

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters am Campus Virchow Klinikum  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die Bedeutung psychischer Erkrankung eines Elternteils für  
Säuglinge und Kleinkinder einer kinderpsychiatrischen  
Inanspruchnahmepopulation

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Elisabeth Katharina Bürger

aus Paderborn

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl  
2. Prof. Dr. A. von Gontard  
3. Prof. Dr. med. et phil. G. Danzer

Datum der Promotion: 16. Mai 2010

## **Meiner Familie**



## **ABSTRACT**

Eine ätiologische Bedeutung für die kindliche Psychopathologie wird der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile zugeschrieben.

Es wurden die Daten von 281 Kindern im Alter von null bis 4,9 Jahren analysiert, die in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité vorstellig wurden. 112 dieser Kinder haben zumindest ein Elternteil mit psychischer Erkrankung. Diese Kinder stellen die Indexgruppe dar; die anderen 169 Kinder bilden die Kontrollgruppe.

Die psychosoziale Situation der Kinder wurde über die Schulbildung der Eltern, die fünfte Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas der ICD 10, sowie den Family Adversity Index erfasst. Kindliche Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wurden mit dem psychopathologischen Aufnahmebefund vom Therapeuten und dem Elternfragebogen, der Child Behavior Checklist 1½-5 für Vorschulkinder, erhoben.

Die Kinder der Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich signifikant im Alter sowie den gestellten Diagnosen nach DC: 0-3R. Die Kinder der Indexgruppe sind jünger bei Erstvorstellung und weisen vermehrt Bindungsstörungen auf.

In den Indexfamilien finden sich ein niedrigeres Bildungsniveau der Eltern, sowie signifikant mehr psychosoziale Belastungen und familiäre Risikofaktoren.

Die Kinder der Indexgruppe weisen psychopathologische Auffälligkeiten eher stark ausgeprägt, d.h. behandlungsbedürftig, auf. Die Verhaltensstörungen werden von den Eltern eher als auffällig und nicht mehr grenzwertig eingeschätzt.

Diese Studie zeigt die Notwendigkeit von präventiven Untersuchungen der Eltern-Kind-Paare in spezialisierten Einrichtungen auf.

Mental illness of one or both parents is of etiological importance in child psychopathology.

Data of 281 children referred to the Baby and Toddler Consultation at the Charité University Hospital between the ages of zero to 4.9 years has been analysed. Of those children 112 had at least one mentally ill parent. These subjects constitute the index group where as the other 169 form the control group.

The psychosocial situation of the children has been assessed via the parental education, the fifth axis of the Multiaxial Classification Scheme of the ICD 10, as well as the Family Adversity Index. Infantile emotional and behavioural disorders have been measured with the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology and the parents' questionnaire, the Child Behavior Checklist 1½-5 for preschool children.

The children of the index and control group were significantly different in regards to age and diagnoses in DC: 0-3. The children of the index group are younger at first admission and more frequently, suffer from conduct disorders. In index families, lower educational levels of the parents, more psychosocial adversities and more familiar risk factors were found.

Psychopathological symptoms were more intense, e.g. treatment-requiring, in index children. Parents rate infantile behaviour problems as noticeable rather than borderline.

This study shows the need for preventive counselling of parent- child-dyads in specialised institution.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>I</b>
<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2 THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1 Psychisch kranke Eltern .....</b>	<b>2</b>
2.1.1 Epidemiologie.....	2
2.1.2 Interaktion, Bindung, Erziehungsverhalten .....	2
2.1.3 Familie und Umweltfaktoren .....	3
2.1.4 Genetik und Schwangerschaft .....	4
2.1.5 Untersuchungen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen.....	5
<b>2.2 Psychopathologie in der frühen Kindheit .....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren .....	11
2.2.2 Diagnostische Erhebung und Klassifikation .....	14
2.2.3 Prävalenz psychischer Störungen .....	16
<b>2.3 Fragestellung und Hypothesen.....</b>	<b>18</b>
<b>3 METHODEN.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Erhebung der Daten.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Stichprobe .....</b>	<b>20</b>
3.2.1 Index- und Kontrollgruppe .....	20
<b>3.3 Klassifikationen und Instrumente .....</b>	<b>21</b>
3.3.1 Altersgruppen .....	21
3.3.2 Kindliche Diagnosen und Diagnosegruppen.....	21
3.3.3 Schulbildung der Eltern .....	22
3.3.4 Fünfte Achse (Achse V) des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) .....	22
3.3.5 Family Adversity Index (FAI) .....	23
3.3.6 Psychopathologischer Aufnahmebefund .....	23
3.3.7 Child Behavior Checklist (CBCL/1½-5) .....	24
<b>3.4 Auswertung der Daten .....</b>	<b>26</b>

