

Krohn, Lucia / Deneke, Christiane und Wiegand-Grefe, Silke

**Kinder depressiver und psychiatrisch unauffälliger Eltern in der
Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine vergleichende Studie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 7, S. 536-554

urn:nbn:de:bsz-psydok-48331

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Kinder depressiver und psychiatrisch unauffälliger Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine vergleichende Studie¹

Lucia Krohn, Christiane Deneke, und Silke Wiegand-Grefe

Summary

Children of Depressive Parents and Psychiatrically Inconspicuous Parents in the Child and Adolescent Psychiatry – a Comparison Study

The present study evaluates the pathogenetic effects of parentally depressions on the children and adolescents in this families. Tested were 100 patients from the Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE). 50 children and adolescents with at least one depressive parent were related to the investigation group. In addition the control group consisted of 50 children and adolescents with psychiatrically normal parents. We assume that children with a depressive parent need more and longer treatment and the diagnosis will differ from the control group. Furthermore we assume that children of the investigation group are envired more by psychosocial strains. In fact the results proof that children with a depressive parent need significant longer outpatient treatment and a significant increased number of inpatient treatment, appearing syndromes are not specific though. All in all the children of the investigation group are exposed more by psychosocial strains. Further results show, that this children consult more mental institutions and attending therapists commend more often an aftertreatment. Advising to our results children and adolescents with a depressive parent need obviously more treatment than the control group. Therefore an extension of therapeutic and preventive treatment as well as psychological attendance for families with a depressive parent is necessary.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 536-554

Keywords

Mentally ill parent – depressive patients

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die pathogenethischen Auswirkungen elterlicher Depressionen auf die Kinder und Jugendlichen in den Familien. Dazu werden insgesamt 100 kinder- und

¹ Durchgeführt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser).

jugendpsychiatrische Patienten² der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) untersucht. Eine Untersuchungsgruppe von 50 Kindern und Jugendlichen, von denen mindestens ein Elternteil depressiv erkrankt ist, wird einer parallelisierten Vergleichsgruppe von 50 Kindern und Jugendlichen, die psychiatrisch unauffällige Eltern³ haben, gegenübergestellt. Die Ergebnisse unserer Studie ergeben für Kinder⁴ mit einem depressiven Elternteil eine signifikant längere ambulante Behandlung und eine signifikant erhöhte Anzahl stationärer Behandlungen. Die auftretenden Syndrome der Kinder sind eher unspezifisch. Die Kinder mit einem depressiven Elternteil sind mehr psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Weitere Ergebnisse zeigen, dass diese Kinder mehr psychiatrische Einrichtungen konsultieren und von den Therapeuten öfter eine Weiterbehandlung empfohlen wird. Unsere Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass Kinder und Jugendliche mit einem depressiven Elternteil deutlich behandlungsbedürftiger sind als Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern. Eine Ausweitung der präventiven Maßnahmen und der Betreuungsangebote für Familien mit einem depressiven Elternteil erscheint notwendig.

Schlagwörter

Kinder psychisch kranker Eltern – depressive Patienten

Eine depressive Erkrankung wirkt sich deutlich auf das Interaktionsverhalten des Erkrankten aus, daher liegt es nahe, dass die Krankheit nicht nur Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, sondern auch auf seine Familie hat. Vorliegende Untersuchungen zeigen, dass es sich bei Kindern, die mit einem depressiv erkrankten Elternteil aufwachsen, um eine sog. „High-Risk-Gruppe“ handelt, die spezifischen Belastungen und Risikofaktoren ausgesetzt ist (vgl. z. B. Keitner u. Miller, 1990; Remschmidt u. Mattejat, 1994). Hierunter sind die direkten Auswirkungen der elterlichen Erkrankung gefasst, z. B. Mangel in affektiver Responsivität, ebenso wie die damit möglicherweise einhergehenden Folgen, z. B. familiäre Konflikte, körperliche Misshandlungen, Trennung der Eltern, Erziehung des Kindes in einer Pflegefamilie während elterlicher Krankenhausaufenthalte etc. Hierzu durchgeführte Untersuchungen sind zahlreich und umfassen genetische oder familiendynamische Einflüsse sowie symptomatologische Auswirkungen (vgl. z. B. Keitner u. Miller, 1990; Puckering, 2004). Einen aktuellen Überblick über die vorliegenden Studien zur Risikoforschung, Resilienz- und Bewältigungs- sowie der Vulnerabilitätsforschung bei Kindern psychisch kranker Eltern gibt Lenz (2005). Viele Studien weisen jedoch methodische Mängel auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse mindern (Beck, 1999; Mattejat et al., 2000).

² Mit der Formulierung „Patienten“ sind ebenso auch Patientinnen gemeint.

³ Der Begriff „psychiatrisch unauffällige Eltern“ meint Eltern, bei denen bislang keine psychiatrische Erkrankung bekannt ist.

⁴ Wir sprechen der Einfachheit halber in der Arbeit manchmal nur von „Kindern“, in der Regel handelt es sich um Kinder und Jugendliche.

1 Psychiatrische Auffälligkeit der Kinder depressiver Eltern

Bisherige Untersuchungen finden eine erhöhte Rate *depressiver Erkrankungen* bei Kindern depressiver Eltern. Die Häufigkeit variiert stark, liegt jedoch meist zwischen 23 % und 38 % im Unterschied zu 11 % bis 24 % in der Kontrollgruppe (Keitner u. Miller, 1990, Remschmidt u. Mattejat, 1994). Die Autoren beschreiben, dass depressive Erkrankungen bei Kindern vor der Adoleszenz selten sind. Die Auftretenshäufigkeit steigt nach Antritt der Pubertät signifikant an, in besonderem Maße bei den Kindern depressiver Eltern. Während vor der Pubertät die Rate von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen und Mädchen relativ gleich verteilt ist, wird in der Pubertät ein Überwiegen depressiver Symptome bei den weiblichen Jugendlichen evident, das auch bei weiblichen Erwachsenen gefunden wird. Kashani et al. (1987) fanden einen deutlichen Anstieg im Alter zwischen 12 und 16 Jahren in den untersuchten Stichproben. Nach Harrington (1995) kann hierfür eine altersbedingte Zunahme der Risikofaktoren verantwortlich sein, beispielsweise hormonelle Änderungen und eine Zunahme an ungünstigen Lebensereignissen, einhergehend mit einer Abnahme der protektiven Faktoren, z. B. der Verlust sozialer Unterstützung und Änderungen in der Fähigkeit, depressive Kognitionen wahrzunehmen. Das Erkrankungsalter liegt bei den Kindern mit einem depressiven Elternteil früher als bei Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern. Im Rahmen dieser Störungen ist möglicherweise auch die erhöhte *Suizidalität* zu betrachten: Suizidversuche stellen Weisman et al. (1992) bei 8 % der Kinder depressiver Eltern im Vergleich zu rund 1 % der Kinder gesunder Eltern fest. Auch *Angstsyndrome* werden gehäuft beobachtet, beispielsweise beobachten Weisman et al. (1992) bis zum Alter von 18 Jahren bei 38 % der Risikogruppe Angstzustände, im Vergleich zu 11 % der Kontrollgruppe. Ein Anstieg der Angststörungen war bei den Kindern depressiver Eltern deutlich früher, ab dem Alter von fünf Jahren zu verzeichnen, im Vergleich zu einem Anstieg bei den Kindern gesunder Eltern ab zehn Jahren. Trennungängste wurden bis zum Alter von 19 Jahren bei 23 % der Risikogruppe im Vergleich zu 11 % der Kontrollgruppe registriert.

