betrug 7,49 (SD: 6,37), der BDI der Väter 1,00 (SD: 1,41).

Die Aufteilung in erwachsene Patienten und erwachsene Begleitpersonen ergab zum Zeitpunkt der Entlassung Folgendes: Der BDI der Patienten betrug 6,91 (SD: 5,43), der BDI der Begleitpersonen 6,96 (SD: 7,27) (Abb. 5-2).

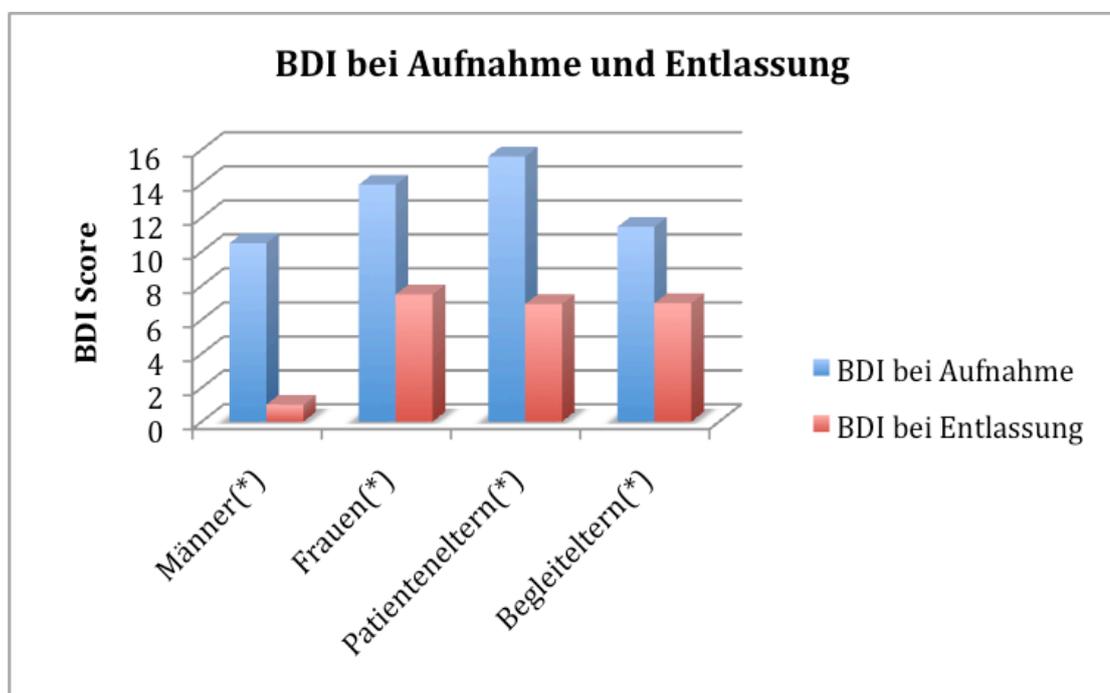


Abb. 5-2 BDI-Score bei Aufnahme und Entlassung, getrennt nach Geschlecht und Status; BDI = Beck-Depressions-Inventar; Werte über 11 sind pathologisch; (*) = $p > 0,01$

5.6.4. Ergebnisse der Symptom Checkliste SCL-90-R

Der GSI der Elternteile lag zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 61,17 (SD: 13,67).

Von den Elternteilen, bei denen bei Aufnahme der GSI des SCL-90-R erhoben wurde, waren 58 (96,7%) Frauen und 2 (3,3%) Männer. Die Mütter erreichten

im Mittel einen GSI von 61,45 (SD: 13,66), die Väter einen BDI von 53,00 (SD: 15,56).

34 der 60 Eltern (56,7%) wurden als Patienten behandelt, 26 (43,3%) kamen als Begleitpersonen. Unter den erwachsenen Patienten konnte ein mittlerer GSI von 65,59 (SD: 10,85) ermittelt werden, bei den erwachsenen Begleitpersonen lag der GSI im Mittel bei 55,38 (SD: 14,97).

Zum Zeitpunkt der Entlassung betrug der GSI der Erwachsenen 46,91 (SD: 12,73). Darunter waren 41 (95,3%) Mütter und 2 (4,7%) Väter.

Der GSI der Mütter betrug 47,37 (SD: 12,76), der GSI der Väter 37,50 (SD:10,61).

Die Aufteilung in erwachsene Patienten und erwachsene Begleitpersonen ergab zum Zeitpunkt der Entlassung Folgendes. Der GSI der Patienten betrug 51,51 (SD:13,24), der GSI der Begleitpersonen 43,22 (SD: 11,30) (Abb. 5-3).