<b>4 ERGEBNISSE</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1 Gruppenstatistik</b> .....	<b>28</b>
4.1.1 Alter und Geschlecht .....	28
4.1.2 Diagnosen.....	30
<b>4.2 Hypothese-1-prüfende Statistik zur psychosozialen Situation</b> .....	<b>33</b>
4.2.1 Schulbildung der Eltern.....	33
4.2.2 Achse V .....	34
4.2.3 FAI .....	37
4.2.4 Logistische Regression.....	40
<b>4.3 Hypothese-2-prüfende Statistik zum kindlichen Verhalten</b> .....	<b>41</b>
4.3.1 Psychopathologischer Aufnahmebefund .....	41
4.3.2 CBCL/1½-5 .....	43
<b>5 DISKUSSION</b> .....	<b>46</b>
<b>5.1 Gruppenstatistik</b> .....	<b>46</b>
<b>5.2 Hypothese 1 zur psychosozialen Situation</b> .....	<b>50</b>
<b>5.3 Hypothese 2 zum kindlichen Verhalten</b> .....	<b>54</b>
<b>5.4 Zusammenfassende Darstellung</b> .....	<b>56</b>
<b>5.5 Ableitungen für die klinische Praxis</b> .....	<b>58</b>
<b>5.6 Limitationen und Ausblick</b> .....	<b>59</b>
<b>6 ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>61</b>
<b>7 LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>63</b>
<b>8 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>70</b>
<b>ANHANG</b> .....	<b>71</b>



### **1 EINLEITUNG**

Im Säuglings- und Kleinkindalter ist das Kind für seine körperliche Reifung, kognitive und psychosoziale Entwicklung auf die Fürsorge seiner Eltern angewiesen und bedarf eines schützenden familiären Umfelds. Diese komplexen Entwicklungsprozesse sind unter ungünstigen Bedingungen äußerst störungsanfällig (Rollet, 2002).

Die Beziehung zwischen dem Kleinkind und seiner Pflegeperson ist die entscheidende Kontextvariable für die kindliche Entwicklung und Psychopathologie (Zeanah et al., 1997). Eine besondere Bedeutung für die Beziehungsentwicklung und entstehende Bindung zwischen Bezugsperson und Kind kommt der Interaktionsqualität und dem Erziehungsverhalten der Eltern zu.

In der Entwicklungspsychopathologie wurden risikosteigernde Faktoren für kindliche psychische Störungen identifiziert. Hierbei handelt es sich sowohl um biologische und psychische Merkmale der Kinder, als auch um psychosoziale Aspekte der Umwelt des Kindes, die seine Entwicklung beeinflussen (Laucht, Esser & Schmidt, 2000b; Rutter, 2002).

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen führte zu dem Ergebnis, dass psychosoziale Variablen eine wichtige Rolle in der Entstehung von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen spielen (Goor-Lambo, 1993; Laucht, Esser & Schmidt, 1997).

In einer systematischen Erfassung von aktuellen abnormen familiären und sozialen Umständen in einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation waren nur bei 18 Prozent der Kinder keine bedeutsamen abnormen Umstände festzustellen (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2004).

Als ein bedeutender Risikofaktor, dem eine ätiologische Bedeutung bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung des Kindes zugeschrieben wird, ist die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile anzusehen. Sie ist in vielerlei Hinsicht mit negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung assoziiert (z. Bsp.: Murray, Cooper & Hipwell, 2003; Zahn-Waxler, Duggal & Gruber, 2002; Zeanah, Boris & Scheeringa, 1997) und neben der biologischen und genetischen Prädisposition des Kindes (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006) häufig mit weiteren psychosozialen Belastungen der Familie verbunden (Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000).