Die sich ausbildende Symptomatik der Kinder mit einem depressiven Elternteil ist also vielfältig, sie betrifft die emotionale Ebene (z. B. unsichere Bindung, emotionale Dysregulation), ebenso wie die kognitive Ebene (kognitive und sprachliche Entwicklungsverzögerungen, Störungen des Selbstkonzepts) und das Verhalten (dissoziale Verhaltensweisen, Drogenmissbrauch) sowie die sozialen Beziehungen (Beeinträchtigungen der sozialen Akzeptanz und der Beziehungen zu Gleichaltrigen) und die Entwicklung von psychiatrischen Störungen (vgl. Papoušek, 2001; Remschmidt u. Mattejat, 1994; Stein et al., 1991; Weisman et al., 1992). Insgesamt hat eine Depressivität der Eltern also deutliche Auswirkungen auf ihre Kinder, dabei wird die Art und Stärke der Auswirkungen durch eine Reihe von allgemeinen und psychosozialen Belastungs- und Einflussfaktoren bestimmt, die sowohl die Eltern, als auch die Kinder betreffen (vgl. z. B. Deneke, 1995).

2 Belastungs- und Einflussfaktoren

Ist ein Elternteil an einer psychischen Störung erkrankt, ist das Kind den unmittelbaren Auswirkungen der Erkrankung ausgesetzt, zusätzlich aber auch noch den häufig mit einer chronischen psychischen Krankheit assoziierten multiplen Belastungen (vgl. V. Achse des „Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO“, MAS, Remschmidt u. Schmidt, 1994). Folgende Belastungen können nach Achse V auftreten:

- | | |
|--|--|
| 1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen | 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren, z. B. Verfolgung oder Diskriminierung u. a. |
| 2. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation | |
| 3. Abnorme Erziehungsbedingungen | 8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit |
| 4. Abnorme unmittelbare Umgebung | 9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes |
| 5. Akute, belastende Lebensereignisse | |
| 6. veränderte familiäre Beziehungen, Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen | |

Bisherige Forschungsergebnisse führen zusätzliche psychosoziale Belastungen auf, die bei elterlicher Depressivität auftreten und weitere Einflussfaktoren, die die Art und Stärke der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder bestimmen. Sie lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. auch Hammen et al., 1990; Harvey et al., 1981; Keller et al., 1986; Müllenmeister, 1995; Remschmidt u. Mattejat, 1994):

(1) Psychosoziale Belastungen

- niedriger sozialer und ökonomischer Status der Familie
- Abwesenheit bzw. mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils
- Schlechte Paarbeziehung der Eltern, mangelnder Familienzusammenhalt
- Fehlen emotional verfügbarer Außenstehender, soziale Isolation
- Instabilität der Lebensbedingungen

(2) Einflussfaktoren der Eltern

- Art der Diagnose: bipolar oder unipolar
- Einbezug des Kindes in die Symptomatik, z. B. in einen Wahn
- Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft, dadurch bedingte Nutzung von Fachinstanzen
- Wahrnehmung und Beurteilung der Krankheit in der Familie und der sozialen Umgebung
- Geschlecht des Erkrankten
- Chronizität der Erkrankung
- Schwere der Erkrankung

(3) Einflussfaktoren des Kindes

- perinatale Traumen
- Geschlecht des Kindes
- schwieriges Temperament, geringe intellektuelle und soziale Kompetenz
- Alter des Kindes bei Beginn der elterlichen Erkrankung.

Die genannten *psychosozialen Belastungsfaktoren* erscheinen plausibel und nachvollziehbar. Bei den *Einflussfaktoren der Eltern* spielen Erkrankungsfaktoren, wie die Art und der Schweregrad der elterlichen Erkrankung eine wesentliche Rolle. So sind bei den Kindern depressiver Eltern häufiger vergleichsweise stärkere psychopathologische Auswirkungen gefunden worden als bei den Kindern von Eltern mit bipolarer Störung (Hammen et al., 1990, Harvey et al., 1981, Keller et al., 1986). Der Erkrankungsgrad der Eltern lässt sich nach Keller et al. (1986) ermitteln über: (1) Anzahl der depressiven Episoden, (2) Anzahl der Behandlungen, (3) Anzahl der Hospitalisierungen, (4) Suizidversuche, (5) Dauer aller Episoden insgesamt und (6) gewichtete Dauer der depressiven Episoden. Die Frage, ob eine Erkrankung der Mutter oder des Vaters eine größere Belastung für das Kind ist, lässt sich aktuell nicht eindeutig beantworten, tendenziell gehen aber mehr Autoren davon aus, dass eine depressive Störung der Mutter schwerwiegendere Folgen hat (vgl. z. B. Mattejat u. Lisofsky, 2001). Bei den *Einflussfaktoren des Kindes* spielen z. B. das Alter der Kinder, aber auch kompensatorische Fähigkeiten und Ressourcen in der Familie eine Rolle. So sind jüngere Kinder, besonders bei pränatalem Beginn der elterlichen Depression, besonders stark gefährdet, auch wenn sich ihre psychiatrische Symptomatik häufig erst später, z. B. in der Adoleszenz, entwickelt. Eine kompensatorische Bedeutung hat vor allem das Vorhandensein gesunder, vertrauensvoller, stabiler und tragfähiger Beziehungen und Bezugspersonen im inner- und außerfamiliären Kontext.

3 Fragestellung und Hypothesen

Dieser Untersuchung liegt die These zugrunde, dass von psychiatrisch auffälligen Kindern diejenigen mit mindestens einem depressiven Elternteil schwerer beeinträchtigt und belastet sind als solche mit psychiatrisch bislang unauffälligen Eltern. Die Hypothesen beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Gruppen die sich über die Altersspanne der Kinder hinweg untersuchen lassen, also nicht nur in bestimmten Entwicklungsstufen zum Ausdruck kommen. Indizien zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Kinder sind ihre Behandlungsdauer und die Anzahl der bisherigen Behandlungen, die Art ihrer Störungen (ICD-10-Diagnosen) und die mit der Krankheit der Eltern einhergehenden psychosozialen Belastungen und Risikofaktoren, denen die Kinder ausgesetzt sind.

Folgende Hypothesen lassen sich formulieren:

1. Die Behandlungsdauer der Kinder depressiver Eltern im Vergleich zu Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern ist erhöht.
2. Die Anzahl der Behandlungen der Kinder depressiver Eltern im Vergleich zu Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern ist erhöht.
3. Die Diagnosen der Kinder depressiver Eltern unterscheiden sich von den Diagnosen der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern derart, dass in der erst genannten Gruppe mehr depressive Störungen und mehr Angststörungen auftreten.
4. Kinder depressiver Eltern sind im Vergleich zu Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern mehr zusätzlich belastenden, pathogenetisch relevanten Entwicklungsumständen und Komplikationen ausgesetzt.