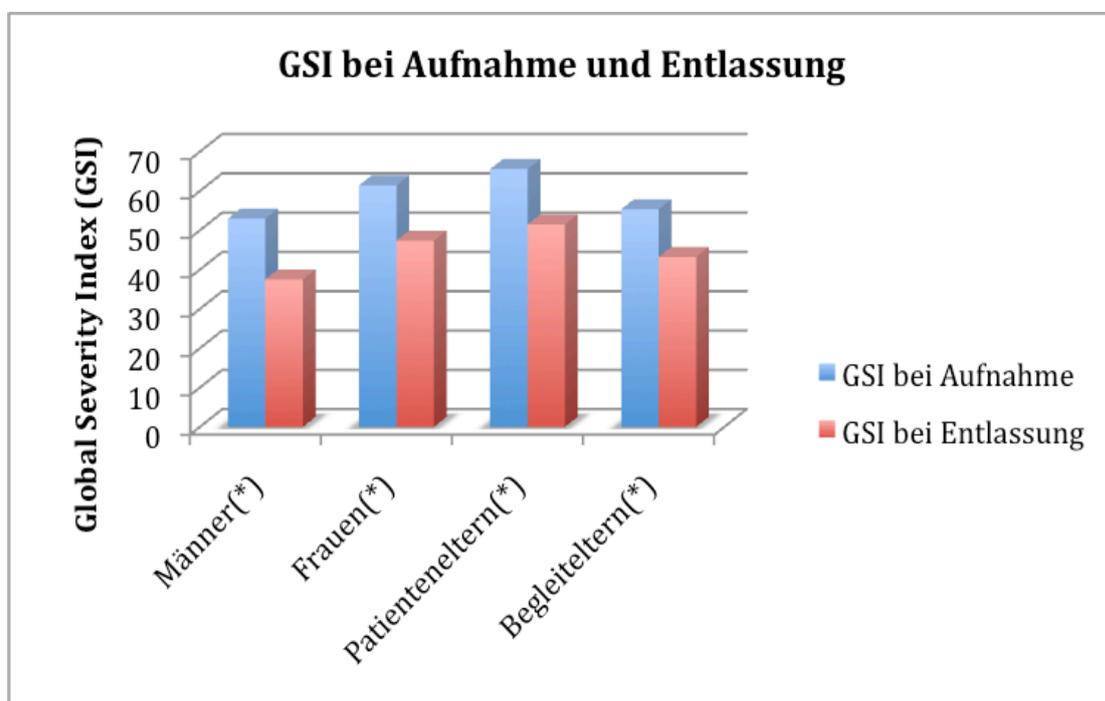


Abb. 5-3 GSI des SCL-90-R bei Aufnahme und Entlassung, getrennt nach Geschlecht und Status; SCL-90-R = Symptom-Checkliste; GSI = Global Severity Index; (*) = $p < 0,01$

Die Mittelwerte zu Beginn der Therapie wie zur Entlassung sowohl des BDI als auch des GSI des SCL-90-R korrelieren deutlich miteinander. Dies spiegelt sich wider in den Korrelationseffizienten ,60 ($p < 0,01$) beim GSI und ,54 ($p = 0,01$) beim BDI.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war der GSI des SCL-90-R mit einem gemittelten T-Wert von 61,2 im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Der gemittelte GSI für alle erwachsenen Patienten betrug sogar 65,6, der der erwachsenen Begleitpersonen 55,4. Nach Entlassung normalisierte sich der GSI auf 46,9, die Änderung ist hierbei hochsignifikant ($t = 5,366$; $p > 0,01$). Betrachtet man die einzelnen Skalen des SCL-90-R, so fällt auf, dass insbesondere die Skalen für Depressivität (scl4) und Aggressivität (scl6) mit Werten außerhalb der 1-fachen Standardabweichung liegen (scl4_T1: 62,0 / scl6_T1: 62,2). Die Werte dieser Skalen senkten sich bei Entlassung ebenfalls hochsignifikant ($t = 3,484$; $p > 0,01$) auf 50,8 (scl4_T1) und ($t = 3,786$; $p < 0,01$) 52,2 (scl6_T1) und lagen auf dem Niveau der Normalbevölkerung.

Der BDI lag mit einem Mittelwert von 13,8 im Bereich der milderen Ausprägung depressiver Symptome. Die erwachsenen Patienten lagen bei einem gemittelten BDI von 15,6. Die Begleitpersonen zeigten einen mittleren BDI von 11,5 und lagen damit nur knapp im Bereich der milden Ausprägung depressiver Symptome. Nach Abschluss der Behandlung lag der Mittelwert des BDI mit 6,9 nicht mehr über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Auch ist die Änderung hochsignifikant ($t = 4,312$; $p > 0,01$)(Abb. 5-4).