## 2 THEORETISCHER HINTERGRUND

### 2.1 Psychisch kranke Eltern

#### 2.1.1 Epidemiologie

Es gibt keine genauen Angaben, wie viele Kinder mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen aufwachsen. Abhängig von der Ausgangspopulation, den einbezogenen Störungsbildern, der Berücksichtigung von nur stationären oder auch ambulanten Patienten variieren die Angaben. In Deutschland leben mindestens 500,000 Kinder mit einem schizophrenen oder depressiven Elternteil zusammen (Renschmidt & Mattejat, 1994). Nimmt man zu diesen schwerwiegenden Störungen weitere psychiatrische Störungen hinzu, verdreifacht sich die Zahl nach Schätzungen der Bundespsychotherapeutenkammer auf etwa **1,5 Millionen Kinder und Jugendliche**, die in Deutschland mit einem oder zwei psychisch kranken Eltern aufwachsen (BPtK).

#### 2.1.2 Interaktion, Bindung, Erziehungsverhalten

In den ersten Lebensjahren entwickelt sich das Kind in der engen, abgestimmten und emotionalen **Interaktion** mit seinen Bezugspersonen. Die frühe Eltern-Kind-Interaktion hat einen entscheidenden Einfluss auf spätere kindliche Verhaltensauffälligkeiten (z.B.: Keren, Feldman & Tyano, 2001; Zimmermann, Suess, Scheuerer-Englisch & Grossmann, 2000).

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann, insbesondere in Verbindung mit einer hohen psychosozialen Belastung der Familie, diese Interaktion negativ beeinflussen und so die kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (Crandell, Patrick & Hobson, 2003; Murray, Cooper & Hipwell, 2003; Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996; Stein et al., 1991; Weinberg & Tronick, 1998).

Bei Eltern wird die Feinfühligkeit (siehe dazu: Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) in Bezug auf die Bedürfnisse und den Entwicklungsstand des Kindes als eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Entwicklung einer stabilen emotionalen Bindung angesehen (Dornes, 2006b). Die Bezeichnung **Bindung**, die in den 50er Jahren von John Bowlby (1958) eingeführt wurde, beschreibt die Qualität von Beziehungen und hat soziale, emotionale, kognitive und behaviorale Elemente (Resch & Möhler, 2001). Ein feinfühliges Beziehungsverhalten ist für die Entstehung einer sicheren Bindung wesentlich. Eine unsichere Bindung zwischen Hauptbezugsperson und Kind ist mit einem Risiko für spätere kindliche Psychopathologien

## Theoretischer Hintergrund

verbunden (Boris & Zeanah, 1999; Madigan, Moran, Schuengel, Pederson & Otten, 2007; Sroufe, 1997). Bei betroffenen Kindern werden sowohl vermehrt internalisierende als auch externalisierende Störungen gefunden (Zeanah, Keyes & Settles, 2003). Feinfühligel Eltern zeigen die Aufmerksamkeit, Bereitschaft und Fähigkeit für eine adäquate Interpretation der kindlichen Signale und eine prompte und angemessene Reaktion auf diese (Dornes, 2006b). Sie stimmen ihr eigenes Verhalten auf das des Kindes ab. Eltern, die an einer psychischen Erkrankung leiden, können dieses häufig nicht leisten. Zusätzlich kann es zu einer Einschränkung des „intuitive parenting“ (siehe dazu: Papousek & Papousek, 1987) kommen (Rauh, 2002). Dieses beinhaltet biologische Programme im Pflege- und Interaktionsverhalten, mit denen Eltern auf die Äußerungen ihrer Säuglinge eingehen (Dornes, 2006a; Resch & Möhler, 2001).

Auch im Kleinkindalter, in dem das **Erziehungsverhalten** der Eltern zunehmend an Bedeutung gewinnt, setzt sich diese Problematik fort, insofern Eltern mit psychischen Problemen nicht adäquat die kindlichen Bedürfnisse erkennen und auf sie eingehen können. Diese Eltern zeigen ein ungünstigeres Erziehungsverhalten, das wiederum zu vermehrten psychiatrischen Störungen ihrer Kinder führen kann (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook, 2001). Es werden vermehrt physisch und psychisch strafende Erziehungsstrategien beobachtet. Diese sind eng mit kindlichen Psychopathologien verbunden und führen bei den Kindern zu vermehrten Verhaltensauffälligkeiten und Bindungsstörungen (Vostanis et al., 2006). Besonders gefährdet sind Kinder, die aufgrund schwerwiegender elterlicher psychischer Störungen feindseliges Verhalten und aggressive Handlungen erleben, sowie physisch oder psychisch vernachlässigt oder in die elterliche psychopathologische Symptomatik stark involviert werden (Blanz, Renschmidt, Schmidt & Warnke, 2006).