Die Darstellung der Belastungen, denen die Kinder ausgesetzt sind, kann zusätzlich weitere Hinweise auf die Notwendigkeit präventiver Hilfsangebote und spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote geben. Gegenstand eines zurzeit durchgeführten Projektes ist die Entwicklung eines präventiven, familienorientierten Behandlungs- und Beratungsangebotes (vgl. Wiegand-Grefe u. Pollak, 2006; Wiegand-Grefe, 2007) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

4 Methode

4.1 Design und Datenerhebung

In die vorliegende retrospektive Untersuchung gehen Daten der standardmäßig erhobenen Basisdokumentation⁵ aller Patienten ein, die in den Jahren 1997 bis Ende 2001 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des UKE behandelt wurden. Kern dieser Basisdokumentation ist das Multiaxiale Klassifikationsschema (Remschmidt u. Schmidt, 1994), eine Screeningversion der psychopathologischen Befunddokumentation („PSYBES“, Döpfner et al., 1991) und eine neu entwickelte Leistungsdokumentation. Ein Dokumentationsbogen wird bei jeder ambulanten, stationären und teilstationären Behandlungsperiode und bei Langzeitkontrollen nach jeweils zwei Jahreswechseln eingesetzt. Als geeignete Vergleichsgruppe bieten sich Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern an (Remschmidt u. Mattejat, 1994). Beide Gruppen wurden in möglichst vielen unabhängigen Variablen parallelisiert, so dass eine weitgehende Vergleichbarkeit der Gruppen hergestellt ist.

⁵ Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat diese klinikübergreifende standardisierte Basisdokumentation entwickelt, die 1997 am UKE eingeführt wurde und seit 1998 in der modifizierten dritten, derzeit noch aktuellen, Auflage eingesetzt wird (vgl. Englert et al., 1999).

Ausgewertet wurden alle Daten, die mögliche Verbindungen zu Auswirkungen elterlicher Krankheit aufweisen und mit denen vergleichbare Beurteilungen von Therapieindikation, Schweregrad der Symptomatik, Behandlungsmodus, Therapieverlauf und -erfolg möglich sind und auf Unterschiede zwischen den Gruppen geprüft. Die eingangs beschriebenen Risiko- und Belastungsfaktoren werden von der V. Achse der MAS (1994) erfasst.

4.2 Stichproben

In die Untersuchung gingen Daten von 100 psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen ein: 50 Kinder mit Eltern, die nicht als psychiatrisch auffällig diagnostiziert wurden und bei denen auch keine schwerwiegenden somatischen Erkrankungen bekannt sind, und 50 Kinder mit mindestens einem depressiven Elternteil. Ein Elternteil wurde dann als depressiv eingeordnet, wenn im Basisdokumentationsbogen unter "Psychiatrische Erkrankungen in der Familie" für ein Elternteil eine der folgenden Diagnosen nach ICD-10 angegeben waren: F32.x depressive Episode, F33.x rezidivierende depressive Störungen oder F34.1 Dysthymia. Als psychiatrisch unauffällig gelten Eltern, für die keine psychiatrische ICD-10-Diagnose angegeben wurde. Diese Diagnosen wurden von den behandelnden Ärzten bzw. Psychologen entweder im Rahmen eines Erstgespräches erhoben oder den Vorbefunden der Eltern bzw. der Patienten entnommen. Die Stichprobe kam durch ein matching zustande: Zunächst wurden die Daten aller im angegebenen Zeitraum behandelten Kinder von depressiven Eltern zu einer Stichprobe zusammengefasst und diesen dann systematisch Kinder von psychiatrisch unauffälligen Eltern zugeordnet. Die Parallelisierung umfasste die Variablen *Staatsangehörigkeit* (deutsch), *Geschlecht* und *Alter* sowie weit möglichst die *Behandlungsform* (ambulant, tagesklinisch oder stationär). Die Stichprobenauswahl ist bezüglich der Merkmale *Geschlecht* und *Alter* der Patienten repräsentativ. Durch die Parallelisierung besteht Gleichheit im *Geschlechterverhältnis*: Die Stichproben bestehen aus jeweils 21 Patientinnen (42 %) und 29 Patienten (58 %). Die *Altersspanne* der Stichprobe liegt zwischen 4 und 19 Jahren und ist durch die Parallelisierung für beide Stichproben nahezu identisch, der Mittelwert beträgt (bei N = 100) 13 Jahre (Streuung (sd) = 4,09). Der Altersschwerpunkt der Patienten liegt demnach in der Pubertät und Adoleszenz, wie üblicherweise in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken (Remschmidt u. Mattejat, 1994). Auch im Merkmal *behandelnde Abteilung* wurden die Stichproben weitestgehend parallelisiert. Problematisch dabei war, dass deutlich mehr Kinder von psychiatrisch unauffälligen Eltern ambulant behandelt wurden und deshalb für die stationäre Vergleichsgruppe nicht zur Verfügung standen. Diese Schwierigkeit kann als ein erster Hinweis darauf gewertet werden, dass die Vergleichsgruppe weniger schwer gestört sein könnte oder von den Therapeuten als geringer behandlungsbedürftig angesehen wird als die Untersuchungsgruppe. In beiden Stichproben wurde etwa die Hälfte der Patienten ambulant behandelt und etwa ein Drittel stationär aufgenommen. Ungleichheiten zwischen den Stichproben bestehen hinsichtlich der ambulanten Behandlung (mehr Kinder psychiatrisch unauf-

fälliger Eltern) und der tagesklinischen Behandlung (mehr Kinder mit mind. einem depressiven Elternteil). Die auf diese Weise der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe zugeordneten und untersuchten 100 Patienten umfassen 15 % aller Patienten, die im Zeitraum von 1997 bis 2001 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters behandelt wurden. Ausschlusskriterien für die Studie waren: Komorbidität der erkrankten Mutter, Vorliegen schwerwiegender somatischer Erkrankungen der Eltern und unvollständige Datensätze oder uneindeutige Angaben bezüglich der elterlichen Diagnose.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobenvergleiche

In den *soziodemographische Variablen Schulabschluss und derzeitige Tätigkeit der Eltern* gibt es keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den *Schulabschluss der Mutter* zwischen den zwei Gruppen. Die Untersuchung des *Schulabschlusses des Vaters* erwies sich als nicht sinnvoll, da in der Vergleichsgruppe depressive Väter nur mit neun Personen vertreten sind. Beim Vergleich der *derzeitigen Tätigkeit der Mutter* der Patienten fällt auf, dass die depressiven Mütter im Vergleich zu den psychiatrisch unauffälligen Müttern häufiger nicht erwerbstätig und im Haushalt tätig sind (36 % vs. 20 %).⁶ Sie sind dementsprechend deutlich seltener ganztags erwerbstätig (14 % vs. 37 %). Beide Gruppen sind in etwa gleich häufig regelmäßig teilzeitbeschäftigt (depressive Mütter: 32 %, psychiatrisch unauffällige Mütter 37 %).⁷ Die *derzeitige Tätigkeit des Vaters* hingegen unterscheidet sich innerhalb der Gruppen kaum, sowohl die Partner der depressiven Mütter, als auch die depressiven Väter betreffend, von denen acht ganztags erwerbstätig sind und einer nicht erwerbstätig ist.