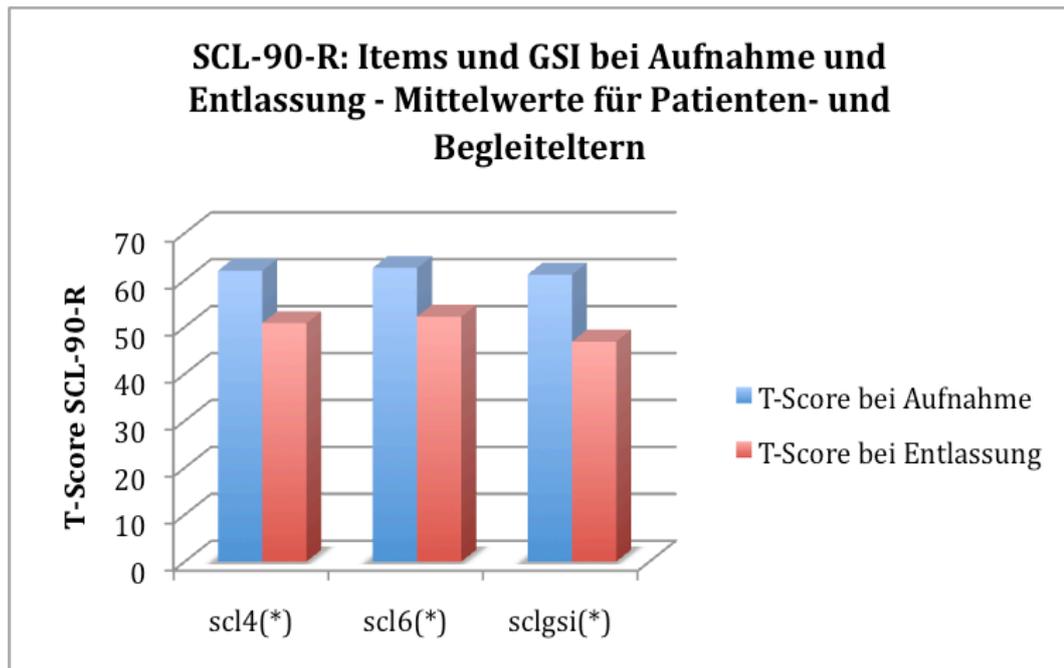


Abb. 5-4 Items für Aggressivität, Depressivität und GSI des SCL-90-R bei Aufnahme und Entlassung; SCL-90-R = Symptom-Checkliste; scl4 = Wert für Depressivität; scl6 = Wert für Aggressivität; GSI = Global Severity Index; (*) = $p > 0,01$

6. Diskussion

Retrospektiv wurde über einen Zeitraum von 1997 bis 2004 die erste Evaluation der Familientagesklinik an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster durchgeführt.

6.1. Diskussion der Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte retrospektiv aus den Patientenakten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Daraus ergeben sich folgende Probleme:

Es ließen sich nicht aus allen Akten vollständige Datensätze über Patienten und Begleitpersonen erheben. Die demographischen Daten konnten bei den meisten Personen noch vollständig der Akte entnommen werden. Da sich jedoch Hinweise ergeben, dass der sozioökonomische Status einen Einfluss sowohl auf das Auftreten als auch den Verlauf kindlicher Entwicklungs- und Verhaltensstörungen hat (Essex et al., 2006), könnten in Zukunft weitere Daten wie Einkommensverhältnisse oder Arbeitslosigkeit bzw. Dauer der Arbeitslosigkeit aufgenommen werden um weitere Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Variablen und dem Risiko für Verhaltens- und Entwicklungsstörungen zu erarbeiten.

Hinsichtlich der Eigen- und Familienanamnese oder z.B. der psychiatrischen oder somatischen Diagnosen gab es teils erhebliche Lücken in der Dokumentation. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Symptom Checkliste SCL-90-R wurden erst mit zunehmender Etablierung der Familientagesklinik als Teil der klinischen Diagnostik eingesetzt. Des Weiteren

haben nicht alle erwachsenen Personen die Tests auch bei der Entlassung ausgefüllt. Insgesamt ergibt sich hieraus bei 249 Erwachsenen eine relativ geringe Anzahl (n=33) derer, die sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch zur Entlassung beide Tests vollständig absolvierten.