Zusammenfassend lässt sich ein Zusammenhang zwischen kindlicher und elterlicher psychiatrischer Erkrankung erkennen, der durch das elterliche Bindungs-, Beziehungs- sowie Pflege- und Erziehungsverhalten zu Stande kommt (Vostanis et al., 2006).

### 2.1.3 Familie und Umweltfaktoren

Leidet ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung, hat dies Auswirkungen auf die ganze **Familie**. Jedes Familienmitglied trägt mit seiner Person und mit seinen Beziehungen zu den anderen Familienmitgliedern zum innerfamiliären Klima bei. Bei einem durch psychische Erkrankung belasteten Familiensystem ist ein zusammenhaltendes und harmonisches Miteinander schwierig (Feldman, 2007). Die Kinder sind vermehrt gestörtem Erziehungsverhalten und einem angespannten familiären Umfeld ausgesetzt (Connell &

Goodman, 2002). Ein Elternteil in guter psychischer Verfassung kann den negativen Einfluss des psychisch erkrankten Partners auf das Kind mindern und es vor dessen dysfunktionalem Verhalten bedingt schützen (Connell & Goodman, 2002; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004). Partner psychisch Kranker leiden jedoch häufig selbst unter psychischen Belastungen, die ihre elterlichen Kompetenzen negativ beeinflussen (Grube, 2004; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004). Mütter mit Depressionen leben zum Beispiel häufig mit Partnern zusammen, die dissoziales Verhalten zeigen (Marmorstein, Malone & Iacono, 2004). In diesen Familien fehlt es den Kindern häufig an Struktur, Unterstützung und Bewältigungsstrategien (Connell & Goodman, 2002).

Neben der elterlichen Erkrankung kommen weitere **Umweltfaktoren** hinzu, die die Familie belasten können und die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen. So können mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils weitere abnorme psychosoziale Umstände der Familie einhergehen (Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000). Dabei handelt es sich um Risikofaktoren (siehe Kapitel 2.2.1) wie ein geringer sozioökonomischer Status, finanzielle Probleme, eingeschränktes soziales Netzwerk und konflikthafte familiäre Beziehungsmuster (Ostman & Hansson, 2002).

### 2.1.4 Genetik und Schwangerschaft

Biologische Faktoren treten in Wechselwirkung mit umweltbezogenen Einflüssen und tragen zur Genese kindlicher Psychopathologie bei. Die Kinder teilen ein hohes Maß an genetischer Information mit dem psychisch kranken Elternteil. Dies führt zu einer **genetischen Vulnerabilität** (Plomin & Rutter, 1998). Bei vielen psychischen Erkrankungen wie Depression, Angststörung, Schizophrenie, bipolarer Störung und Sucht wird von einer vererbten Komponente der Störungen ausgegangen (vgl. Blanz, Renschmidt, Schmidt & Warnke, 2006).

Charakteristische Merkmale der Kinder, wie intellektuelle und körperliche Leistungsfähigkeit als auch Temperamenteigenschaften, sind zu einem erheblichen Teil genetisch bestimmt und beeinflussen die Entwicklung von Psychopathologien (siehe Kapitel 2.2.1).

Bei einer mütterlichen psychischen Erkrankung muss auch der mögliche **pränatale negative Einfluss** auf das Kind und das damit verbundene Risiko für seine spätere Entwicklung bedacht werden. Depressionen, Angsterkrankungen oder Schizophrenien können die intrauterine Entwicklung des Kindes nachteilig beeinflussen, da die Feten den neuroendokrinen Korrelaten von mütterlichem Stress oder Depression ausgesetzt sind. Die Einnahme von psychotropen Medikamenten kann teratogen wirken und insbesondere der Konsum von Drogen oder Alkohol

bei einer Suchterkrankung hat schädigenden Einfluss. Des Weiteren kann bei einer Essstörung eine Mangel- oder Fehlernährung der Mutter einen pathogenen Einfluss ausüben.