Bei der *Schichtzugehörigkeit der Eltern* fällt auf, dass die depressiven Eltern (jeweils das höher gestellte Elternteil) häufiger zur Gruppe der Akademiker, Freiberufler und größeren Unternehmer gehören (32 % vs. 18 %) und weniger zur Gruppe der angelernten Berufe (2 % vs. 18 %), der Facharbeiter (25 % vs. 28 %) und der mittleren Angestellten (18 % vs. 22 %). Höher qualifizierte Angestellte sind zu 10 % (depressive Eltern) bzw. 11 % (psychiatrisch unauffällige Eltern) vertreten. Die depressiven Elternteile weisen also insgesamt tendenziell einen sozial höheren Status auf.

⁶ Bei allen folgenden Prozentangaben im gesamten Ergebnisteil werden zuerst die Ergebnisse zum depressiven Elternteil bzw. deren Kindern, als zweites die Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern genannt.

⁷ Die Gruppe von Kindern depressiver Eltern besteht für diesen Vergleich nur aus den 32 Kindern mit depressiven Müttern. Neun Kinder haben einen depressiven Vater, weitere neun Kinder haben zwei depressive Elternteile.

In der Familien- und Wohnsituation bezüglich des *Beziehungsstatus der leiblichen Eltern* mit den Antwortmöglichkeiten „leben zusammen“/„leben getrennt/geschieden“ sind die Unterschiede nicht signifikant ($Chi^2 = 1.30$, $df = 1$, $p = .26$, Fisher: $p = .31$), die depressiven Eltern sind jedoch tendenziell häufiger getrennt oder geschieden (52 % vs. 40 %).

In der *Stellung der Patienten in der Kinderreihe* fällt auf, dass in beiden Gruppen jeweils das mittlere Kind (9 % und 12 %) am seltensten psychiatrisch erkrankt ist. Am häufigsten sind in beiden Gruppen jeweils die ältesten Kinder (37 % und 43 %) erkrankt. Weitere Häufungen zeigen sich bei Einzelkindern (33 % und 18 %), vor allem bei den depressiven Eltern. Auch die jüngsten Kinder der Geschwisterreihe (21 % und 27 %) sind häufig betroffen. Unterschiede zwischen den Gruppen gibt es insofern, als die erkrankten Kinder depressiver Eltern weit häufiger Einzelkinder sind (mit 33 % zweithäufigste genannte Geschwistersituation vs. 18 %) und die zweithäufigste Geschwisterposition bei den Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern die jüngsten Kinder sind (27 %). Alle genannten Differenzen stehen nicht im Zusammenhang mit der durchschnittlichen *Anzahl der Geschwister*, die sich zwischen den Gruppen nicht unterscheidet. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch bedeutsam.

In ihrer *Wohnsituation* leben weniger Kinder depressiver als psychiatrisch unauffälliger Eltern bei ihrer Mutter (84 % zu 92 %) und bei ihrem leiblichen Vater (54 % zu 60 %), mehr bei „keinem Vater“ (40 %, 19 Kinder). 15 von ihnen wohnen ausschließlich bei der leiblichen Mutter (davon sind drei Kinder von depressiven Vätern), die anderen in stationärer Jugendhilfe oder allein. Die oben beschriebene leicht erhöhte Trennungs- und Scheidungsrate wirkt sich bei den depressiven Eltern dahingehend aus, dass die Kinder eher von einem Elternteil allein erzogen werden, als dass sie institutionell oder bei Pflegefamilien oder Verwandten aufwachsen. In allen anderen untersuchten Variablen, z. B. *Vorstellungsmodus* (z. B. regulär, Notfall), *Schulabschluss der Kinder und Jugendlichen*, *die Beschulung während der Behandlung und Zwillingsgeschwister*, sind die Verteilungen beider Gruppen praktisch identisch. Die Unterschiede in den soziodemographischen Angaben beziehen sich also hauptsächlich auf den Sozialstatus (depressive Eltern haben eher einen etwas höheren Sozialstatus, mehr Mütter sind jedoch nicht erwerbstätig) und die Wohn- und Familiensituation (die Eltern leben häufiger getrennt voneinander und dementsprechend leben die Kinder seltener bei beiden leiblichen Eltern). Die Stellung in der Geschwisterreihe zeigt sich als potentiell bedeutsames soziodemographisches Merkmal, eine exponierte Position in der Geschwisterreihe (Einzelkind, Erst- oder Letztgeborene) scheint das Risiko einer psychiatrischen Störung zu erhöhen.

Um eine mögliche Korrelation zwischen dem Alter des Kindes und der Vulnerabilität bzw. der Fähigkeit zur Bewältigung der spezifischen Belastung der elterlichen Störung herauszufinden, wurden weitere Berechnungen durchgeführt: So wurden z. B. die beiden Gruppen in je zwei Subgruppen (der 5- bis 12-jährigen und der 13- bis 18-jährigen Patienten) unterteilt berechnet, was jedoch, ebenso wenig wie die Unterteilung der Gruppe in ambulante und stationäre Patienten, nicht zu zusätzlich differierenden und relevanten Abweichungen in den Ergebnissen führte.

5.2 Ergebnisse zur Hypothesenprüfung

Werden Kinder mit einem depressiven Elternteil länger behandelt als Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern?

Kinder von depressiven Eltern haben eine signifikant längere Behandlungsdauer (Anzahl der Behandlungstage) als Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern (vgl. Abb. 1). Die Differenz der Mittelwerte zwischen beiden Gruppen ($x^1 = 92,8$, $sd = 90,9$; $x^2 = 138,6$; $sd = 125,6$) ist signifikant ($t = -2.09$, $df = 89$, $*p = .040^8$).

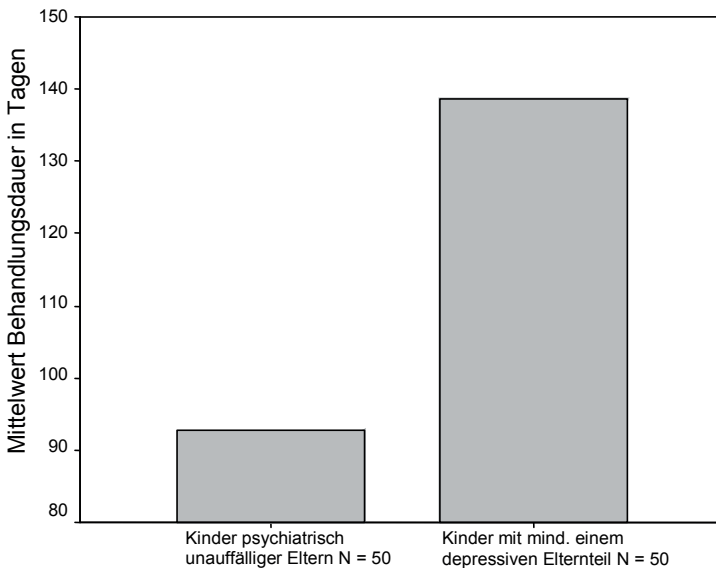


Abbildung 1: Mittelwertsunterschiede in der Behandlungsdauer (in Tagen)

Berücksichtigt man allerdings ausschließlich die Dauer der stationären Behandlungen, ergibt sich kein Unterschied ($t = -0.70$, $df = 32$, ns $p = .945$). Die stationäre Behandlung ist für beide Gruppen gleich lang. Der Mittelwertsunterschied bezüglich der Behandlungsdauer beruht also auf den *ambulant* und *tagesklinisch* behandelten Patienten ($t = -2,51$, $df = 64$, $*p = .015$).