Um die oben genannten Probleme und Einschränkungen zu minimieren könnten weiterführende Studien prospektiv angelegt sein, um mit Hilfe von standardisierten Datenerfassungsbögen eine möglichst vollständige Datenerhebung zu gewährleisten. Insbesondere im Hinblick auf die anfangs erwähnten Einflüsse psychischer Störungen der Eltern auf ihre Kinder sollten der BDI und der SCL-90-R standardmäßig als Teil der klinischen Diagnostik eingesetzt werden. Ein weiterer verbreiteter und sehr gut validierter Test, der in vielen Studien Verwendung findet (Murray & Cooper, 1997; Cooper & Murray, 1998; Ramchandani et al., 2005; 2008), ist der Edinburgh postnatal depression scale (EPDS; Cox et al., 1987). Ursprünglich entwickelt zum Screening für postpartale Depressionen, wird er mittlerweile auch erfolgreich bei der Untersuchung von Müttern außerhalb der postpartalen Phase eingesetzt und ist auch für die Untersuchung von Männern validiert (Cox et al., 1996; Matthey et al., 2001). Da es sich hierbei um einen Selbstauskunftsfragebogen handelt, wäre er für weitere Verlaufsuntersuchungen nach Abschluss der primären Behandlung sehr gut geeignet. Ebenso könnten Screening-Untersuchungen bei Müttern nach der Geburt durchgeführt werden und Mütter mit pathologischen Ergebnissen frühzeitig auf die Angebote der FTK hingewiesen werden.

Eine psychologische bzw. psychiatrische Befund- und Anamneseerhebung sollte in diesem Rahmen ebenfalls vollständig für alle Personen sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch zur Entlassung durchgeführt werden.

Wichtig ist hier insbesondere die psychiatrische Diagnostik um neben den klinischen Test eine sichere Diagnose gemäß DSM-IV für sämtliche Erwachsenen zu erhalten.

6.2. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

6.2.1. Soziodemographische Basisdaten

Es ergibt sich in der vorliegenden Betrachtung hinsichtlich der demographischen Basisdaten der erwachsenen Begleitpersonen (sowohl Patienten als auch Gesunde) ein weitgehend homogenes Bild.

Betrachtet man die homogen erscheinende Gruppe dieser Erwachsenen genau, so fällt auf, dass es Besonderheiten hinsichtlich der Altersverteilung, des Bildungsniveaus sowie des Herkunftslandes gibt.

Insgesamt hatten nur 5,6% der Erwachsenen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Anteil nicht deutscher Bürger liegt in Deutschland aktuell bei 8,8%, in Nordrhein-Westfalen bei 10,7% und in Münster bei 7,2% (Quellen: Statistisches Bundesamt, 09/06; Statistisches Amt Münster, 2008).

Insofern liegt die Quote Nicht-Deutscher deutlich, aber nicht signifikant unter dem Landesdurchschnitt und nur knapp unter dem Durchschnitt der Stadt Münster. Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man das Herkunftsland der

Eltern betrachtet. Dann liegt der Anteil Nicht-Deutschstämmiger bei 11,2% und somit sehr nahe am Landesdurchschnitt.

Des Weiteren fällt auf, dass über 80% der Erwachsenen über einen Schulabschluss verfügen und fast 80% eine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der Anteil an Hochschulabsolventen liegt bei allen Erwachsenen mit 12,7% im Bundesdurchschnitt (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007), die Väter liegen mit 17% sogar deutlich darüber. Bezüglich der Schulbildung sind die Daten etwas abweichend. So liegt der Anteil der Väter mit Abitur oder FH-Abschluss, bezogen auf gültige Angaben, bei lediglich 44%. Der Anteil der Mütter bei sogar nur ca. 38%. Der Durchschnitt für Münster lag in 2005 bei 51,6% für Mütter und 60,7% für Väter (Quelle: Statistisches Amt Münster, 2005). In einer prospektiven Studie aus unserer Klinik (Fürniss et al., 2006) ergaben sich für Eltern von Patientenkindern jedoch Werte, die dem münsteraner Durchschnitt sehr nahe lagen (48,5% bei Müttern und 55,2% bei Vätern).

Nicht repräsentiert in der vorliegenden Studie sind Mütter unter 23 Jahren, sondern hauptsächlich Mütter, welche ihre Kinder nach abgeschlossener Schul-/Berufsausbildung bekamen. Hier ergäbe sich die Frage, ob sehr junge Mütter ohne abgeschlossene Berufsausbildung deutlichere psychologische Probleme haben und inwiefern eine Korrelation zwischen Faktoren wie Arbeitslosigkeit oder Armut und eventuellen psychiatrischen Erkrankungen bzw. gestörten Partnerschaften bestünde. In einer amerikanischen Studie ergaben sich Hinweise, dass der sozioökonomische Status einen Einfluss sowohl auf das

Auftreten als auch den Verlauf kindlicher Entwicklungs- und Verhaltensstörungen hat (Essex et al., 2006). Niedriges Einkommen und ärmliche Wohnverhältnisse haben darüber hinaus starken Einfluss auf das elterliche Verhalten (Huston et al., 1994). Aus diesem Grund sollten in Zukunft weitere Daten wie Einkommensverhältnisse, Arbeitslosigkeit bzw. Dauer der Arbeitslosigkeit oder Wohnverhältnisse, ähnlich unserem Fragebogen über das psychosoziale Risiko (s. Anhang), dezidiert aufgenommen werden, um weitere Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Variablen und dem Risiko für Verhaltens- und Entwicklungsstörungen zu erarbeiten.