Konkret wurden bei den Kindern psychisch kranker Mütter ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht und Wachstumsretardierung mit geringerem Kopfumfang und Hirnwachstum sowie Probleme mit der Neuroregulation nachgewiesen. In den ersten Tagen nach der Geburt zeigen sie sich leichter irritierbar, sind schlechter zu beruhigen, reagieren weniger auf Stimulationen und haben ein geringeres Aktivitätslevel (vgl. Meta-Analyse: Connell & Goodman, 2002).

### **2.1.5 Untersuchungen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen**

Dieser Abschnitt stellt eine Zusammenstellung der Studien zu psychischen Erkrankungen der Mutter und des Vaters dar. Es werden die Auswirkungen auf die elterlichen Kompetenzen und die Bedeutung für die kindliche Entwicklung im Säugling- und Kleinkindalter für verschiedene Erkrankungen aufgeführt.

Die postpartale Depression der Mutter ist die häufigste psychiatrische Diagnose von Frauen nach der Geburt und hat in der Forschung am meisten Beachtung gefunden. Zu weiteren psychiatrischen Erkrankungen der Eltern und deren Bedeutung liegen weniger Studien vor, vor allem die Bedeutung der väterlichen Erkrankung für die Entwicklung des Kleinkindes ist wenig untersucht.

#### **Postpartale Depression**

Depressive Störungen im Postpartalzeitraum stellen mit einer Prävalenz von etwa 10-15 Prozent die häufigste psychische Störung junger Mütter dar (Riecher-Rössler, 1997). Die **postpartale Depression** ist ein schwerwiegendes Risiko für die Gesundheit der Frau, für die Entwicklung einer intakten Mutter-Kind-Beziehung sowie für die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes. Häufig sind die Symptome der Depression nicht nur vorübergehend, sondern bestehen auch noch nach Monaten oder Jahren (Goodman, 2004).

Es gibt zahlreiche Studien zum Interaktionsverhalten von postpartal depressiven Müttern mit ihren Kindern. Das Interaktionsverhalten wird durch mangelnde Sensitivität, Responsivität, Passivität und Abwesenheit einerseits sowie durch Intrusivität und Feindseligkeit andererseits beschrieben. Es wird weniger positiver Affekt und gleichzeitig mehr negativer Affekt und ein geringeres expressives mimisches Ausdrucksverhalten beobachtet (Beck, 1995; Field, 1998; Field et al., 2007; Murray, Cooper & Hipwell, 2003; Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996). Bei depressiven Müttern wird ein Mangel an Einfühlungsvermögen, Empathie und

## Theoretischer Hintergrund

emotionaler Verfügbarkeit gefunden. Somit ist ihre Fähigkeit, die kindlichen Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu beantworten, häufig eingeschränkt (Beck, 1995; Murray, Cooper & Hipwell, 2003).

Säuglinge im Alter von drei beziehungsweise vier Monaten verhalten sich in der Interaktion mit ihren depressiven Müttern vermehrt zurückgezogen und vermeidend, haben ein geringeres Ausmaß an positivem und negativem Affektausdruck und umgehen den Blickkontakt (Diego et al., 2002; Field et al., 2007). In ihrer Interaktion mit anderen nicht depressiven Frauen sind sie eingeschränkt und induzieren in diesen ein Gefühl der Niedergeschlagenheit. Sie haben den Interaktionsstil der Mutter übernommen und übertragen diesen auf andere Interaktionspartner. Es wird vermutet, dass es so zu einer zusätzlichen negativen Beeinflussung der Mutter-Kind-Interaktion und mütterlichen Selbstwirksamkeit kommt. Es handelt sich um sich verstärkende Rückkopplungsprozesse (Dornes, 2006a; Weinberg & Tronick, 1998).

Die Interaktion ist der zentrale Mediator für die Mutter-Kind-Beziehung. Bei Kindern depressiver Mütter findet sich häufig eine unsichere Bindung (Murray, 1992) und im Verlauf entwickeln sich kindliche Auffälligkeiten wie Bindungsstörungen und andere Verhaltensprobleme mit hoher Stabilität (Madigan, Moran, Schuengel, Pederson & Otten, 2007; Oerter, 2008; Weinberg & Tronick, 1998; Zeanah, Keyes & Settles, 2003).