⁸ Signifikanzniveaus werden in folgender Weise angegeben: °p für schwach signifikante Ergebnisse ($p < .10$), *p für signifikante Ergebnisse ($p < .05$), **p für sehr signifikante Ergebnisse ($p < .01$), sowie ***p für hoch signifikante Ergebnisse ($p < .001$).

Werden Kinder mit einem depressiven Elternteil öfter behandelt als Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern?

Auch der Mittelwertsunterschied im Merkmal *Anzahl der Behandlungen* ist zwischen beiden Gruppen signifikant. Die Kinder mit mindestens einem depressiven Elternteil ($x^1 = 1,02$, $sd = 0,14$) werden signifikant *häufiger* behandelt als die Kinder der psychiatrisch unauffälligen Eltern ($x^2 = 1,26$; $sd = 0,63$). Die Anzahl der Aufnahmen stellt Tabelle 1 dar, das signifikante Ergebnis des Gruppenvergleichs beträgt: $t = -2.61$, $df = 54$, $*p = .012$.

Tabelle 1: Anzahl der Aufnahmen

	Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern	Kinder mit mind. einem depressiven Elternteil	Gesamt
1	48 (98 %)	41 (82 %)	89 (90 %)
2	1 (2 %)	6 (12 %)	7 (7 %)
3	–	2 (4 %)	2 (2 %)
4	–	1 (2 %)	1 (1 %)
Gesamt	49 (100 %)	50 (100 %)	99 (100 %)

Auch allein für die *stationär* behandelten Kinder ist die durchschnittliche Anzahl der Behandlungen bei Kindern depressiver Eltern im Vergleich zu solchen psychiatrisch unauffälliger Eltern signifikant höher ($t = -2.36$, $df = 17$, $*p = .030$). Die ausschließlich *ambulant* und *tagesklinisch* behandelten Kinder werden jedoch nicht signifikant öfter behandelt ($t = -1.44$, $df = 36$, $ns p = .158$). Der Gruppenunterschied im Merkmal *Anzahl der Behandlungen* weist also Signifikanz auf, die im Wesentlichen auf den stationären Behandlungen beruht.

Unterscheiden sich die Diagnosen der Kinder mit mindestens einem depressiven Elternteil von den Diagnosen der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern?

Es wird angenommen, dass bei Kindern depressiver Eltern mehr depressive Störungen und Angststörungen auftreten. Innerhalb der Stichproben werden die Diagnosen der I. Achse häufig und in einem breiten Spektrum vergeben. Die Diagnosen der II. und IV. Achse werden selten vergeben. Auf diesen Achsen müssen daher die Unterschiede anhand der erkennbaren Tendenzen interpretiert werden. Signifikanz-statistische Berechnungen können nur für die Diagnostik der III. und VI. Achse (mit dem U-Test nach Mann-Whitney) durchgeführt werden.

Im Vergleich der Kategorien der Diagnosen auf der I. Achse (*Klinisch-psychiatrisches Syndrom*) fallen nur leichte Unterschiede in den Diagnosen auf (vgl. Abb. 2). *Affektive Störungen (ICD-10 F3)* treten bei 6 % (drei Personen) der Kinder depressiver Eltern und bei 2 % (eine Person) der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern auf. Angststörungen (phobische und sonstige Angststörungen, *ICD-10 F40, F41*) werden bei 10 % (fünf Kindern) der erstgenannten Gruppe und 2 % (ein Kind) der zweiten Grup-

pe diagnostiziert. Die Kategorien ICD-10 F0 und F7 (Organische Störungen, Intelligenzminderung) wurden nicht vergeben.

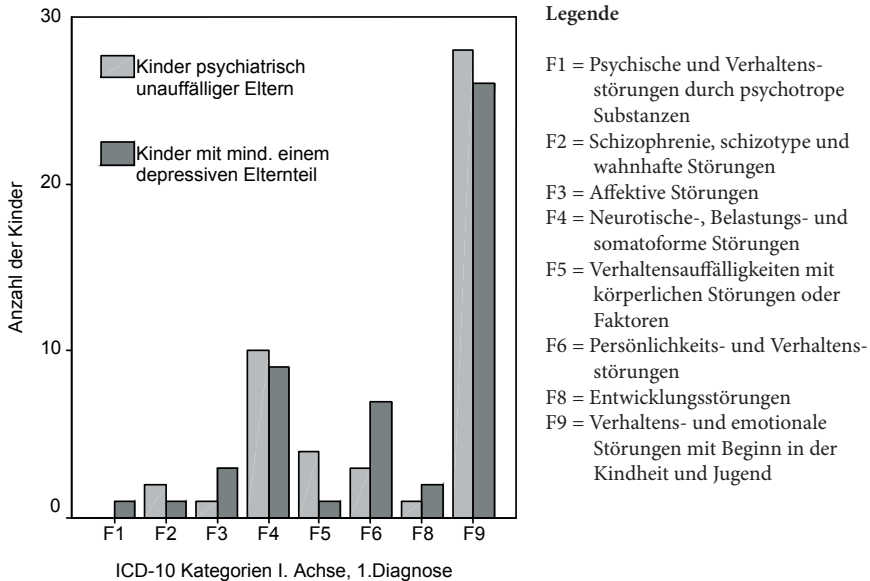


Abbildung 2: Verteilung der ICD-10 Kategorien für beide Gruppen

Die Anzahl vergebener Diagnosen auf der *II. Achse (Umschriebene Entwicklungsstörungen)* ist in etwa gleich verteilt. Auch im *Intelligenzniveau* auf der *Achse III* gibt es keine signifikanten Unterschiede. Die Diagnosen der *Achse IV (Körperliche Symptomatik)* können inhaltlich nicht ausgewertet werden, da insgesamt nur sechs vergeben wurden.

Auf der *VI. Achse (Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung)* wird in beiden Gruppen am häufigsten eine *mäßige soziale Beeinträchtigung* angegeben (vgl. Abb. 3). Die Gruppe der Kinder depressiver Eltern hat eine deutliche, allerdings nicht signifikante, Tendenz zu den schwereren Beeinträchtigungen: *deutliche soziale Beeinträchtigungen* (24 % vs. 18 %) und *tief greifende und schwere soziale Beeinträchtigungen* (12 % vs. 2 %), wohingegen die Gruppe der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern eine gegenläufige Tendenz aufweist in Richtung *leichte soziale Beeinträchtigungen* (25 % vs. 14 %).

Sind Kinder depressiver Eltern im Vergleich zu Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern mehr zusätzlich belastenden, pathogenetisch relevanten Entwicklungsumständen und Komplikationen ausgesetzt?

Vergleicht man die Summen aller psychosozialen Belastungen (entspricht der Summe assoziierter aktueller abnormer psychosozialer Umstände, *V. Achse*) der Kinder einer Gruppe *insgesamt*, erhält man folgendes Bild: Während die Kinder der psychiatrisch un-

auffälligen Eltern insgesamt eine Summe psychosozialer Belastungen von 175 ($x = 3,5$, $sd = 3,03$) aufweisen, lässt sich für die Gruppe der Kinder depressiver Eltern eine Summe von 259 ($x = 5,2$, $sd = 4,31$) errechnen. Die Prüfung der Mittelwertsunterschiede ergibt $t = -2,25$, $df = 98$, $*p = .02$. Allerdings werden hier nur die Auffälligkeiten innerhalb der letzten sechs Monate erfasst. Im Vergleich über die beiden Ausprägungen der Variablen „Merkmal unzutreffend“ und „Merkmal trifft zu“ (mittels Fishers exaktem Test) finden sich in fünf von 35 Merkmalen signifikante Gruppenunterschiede (vgl. Tab. 2).