Insgesamt kann man sagen, dass die behandelten Familien eher die breit angelegte münsteraner Mittelschicht repräsentieren.

Wir anhand des BDI und SCL-90-R als Teil unserer klinischen Diagnostik in 33 Fällen zeigen, dass bei Aufnahme eine erhöhte psychische Belastung vorlag. Diese normalisierte sich nach Abschluss der Behandlung. Hier sollten weitere Korrelationen zwischen dem gebesserten mütterlichen psychologischen Status und dem Therapieergebnis der Kinder geprüft werden um die o.g. Hypothesen weiter zu stützen.

6.2.2. Ergebnisse des BDI und SCL-90-R

Die Mittelwerte zu Beginn der Therapie wie zur Entlassung sowohl des BDI als auch des GSI des SCL-90-R korrelieren deutlich miteinander. Dies spiegelt sich wider in den Korrelationseffizienten ,60 ($p < 0,001$) beim GSI und ,54 ($p = 0,001$) beim BDI.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war der GSI des SCL-90-R mit einem gemittelten T-Wert von 61,0 im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Betrachtet man die einzelnen Skalen des SCL-90-R, so fällt auf, dass insbesondere die Skalen für Depressivität (scl4) und Aggressivität (scl6) mit Werten außerhalb der 1-fachen Standardabweichung liegen (scl4_T1: 62,0 / scl6_T1: 62,2). Der BDI lag mit einem Mittelwert von 13,7 im Bereich der milderen Ausprägung depressiver Symptome.

Dass die Werte nicht deutlicher in ihrer Ausprägung ausfallen, ist wohl in erster Linie der Tatsache zuzuschreiben, dass dieser Teil der klinischen Diagnostik auch an Nicht-Patienten durchgeführt wurde.

Bei diesen lagen die gemittelten T-Werte für den GSI des SCL-90-R bei Aufnahme im Intervall der 1-fachen Standardabweichung und waren somit nicht erhöht. Auch hinsichtlich des BDI lagen die Werte der Nicht-Patienten bei Aufnahme mit 11,5 nur im unteren Bereich der milden Ausprägung depressiver Symptome, unter 11 wäre der BDI noch als normal anzusehen gewesen. Des Weiteren wären Elternteile mit deutlich ausgeprägten psychischen Störungen in den meisten Fällen nicht in der Lage, an einer tagesklinischen Behandlung mit ihren Kindern Teil zu nehmen, sondern bedürften selbst einer Therapie in einer Einrichtung für Erwachsenenpsychiatrie.

Nach Abschluss der Behandlung normalisierten sich der GSI und der BDI auf Werte von 46,9 (GSI) und 6,9 (BDI) und lagen damit nicht mehr über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Auch die Werte der Skalen für Depressivität und Aggressivität sanken auf 50,8 (scl4_T2) und 52,2 (scl6_T2) und lagen somit

auf dem Niveau der Normalbevölkerung. Die verglichenen T1- T2-Werte wiesen wiederum eine hohe Signifikanz auf ($p < 0,01$ für alle 4 oben genannten Werte).

6.2.3. Ergebnisse im Kontext aktueller Studien

Auf die Bidirektionalität zwischen elterlichen und kindlichen psychischen Störungen ist bereits mehrfach eingegangen worden und sie ist in den aktuellen Studien anerkannt. Auch wir konnten anhand des Beck-Depressions-Inventar und der Symptom Checkliste SCL-90-R, die sukzessive als Teil der klinischen Diagnostik eingesetzt wurden, in 33 Fällen zeigen, dass bei Aufnahme eine erhöhte psychische Belastung bei den Erwachsenen vorlag.

Wie zu Beginn erwähnt, ist die Rolle der Väter immer noch wenig untersucht (Kane et al., 2004). Die aktuellen Studien von Ramchandani et al. 2005 und 2008 zeigen jedoch, dass es deutliche Hinweise gibt, dass psychische Störungen bei Vätern ähnlich negative Auswirkungen auf die Kinder haben wie bei Müttern. Die große Anzahl an Studien über depressive Mütter (Ramchandani et al., 2009) legt nahe, dass seitens der Ärzte oft überhaupt nicht in Betracht gezogen wird, dass auch Väter von (postpartalen) psychischen Störungen betroffen sein können. Es wäre also in Zukunft hochinteressant für weitere Studien die Väter konsequent zu untersuchen, selbst zu therapieren und in die Familientherapie einzubeziehen. Diese sind allerdings leider deutlich seltener willens an Therapien teilzunehmen (Bogels et al., 2008). Auch in unserer Studie lag der Anteil an Vätern insgesamt lediglich bei etwa 13%, als Patienten wurden sogar nur 7,3% behandelt. Eventuell lässt sich dieser Anteil

steigern, wenn die Väter zum einen gezielt angesprochen und ihnen zum anderen ihr wichtiger Stellenwert erläutert wird (Boyce et al., 2006).