Die Literatur zeigt, dass Kinder postpartal depressiver Mütter eine ungünstigere Entwicklung aufweisen als Kinder psychisch unauffälliger Mütter. Erste Anzeichen für Entwicklungsabweichungen finden sich bereits im frühen Säuglingsalter (Laucht, Esser & Schmidt, 2002; Murray, 1992). So fand Field (1998) in ihren Studien, dass sich Kinder von depressiven Müttern in der Neugeborenenzeit weniger robust und vermehrt gestresst zeigen. Sie haben einen unregelmäßigen Schlafrythmus, sind weniger aufmerksam und ausdrucksfähig. Die Kinder weinen schneller und länger als Reaktion auf dargebotene Stimuli (Grace, Evindar & Stewart, 2003). Sie zeigen Schwierigkeiten in der Affektregulation. Diese kindliche Fähigkeit ist eng mit der mütterlichen Interaktionsqualität verbunden (Weinberg & Tronick, 1998).

Im Kleinkindalter zeigen sich Kinder depressiver Mütter in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung gestört (Grace, Evindar & Stewart, 2003; Laucht, Esser & Schmidt, 2002; Weinberg & Tronick, 1998). Sie weisen vermehrt internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten auf (Field, 1998). Sie erscheinen ärgerlicher, trauriger, weniger geordnet und weinen mehr, sind unruhiger und leichter abzulenken (Grace, Evindar & Stewart, 2003; Weinberg & Tronick, 1998).

## Theoretischer Hintergrund

In einer Erhebung von Laucht, Esser und Schmidt (2002) wurde im Alter von drei Monaten, sowie von zwei, vier, sechs und acht Jahren eine höhere Rate psychischer Auffälligkeiten der Kinder gefunden. Besonders externalisierende Auffälligkeiten mit aggressivem, oppositionellem und hyperkinetischem Verhalten kamen vor. Moehler et al. (2007) fanden bei 14 Monate alten Kindern internalisierende Auffälligkeiten wie erhöhte Angstwerte und Verhaltenshemmung. Neben den sozialen und emotionalen Schwierigkeiten zeigen sich auch Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung (Laucht, Esser & Schmidt, 2002; Murray, 1992). Laucht, Esser und Schmidt (2002) wiesen ab einem Alter von zwei Jahren einen niedrigeren Gesamt-IQ bei Kindern postpartal depressiver Mütter nach. Besonders die verbalen Fähigkeiten waren im Vergleich zur Kontrollgruppe eingeschränkt.

Der Zusammenhang zwischen der mütterlichen Depression und den möglichen Folgen für die kindliche Entwicklung wurde also ausgiebig untersucht. Das Ergebnis einer Meta-Analyse zeigt, dass auch die **väterliche Depression** signifikant mit kindlichen internalisierenden und externalisierenden Psychopathologien verbunden ist (Kane & Garber, 2004). Leidet der Vater eines Säuglings an einer Depression, haben die Kinder im Alter von dreieinhalb Jahren ein erhöhtes Risiko für Verhaltensprobleme, unabhängig von einer mütterlichen Erkrankung (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005). Auch werden vermehrt Bindungsstörungen und oppositionelles Verhalten bei Kindern postpartal depressiver Väter gefunden (Ramchandani et al., 2008).

### Neurotische Störungen

In einer heterogenen Gruppe von Müttern mit **Angsterkrankungen**, schweren Depressionen oder **Zwangsstörungen** waren die Mütter weniger liebevoll und einfühlsam und verhielten sich eher intrusiv und ärgerlich. Die drei Monate alten Kinder waren in ihrer emotionalen Funktion gestört und zeigten sich ärgerlicher sowie betrübter als Kinder der Vergleichsgruppe. Außerdem waren sie schlechter in der Lage, ihr Weinen zu regulieren (Weinberg & Tronick, 1998). Hoch ängstliche Mütter zeigen eine geringere Sensitivität und weniger positive Emotionsäußerungen gegenüber ihren einjährigen Kindern (Nicol-Harper, Harvey & Stein, 2007). Auch Mütter mit **Panikstörungen** sind in der Interaktion mit ihren Säuglingen in der Sensitivität eingeschränkt und zeigen im Kontakt mit ihren Kleinkindern mehr Ärger gegenüber den kindlichen Signalen und weniger konsequentes Verhalten in Grenzsetzungssituationen. Vier beziehungsweise 14 Monate alte Kinder zeigen vermehrt Schlafprobleme und erhöhte Erregung und Erregbarkeit (Warren et al., 2003).