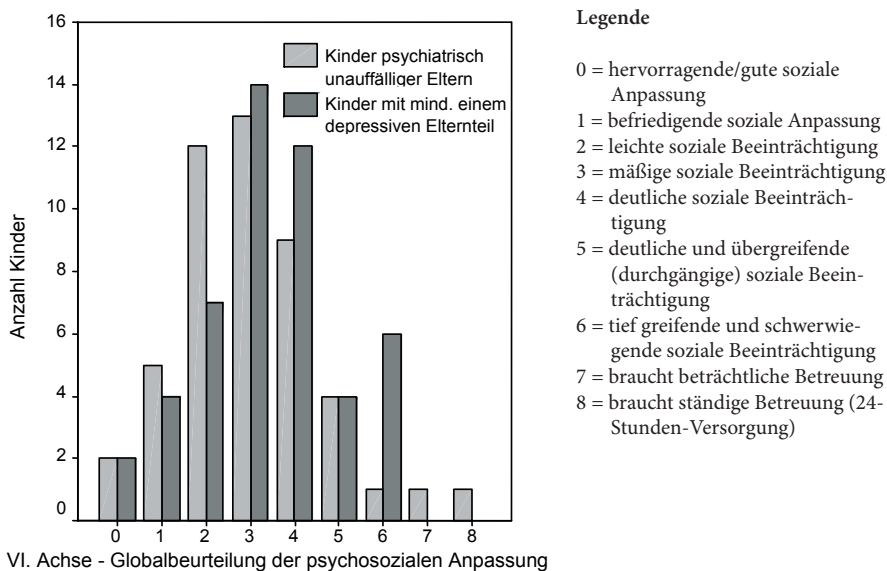


Abbildung 3: Verteilung der Beurteilungen auf der VI. Achse im Vergleich beider Gruppen

Tabelle 2: Merkmalsausprägungen auf der V. Achse mit signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen

Merkmale mit signifikanten Unterschieden	Signifikanzniveau	Kinder psychiatri-sch unauffälliger Eltern	Kinder mit mind. einem depressiven Elternteil	Gesamt
Erziehung in einer Institution N = 83	$*p = .033$	0 (0 %)	5 (12 %)	5 (6 %)
Isolierte Familie N = 81	$^{\circ}p = .058$	1 (3 %)	6 (15 %)	7 (9 %)
Lebensbedingung mit möglicher psychosozialer Gefährdung N = 82	$*p = .029$	2 (5 %)	9 (21 %)	11 (13 %)
Unmittelbare, beängstigende Ereignisse N = 81	$^{\circ}p = .063$	3 (8 %)	9 (22 %)	12 (15 %)
Andere akute, belastende Lebensereignisse N = 76	$^{\circ}p = .058$	0 (0 %)	4 (11 %)	4 (5 %)

Insgesamt wurde also von der Gruppe der Kinder depressiver Eltern signifikant mehr aktuelle abnorme psychosoziale Umstände in den letzten sechs Monaten erlebt, als von den Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern.

Lassen sich weitere Unterschiede zwischen den Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern und Kindern depressiver Eltern auffinden?

Bei der Frage „Soziotherapeutische Verfahren durchgeführt?“ weisen die Gruppen signifikante Unterschiede in der erwarteten Richtung auf ($\chi^2 = 6.20$, $df = 1$, $N = 71$, $*p = .013$, Fisher: $*p = .018$). Diese werden bei 65 % Kindern depressiver Eltern und nur bei 35 % Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern für notwendig erachtet und durchgeführt. Auch die Frage „Weiterbehandlung empfohlen?“ (Fisher: $*p = .031$, $N = 100$) wird von den behandelnden Stationsärzten und Psychologen unterschiedlich beantwortet: Kindern depressiver Eltern wird in 98 % der Fälle, Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern in 84 % der Fälle eine Weiterbehandlung empfohlen. Ebenfalls erweist sich die Frage *Leistungsstörungen in der Schule* (Fisher: $^{\circ}p = .057$, $N = 86$, $\chi^2 = 3.79$, $df = 1$, $^{\circ}p = .052$) als signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen. Während die Kinder depressiver Eltern zu 62 % mit Leistungsstörungen zu kämpfen haben, geben dies bei den Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern nur 41 % an.

In der *neurologischen Gesamtbeurteilung* ($U = 220$, $N = 46$, $^{\circ}p = .070$) und den beiden Bereichen des psychopathologischen Aufnahmebefundes: *funktionelle und somatoforme Störungen* ($U = 938$, $N = 95$, $^{\circ}p = .068$) sowie *Angststörungen* ($U = 877$, $N = 94$, $^{\circ}p = .064$) ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Es werden jeweils weniger Kinder depressiver Eltern mit unauffälligen und entsprechend mehr Kinder mit auffälligen Aufnahmebefunden behandelt. So weisen in der neurologischen Gesamtbeurteilung nur 85 % Kinder depressiver Eltern einen Normalbefund auf, wohingegen dies bei allen Kindern mit psychiatrisch unauffälligen Eltern der Fall ist (100 %). Dagegen weisen 12 % leichte Auffälligkeiten und 4 % pathologische Befunde auf. Im Hinblick auf funktionelle und somatoforme Störungen im Aufnahmebefund sind nur 65 % Kinder depressiver Eltern unauffällig (vs. 83 % Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern), 20 % haben leicht und 14 % stark ausgeprägte Auffälligkeiten (vs. jeweils 9 % bei Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern). Hinsichtlich Angststörungen im Aufnahmebefund sind 38 % Kinder depressiver Eltern unauffällig (vs. 59 % Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern), jeweils 31 % haben leichte bzw. stark ausgeprägte Auffälligkeiten. Bei Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern sind es 20 % der Kinder mit leichten und 22 % mit stark ausgeprägten Auffälligkeiten.

6 Diskussion

In unserer Stichprobe weisen die depressiven Eltern tendenziell einen höheren sozialen Status auf. Dies steht im Widerspruch zu Angaben anderer Patientenpopulationen (z. B. von Keller et al., 1986; Remschmidt u. Mattejat, 1994), in denen

die Schichtzugehörigkeit psychisch kranker Eltern bedeutsam unter der gesunder Eltern liegt. Allerdings haben sich Remschmidt und Mattejat vorwiegend mit Kindern psychotischer Eltern beschäftigt, sicherlich weisen z. B. schizophrene Eltern durch ihren Krankheitsverlauf einen niedrigeren Sozialstatus auf. Außerdem wird in unserer Stichprobe die Schichtzugehörigkeit des jeweils höhergestellten Elternteils angegeben, möglicherweise führten also die Berufe der gesunden Partner der depressiven Mütter in unserer Stichprobe zu diesem Ergebnis.