Ein weiterer Punkt, der Beachtung verdient, sind die Geschwisterkinder, die an der Therapie teilnehmen. Aufgrund der gestörten Interaktion zwischen den Eltern und dem Patientenkind ist geradezu zwingend davon auszugehen, dass diese gestörten Interaktionsmuster auch zwischen den Eltern und den Geschwisterkindern bestehen. Da es insbesondere die ersten Lebensjahre zu sein scheinen, in denen Kinder sehr anfällig für elterliche Verhaltensstörungen sind (Goodman & Gotlib, 1999; Gale et al., 2004), ist zu überlegen, ob nicht auch die Geschwisterkinder, unabhängig davon ob sie bereits Verhaltensauffälligkeiten zeigen, mittherapiert werden sollten.

Die meisten zitierten Studien in dieser Arbeit weisen darauf hin, welche Auswirkungen elterliche Störungen auf die Kinder und die Interaktion zwischen Eltern und Kindern haben. Hinsichtlich der Therapie geht es dabei fast ausschließlich um die Therapie der elterlichen Störungen, den Behandlungserfolg bei den Eltern und sekundär um die Verbesserung der kindlichen Problematik durch die Therapie des kranken Elternteils. Wie erwähnt hat die erfolgreiche Therapie der Eltern oft einen positiven Einfluss auf die Kinder (Sonuga-Barke et al., 2002; Pilowsky et al., 2008). Dies ist jedoch nicht immer der Fall (Forman et al., 2007). In der letztgenannten Studie von Forman et al. wird explizit angeregt, die Behandlung nicht nur die Symptome der Depression sondern insbesondere die Mutter-Kind-Beziehung zu behandeln.

Es ist in Zukunft also höchst interessant in weiteren Studien die Erfolge des Therapiekonzeptes der FTK sowohl für die Kinder als auch für die Eltern, im Idealfall durch prospektiv angelegte und randomisierte Studien, zu evaluieren.

Eine britische Studie, die den Therapieerfolg von postpartalen Depressionen hinsichtlich des Langzeiteffektes auf die Mutter-Kind-Beziehung untersuchte (Murray et al., 2003), ergab, dass sich die Mutter-Kind-Interaktion zwar in der Kontrolle 18 Monate post partum verbesserte, nach 5 Jahren jedoch keine signifikante Besserung zu verzeichnen war. Um auch solche Beobachtungen bei der Evaluation berücksichtigen zu können, könnte für die Zukunft ein Konzept entworfen werden, mit dem die Eltern auch lange nach Abschluss der Therapie im Verlauf kontrolliert werden können. Hier bieten sich die erwähnten Fragebögen wie BDI und EPDS, die den Eltern per Post zugesandt werden können, an. Neben der Verlaufskontrolle könnte so auch ein erneuter Interventionsbedarf erkannt werden, auch wenn dies seitens der Eltern noch nicht wahrgenommen wird.

Literatur

- Asen, E., & Scholz, M. (2008). Multi-family therapy in day care settings. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* , 57 (5), 362-80.
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clinical psychology review* , 28 (4), 539-58.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1986). Children of parents with unipolar depression: a controlled 1-year follow-up. *Journal of abnormal child psychology* , 14 (1), 149-66.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *The American journal of psychiatry* , 151 (7), 979-86.
- Boyce, W. T., Essex, M. J., Alkon, A., Goldsmith, H. H., Kraemer, H. C., & Kupfer, D. J. (2006). Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 45 (12), 1510-20.
- Brown, G., & Harris, T. (1989). In *Life events and Illness* (S. 49-93). New York: Guildford.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. In Free Press. New York.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 28 (2), 242-8.
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New directions for child development* (34), 31-45.
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at *Developmental Psychology* .
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ (Clinical research ed)* , 316 (7148), 1884-6.
- Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 152, 799-806.