Bei der Stellung unserer Patienten in der Kinderreihe zeigt sich das interessante Ergebnis, dass die ältesten Kinder einer Familie ein höheres Erkrankungsrisiko haben. Auch die Einzelkinder mit einem depressiven Elternteil sind häufig betroffen. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der Feststellung anderer Autoren (z. B. Papoušek, 2001; Remschmidt u. Mattejat, 1994), dass erlebte positive Beziehungserfahrungen des Kindes ein entscheidender kompensierender Faktor bei der Krankheitsentstehung sein können. Bei Einzelkindern ist die Wahrscheinlichkeit, diese Erfahrungen innerhalb der Familie machen zu können, eingeschränkt, da keine älteren Geschwister eine kompensierende Funktion übernehmen können. Zwar können Geschwister die Eltern nicht ersetzen, aber die Kinder haben die Möglichkeit, sich mit den Geschwistern auszutauschen, ihre Probleme mit den Geschwistern zu teilen etc. Von daher scheinen Einzelkinder den negativen Auswirkungen der Depressivität in besonderem Maße ausgesetzt. Die jüngsten Kinder haben meistens ebenfalls eine exponierte Stellung, als Nachzügler oder „Nesthäkchen“, denen noch einmal die besondere Aufmerksamkeit der Eltern zukommt und die dementsprechend stärker dem depressiven Verhalten der Eltern ausgesetzt sind. Insgesamt kann festgehalten werden, dass offenbar jede exponierte Position in der Geschwisterreihe das Risiko zu erkranken, erkennbar erhöhen kann.

Wir fanden, dass die Kinder mit mindestens einem depressiven Elternteil *länger* behandelt werden als die Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern, dabei gehen die Unterschiede vor allem auf die ca. doppelt so lang dauernde, *ambulante* und *tagesklinische* Behandlung zurück. Da am UKE keine ausschließliche längerfristige ambulante Behandlung angeboten wird, sondern in vielen Fällen an niedergelassene Therapeuten weitervermittelt wird, dienen ambulante Gespräche neben der Diagnostik zur Abklärung der Indikation vor einer Behandlung in der Regel der Nachbetreuung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt. Dieser erhöhte Bedarf an Nachbetreuung könnte darauf hinweisen, dass die Störungen von Kindern depressiver Eltern (nach der akuten und stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsphase) langwieriger sind. Möglicherweise dauern die Behandlungen aber auch länger, weil die Familiensituation, in die die Kinder entlassen werden als weniger rehabilitationsförderlich angesehen wird. Die Kinder depressiver Eltern sind nach der Entlassung durch die eigenen Schwierigkeiten der Eltern erneut gefährdet; das Elternhaus scheint weniger zur Gesundung beitragen zu können oder wirkt schlimmstenfalls sogar erneut krankheitsauslösend. Mit der längeren Behandlung könnte z. B. versucht werden, die mangelnde Unterstützung im Elternhaus auszugleichen, um so die Integration des Kindes in das häusliche und soziale Umfeld zu gewährleisten.

Zusätzlich zur längeren ambulanten Betreuung am UKE werden auch *Weiterbehandlungen/weitere Maßnahmen* signifikant häufiger für Kinder depressiver Eltern empfohlen, dies betrifft sowohl psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen, als auch andere medizinische Behandlungen und ambulante Therapieformen. Zudem werden signifikant häufiger *soziotherapeutische Verfahren*, d. h. Beratungen von Kindergärten, Schulen, anderen Therapeuten, sozialen Diensten und Jugendämtern sowie auch die Vermittlung weitergehender Hilfen, z. B. sozialpädagogischer Familienhilfe, durchgeführt. Im Einklang mit diesen Ergebnissen steht ein weiterer Befund dieser Studie, dass die Kinder depressiver Eltern auch häufiger vor der Behandlung am UKE noch weitere Beratungen und Behandlungen in Anspruch nehmen. 31 % (15 Personen) der Kinder depressiver Eltern und 45 % (22 Personen) der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern nehmen keine Konsultationen in Anspruch, dementsprechend sind 69 % (33 Personen) der Kinder depressiver Eltern im Vergleich zu 55 % (27 Personen) der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern in vorheriger – vorwiegend ambulanter psychiatrischer – Behandlung.

Die im Anschluss an die Behandlung im UKE in Anspruch genommene Nachbehandlung reicht vergleichsweise häufiger nicht aus (oder die Kinder gelangen aufgrund von mangelnden Therapieplätzen nicht in die empfohlene ambulante Therapie), daher werden die Kinder der Untersuchungsgruppe öfter (um ein Drittel häufiger) erneut stationär aufgenommen. Diese erhöhte Anzahl stationärer Behandlungen könnte also bestätigen, dass sie häufiger Rückfälle erleben.

Die Behandlung der Kinder mit mindestens einem depressiven Elternteil zeigt sich damit insgesamt als deutlich aufwändiger und langwieriger als die der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern.

Das Profil der *Diagnosen* unterscheidet sich wenig. In unserer Untersuchung ergeben sich keine Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit der Merkmale *depressive Störungen* (F3) und *Angststörungen* (F40 und F41). Allerdings ist ein Großteil der Kinder dafür auch noch sehr jung und es erscheint durch die geringen Auftretenshäufigkeiten der einzelnen Diagnosen der I. Achse auch wenig sinnvoll, diese inhaltlich zu interpretieren. In der *Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung* fällt in beiden Gruppen eine mäßige soziale Beeinträchtigung als häufigster Wert auf. Die Kinder depressiver Eltern weisen jedoch eine Tendenz hin zu den schwereren Beeinträchtigungen auf: *deutliche soziale Beeinträchtigungen* (24 % vs. 18 %) und *tief greifende und schwere soziale Beeinträchtigungen* (12 % vs. zu 2 %). Dagegen ist bei Kindern psychiatrisch unauffälliger Eltern eine gegenläufige Tendenz zu beobachten (*leichte soziale Beeinträchtigungen*: 25 % vs. 14 %). Möglicherweise bedingt dies die längeren ambulanten Nachbehandlungszeiten und die häufigeren Wiederaufnahmen: Die Kinder depressiver Eltern sind schlechter psychosozial integriert, was sich im Kontakt mit anderen Personen, in der Bewältigung von sozialen Situationen, der schulischen und beruflichen Anpassung und in den eigenen Interessen und Freizeitaktivitäten zeigen kann. Auch die Auswertungen zu den *psychosozialen Belastungsfaktoren* der V. Achse führten nur zu wenigen signifikanten Unterschieden. Vergleicht man die Anzahl

der Angaben zu allen Kindern einer Gruppe (für alle Merkmale der V. Achse) erhält man die Aussage „Merkmal trifft zu“ von der Untersuchungsgruppe jedoch signifikant häufiger als von der Vergleichsgruppe. *Insgesamt* sind die Kinder depressiver Eltern also mehr aktuellen abnormen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, als es bei der Gruppe der Kinder psychiatrisch unauffälliger Eltern der Fall ist.

Methodenkritisch sei abschließend angemerkt, dass es sich um eine retrospektive Studie mit den damit verbundenen Einschränkungen handelt. Im nächsten Schritt wird gegenwärtig eine prospektive Studie zur Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern. Risikofaktoren, präventive Interventionen und deren Evaluation“ im Rahmen des Präventionsprojektes „CHIMPs“ (Children of mentally ill parents) durchgeführt, die einerseits einige Risikofaktoren erhebt und prüft und andererseits einen familienorientierten präventiven Ansatz entwickelt und evaluiert (vgl. Wiegand-Grefe u. Pollak, 2006; Wiegand-Grefe, 2007). Ausgehend vom Befund, dass eine mütterliche Erkrankung stärkere negative Auswirkungen aufweist als eine väterliche (vgl. Mattejat u. Lisofsky, 1994), können sich Verzerrungen in den Ergebnissen daraus ergeben, dass in unserer Studie der depressive Elternteil sowohl Mütter als auch Väter einschloss. Da der Fokus der Behandlung nicht auf den Eltern liegt, sind die Angaben zu ihnen in der Basisdokumentation oft nur dürftig. Zudem wären die Ergebnisse eindeutiger und differenzierter zu beschreiben, wenn wir auch Faktoren wie Krankheitsbewältigungsstrategien der Kinder und der Eltern (Verleugnung, Auseinandersetzungsfähigkeit etc.), Familienklima und das Beziehungsnetz der Familie (soziale Unterstützung, Vorhandensein gesunder Bezugspersonen) hätten mitberücksichtigen können (Mattejat et al., 2000). Diese Annahme von kompensierenden Beziehungserfahrungen wird ebenfalls in der prospektiven Folgestudie untersucht. Auch die ebenfalls nicht erfassten unterschiedlichen Zeiträume und Schweregrade der elterlichen Depressionen verringern die gemessenen Auswirkungen auf die Kinder sicher deutlich. Hinzu kommt, dass die notwendige Parallelisierung im Merkmal *behandelnde Abteilung* wahrscheinlich einen verkleinernden Effekt auf die untersuchten Unterschiede zwischen den Gruppen hat. Die Kinder der psychiatrisch unauffälligen Eltern wurden häufiger ambulant behandelt, auch hieraus lässt sich möglicherweise auf weniger ausgeprägte Störungen bei Kindern gesunder Eltern schließen. Umso bemerkenswerter sind daher die Ergebnisse, dass sich in mehreren relevanten Variablen signifikante Unterschiede zeigen.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen liefert unsere klinische Studie Hinweise darauf, dass die Störungen der Kinder depressiver Eltern schwerer und langwieriger zu behandeln sind. Nach der Entlassung, bei Rückkehr ins häusliche Umfeld, scheinen die Kinder depressiver Eltern benachteiligt. Sie werden als länger behandlungsbedürftig eingeschätzt, was in der länger dauernden nachfolgenden ambulanten Therapie zum Ausdruck kommt. Das häusliche Milieu scheint weniger stabilisierend und rehabilitationsförderlich zu wirken oder ist sogar erneut krankheitsauslösend, wodurch es auch zu häufigeren stationären Klinikaufenthalten kommt.

7 Ausblick

Unsere Ergebnisse, die längere ambulante Behandlungsdauer und die häufigeren stationären Aufnahmen, liefern Hinweise dafür, dass Kinder depressiver Eltern einen höheren Unterstützungsbedarf haben. Hierauf sollten Behandler und Zuständige in den Behörden verstärkt ihre Aufmerksamkeit richten. Ein weiterer Ausbau von Präventivmaßnahmen und eine Verstärkung des Therapie- und Beratungsangebotes sind unbedingt notwendig. Besonders im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besteht eine therapeutische Unterversorgung: Für 50.000 von psychischen Störungen betroffene Kinder in Hamburg stehen z. B. gegenwärtig im Raum Hamburg nur 50 analytische Kinder- und Jugendlichentherapeuten zur Verfügung (Timmermann, 2005). Dieser Notstand führt dazu, dass gerade die Kinder und Jugendlichen, die mehr Behandlung brauchen – zu dieser Gruppe gehören die Kinder depressiver Eltern –, eine stärkere Vernachlässigung erfahren. Es ist zu vermuten, dass die Anzahl der Therapiestunden, die niedergelassenen Psychotherapeuten zur Verfügung steht, im Durchschnitt für die Behandlung von Kindern depressiver Eltern nicht ausreicht, da eine vergleichsweise längere ambulante Versorgung dieser Kinder notwendig ist. Gleichzeitig stehen vermutlich diese ambulanten Therapieplätze den schwerer beeinträchtigten Kindern depressiver und anderer psychisch kranker Eltern gar nicht zur Verfügung. Oft existieren sowohl im ambulanten wie im stationären Therapiebereich lange Wartelisten von Kindern; offensichtlich sind keine ausreichenden ambulanten Kapazitäten vorhanden. Wichtig ist also der Ausbau des Netzes ambulanter, kompetenter Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten und die Entwicklung geeigneter präventiver Maßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern.

Literatur

- Beck, Ch. T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: a metaanalysis. *Journal of Advances Nursing*, 29, 623-629.
- Deneke, Ch. (1995). Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. *pro familia magazin*, 4, 5-7.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Steinhausen, H.-C., Aster, M. (1991). Psychopathologische Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche. Dokumentationsbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Englert, E., Jungmann, J., Wienand, F., Lam, L., Poustka, F. (1999). Glossar Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP, BAG, BKJPP) (3. Aufl.). Ort: Verlag
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E., Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnosis in children and woman with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of general Psychiatry*, 47, 1112-1117.
- Harrington, R. (1995). Affective Disorders. *Child and adolescent Psychiatry*, Kap.19 (S. 330-350). Ort: Verlag

- Harvey, Ph., Winters, K., Weintraub, Sh., Neale, J. M. (1981). Distractibility in children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 298-304.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K., Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Keitner, G. I., Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137.
- Keller, M. B., Beardslee, W. R., Dorner, D. J., Lavori, Ph. W., Samuelson, H., Klerman, G. R. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry*, 43, 930-937.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., Wüthrich, C., Remschmidt, H. (2000). *Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern*. *Nervenarzt*, 71, 164-172.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (2001). ... nicht von schlechten Eltern. *Kinder psychisch kranker Eltern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Müllenmeister, Th. (1995). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Vortrag beim 45. Kongress der Ärzte des ÖGD e.V. und der Zahnärzte des ÖGD e.V., Dresden.
- Puckering, C. (2004). When a parent suffers from an affective disorder: effect on the child. In M. Göpfert, J. Webster, M. Seeman (Hrsg.). *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families*. Cambridge University Press.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. (3. rev. Aufl.). Bern: Huber.
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-partal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.
- Timmermann, H. (2005). *Statistiken des Landesverbandes Hamburg für analytische Kinder- und Jugendlichentherapeuten*. mdl. Mitteilung
- Weisman, M. M., Fendrich, M., Warner, V., Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of American Child Adolescence Psychiatry*, 31, 640-648.
- Wiegand-Grefe, S., Pollak, E. (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern. Risikofaktoren, präventive Interventionen und deren Evaluation*. In J. Rieforth (Hrsg.), *Triadisches Verstehen in sozialen Systemen. Gestaltung komplexer Wirklichkeiten* (S. 159-176). Heidelberg: Carl Auer.
- Wiegand-Grefe, S. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern. Eine psychoanalytisch-familienorientierte Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern*. In A. Springer, K. Münch, D. Munz (Hrsg.), *Psychoanalyse heute?!* (S. 439-459). Psychosozial Verlag 2007.

Korrespondenzanschrift: Dr. Silke Wiegand-Grefe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, S 30, Martinistr. 52, 20246 Hamburg. E-mail: s.wiegand-grefe@ukl.uni-hamburg.de