- Cooper, P., & Murray, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of disease in childhood* , 77 (2), 97-9.
- Cooper, P., & Murray, L. (1996). The impact of postnatal depression on infant development; a treatment trial. In L. Murray, & P. Cooper, *Postpartum Depression an Child Development*. New York: Guildford Press.
- Cooper, P., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 182, 412-9.
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of affective disorders* , 39 (3), 185-9.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 150, 782-6.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological bulletin* , 108 (1), 50-76.
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, W. T., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., et al. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of general psychiatry* , 63 (11), 1246-56.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1993). The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviours. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 28 (3), 116-23.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1995). Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* , 36 (7), 1161-78.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *Journal of abnormal child psychology* , 21 (3), 245-69.
- Feske, U., Shear, M. K., Anderson, B., Cyranowski, J., Strassburger, M., Matty, M., et al. (2001). Comparison of severe life stress in depressed mothers and non-mothers: do children matter? *Depression and anxiety* , 13 (3), 109-17.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed *Developmental Psychology* .

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., et al. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child development* , 59 (6), 1569-79.

Forehand, R., Wells, K., & Griest, D. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy* .

Forman, D., O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., Larsen, K., & Coy, K. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology* , 19 (2), 585-602.

Franke, G. (1995). SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.

Fürniss, T., Beyer, T., Guggenmos, J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: baseline results of a prospective longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 41 (5), 394-9

Gale, C., O'Callaghan, F., Godfrey, K., Law, C., & Martyn, C. (2004). Critical periods of brain growth and cognitive function in children. *Brain : a journal of neurology* , 127 (Pt 2), 321-9.

Galler, J. R., Harrison, R. H., Ramsey, F., Forde, V., & Butler, S. C. (2000). Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* , 41 (6), 747-57.

Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review* , 106 (3), 458-90.

Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C., & McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of abnormal psychology* , 89 (3), 497-500.

Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer Verlag.

Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of abnormal psychology* , 100 (4), 555-61.

Hammen, C., Burge, D., & Adrian, C. (1991). Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of consulting and clinical psychology* , 59 (2), 341-5.

Hartmann, H. P. (1997). Mother-child treatment in psychiatry. III. The author's own experiences--practical implementation and discussion. *Psychiatrische Praxis* , 24 (6), 281-5.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* (47), 27-39.

Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R., & Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of consulting and clinical psychology* , 63 (3), 445-53.

Hofecker-Fallahpour, M., Zinkernagel-Burri, C., Stöckli, B., Wüsten, G., Stieglitz, R.-D., & Riecher-Rössler, A. (2003). Group therapy for depression during early motherhood: first results of a pilot study. *Der Nervenarzt* , 74 (9), 767-74.

Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliability and validity of the Revised Beck Depression Inventory (BDI-II). Results from German samples. *Der Nervenarzt* , 78 (6), 651-6.

Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clinical psychology review* , 24 (3), 339-60.

Kilian, H. (2001). Mutter-Kind-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie. Konzeption und erste Erfahrungen. *Krankenhauspsychiatrie* (12), 2-6.

Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001). Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* .

Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001). Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen und psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (30), S. 33-41.

Lyons-Ruth, K., Zoll, D., & Connell, D. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant: Environment, interaction, attachment, *New Directions for Child and Adolescent Development* .

Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of affective disorders* , 64 (2-3), 175-84.

- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: global Burden of Disease Study. *Lancet* , 349 (9062), 1347-52.
- Murray, L. (1988). Effects of postpartal depression on infant development: direct studies of early mother-infant interactions. In R. Kumar, & I. Brockington, *Motherhood and Mental Illness* (Bd. II, S. 159-190). London: John Wright.
- Murray, L. (1994). The role of infant irritability in postnatal depression in a Cambridge (UK) community population. In J. Nugent, T. Brazelton, & B. Lester, *The Cultural context of infancy* (Bd. 3). New Jersey: Ablex.
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). Editorial: Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine* .
- Murray, L., & Cooper, P. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (33), 543-561.
- Murray, L., & Hipwell, A. (1995). The impact on the child of maternal psychiatric disorders occurring after childbirth. *Current Obstetrics And Gynaecology* .
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 182, 420-7.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child development* , 67 (5), 2512-26.
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A., & Cooper, P. (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* , 37 (8), 927-35.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* , 34 (7), 1083-101.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., & King, F. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine & Child Neurology* .
- O' hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* .

- Patel, V. (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *British medical bulletin* , 81-82, 81-96.
- Patterson, G. (1992). *Family coersive process*. Eugene: Castilia Press.
- Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C., & O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *Journal of affective disorders* , 113 (3), 236-43.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D., & O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *Journal of affective disorders* , 107 (1-3), 241-5.
- Paykel, E. S. (2001). Stress and affective disorders in humans. *Seminars in clinical neuropsychiatry* , 6 (1), 4-11.
- Pilowsky, D., Wickramaratne, P., Talati, A., Tang, M., Hughes, C., Garber, J., et al. (2008). Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. *The American journal of psychiatry* , 165 (9), 1136-47.
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* .
- Ramchandani, P., O'Connor, T., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* , 49 (10), 1069-78.
- Sanders, M. R. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive behaviors* , 25 (6), 929-42.
- Scholz, M., Asen, E., Gantchev, K., Schell, B., & Süß, U. (2002). [A family day clinic in child psychiatry. The Dresden model--concepts and first experiences]. *Psychiatrische Praxis* , 29 (3), 125-9.
- Schreier, A., Wittchen, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 192 (4), 308-9.
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmücker, G., Allen, H., & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* , 36 (8), 1315-36.

Shrout, P. E., Link, B. G., Dohrenwend, B. P., Skodol, A. E., Stueve, A., & Mirotznik, J. (1989). Characterizing life events as risk factors for depression: the role of fateful loss events. *Journal of abnormal psychology* , 98 (4), 460-7.

Sonuga-Barke, E., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 41 (6), 696-702.

Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 158, 46-52.

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development* , 62 (5), 918-29.

Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *Journal of abnormal psychology* , 98 (3), 274-9.

Wickberg-Johansson, B., & Erlandsson, B. (1996). Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* .

Wilhelm, K., Mitchell, P., Slade, T., Brownhill, S., & Andrews, G. (2003). Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *Journal of affective disorders* , 75 (2), 155-62.

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. T. Fürniss für die Überlassung des Dissertationsthemas und die hervorragende Betreuung.

Ich danke auch Herrn Thomas Beyer herzlich für die Heranführung an das wissenschaftliche Ausarbeiten und die statistische Auswertung der erhobenen Daten, viele gute Ratschläge und die stete Diskussionsbereitschaft.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. S. Achtergarde für ihr Engagement bei der Korrektur der Arbeit, ihre sehr hilfreiche und konstruktive Kritik und ihre vielen wertvollen Anregungen und Ideen, die mich immer wieder motiviert und zum Gelingen der Arbeit wesentlich beigetragen haben.

Ich danke allen Mitarbeitern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie für die gute Zusammenarbeit und die angenehme Atmosphäre.

Lebenslauf

Biologische Risikobelastung

Name des Kindes:

Datum:

Keine Risikobelastung:

- normales Geburtsgewicht: 2.500 – 4.200 g
- normales Gestationsalter: 38. – 42. SSW
- keine operative Entbindung: außer elektiv

Leichte Risikobelastung:

- EPH-Gestose: Ödeme, Proteinurie, Hypertonie
- Frühgeburt: ≤ 37 . SSW
- drohende Frühgeburt: vorzeitige Wehen, Tokolyse, Cerclage

Schwere Risikobelastung:

- sehr niedriges Geburtsgewicht: ≤ 1.500 g
- deutliche Asphyxie: $\text{pH} \leq 7.10$; mit stationärer neonatologischer Versorgung ≥ 7 Tage
- neonatale Komplikationen: cerebrale Krampfanfälle, Respiratortherapie, Sepsis

Andere organische Belastungen:

Psychosoziale Risikobelastung

Name des Kindes:

Datum:

- 1 *niedriges Bildungsniveau der Eltern*
(keine abgeschlossene Berufsausbildung)
- 2 *beengte Wohnverhältnisse*
(> 1.0 Personen/Raum bzw. ≤50 m² Gesamtwohnfläche)
- 3 *psychische Störung der Eltern*
(gem. Forschungskriterien der ICD-10/DSM-IIIIR)
- 4 *Kriminalität/Herkunft aus zerrütteten Verhältnissen*
(aus Anamnese der Eltern)
- 5 *eheliche Disharmonie*
(häufiger und lang anhaltender Streit, Trennung, emotionale Kühle)
- 6 *frühe Elternschaft*
(Alter ≤ 18 Jahre bei Geburt bzw. Dauer der Partnerschaft < 6 Monate bei Konzeption)
- 7 *Ein-Eltern-Familie*
(bei Geburt des Kindes)
- 8 *unerwünschte Schwangerschaft*
(von Seiten der Mutter und/oder des Vaters)
- 9 *mangelnde soziale Integration und Unterstützung*
(wenig soziale Kontakte und wenig Hilfe bei der Betreuung der Kinder)
- 10 *ausgeprägte chronische Schwierigkeiten*
(mit einer Dauer > 1 Jahr, z.B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)
- 11 *mangelnde Bewältigungsfähigkeit*
(im Umgang mit der Lebensereignisse des letzten Jahres, z.B. Verleugnung, Rückzug, Resignation, Dramatisierung)

Gesamtsumme der Risiken:

Nennung der Risiken (Ziffern):

Auswertung:

keine

Risiken:

Risikoindex = 0

leichte

Risiken:

Risikoindex = 1 oder 2

schwere

Risiken:

Risikoindex = >2