Murray et al. (2007) fanden bei **sozialphobischen Müttern** nicht generell weniger Sensitivität gegenüber den Kindern. Sie zeigten sich jedoch ängstlicher und introvertierter in der Interaktion mit ihren Säuglingen als die Kontrollgruppe. Die Kinder interagierten weniger responsiv mit Fremden und zeigten sich ihnen gegenüber ängstlicher. Die Mütter leben den Kindern nicht nur sozial unsicheres Verhalten vor, sondern bringen für dieses Verhalten ihrer Kinder mehr Verständnis auf und bestätigen, beziehungsweise verstärken so deren soziale Unsicherheit (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006).

### **Borderline Störung und Essstörungen**

In einer Gruppe von Müttern mit **Borderline Erkrankungen** fand man vermehrt intrusives und unsensibles Verhalten in Interaktionen mit ihren zwei Monate alten Kindern (Crandell, Patrick & Hobson, 2003). Auch **Essstörungen** beeinflussen durch eine gestörte Interaktion die Mutter-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung nachteilig (Stein et al., 2006). Sorgen der Mutter um Größe, Figur, Essen und Gewicht des Kindes beeinflussen das Erziehungsverhalten (Park, Senior & Stein, 2003). Stein et al. (1994) zeigten, dass Mütter mit einer Essstörung mehr verbal kontrollierend sowie intrusiver waren. Sie wirkten weniger moderierend auf ihre einjährigen Kinder ein, sowohl während des gemeinsamen Spiels als auch während des Essens. Als Reaktion zeigten die Kinder dieser Mütter weniger positive Emotionen und erschienen weniger glücklich. Mit einem Jahr hatten die Kinder ein geringeres Körpergewicht im Vergleich zu den Kindern mit gesunden Müttern. Dieser Unterschied war stark ausgeprägt, wenn die Essenssituation als besonders konfliktreich beobachtet wurde. In einer anderen Studie zeigten die Kinder vermehrt negativen Affekt wie Traurigkeit, Weinen und leichtere Irritierbarkeit. Die Kinder essgestörter Mütter tranken schneller an der Brust, wurden später und mit mehr Schwierigkeiten von der Flasche entwöhnt. Sie hatten ein erhöhtes Risiko, selbst eine Essstörung zu entwickeln (Agras, Hammer & McNicholas, 1999).

### **Schizophrenie und bipolare Störungen**

Bei einer **psychotischen Erkrankung** der Mutter kann diese ihr Kind häufig nicht angemessen versorgen. Die Mütter haben es schwer, sensitiv und beständig auf ihr Kind einzugehen, da sie mit ihren Symptomen beschäftigt sind, eine geringe Konzentrationsspanne haben und sich ermattet fühlen oder agitiert sind. Generell haben sie eine geringe Kenntnis über den Effekt ihres Verhaltens auf das Kind, wenig Sinn für ihre Selbstwirksamkeit sowie wenig Bewusstsein und Verständnis für die kindlichen physischen und emotionalen Bedürfnisse (Murray, Cooper & Hipwell, 2003). So fand man bei Frauen mit einer schizophrenen Erkrankung die stärkste



## Theoretischer Hintergrund

Beeinträchtigung im Umgang mit ihren Kindern, gefolgt von manischen und schwer depressiven Müttern (Riordan, Appleby & Faragher, 1999). Unerkannt und unbehandelt kann es zu Vernachlässigung ihrer selbst und des Kindes bis hin zu Suizid und Infantizid kommen (Sharma, 2008; Spinelli, 2004).

Bei der **Schizophrenie** beeinflussen die psychotischen Symptome der Mutter, wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen, deren Verhalten ganz entscheidend. Das Kind wird in den mütterlichen Wahn mit einbezogen oder die Mutter ist in ihrem Wahn für das Kind und dessen Signale unerreichbar. Die Interaktionsqualität wird von einer Positiv-Symptomatik deutlich gestört. Wenn diese abklingt, zeigt sich die Beeinträchtigung des mütterlichen Verhaltens durch die oft behandlungsresistente Negativ-Symptomatik der Schizophrenie. Eine häufig notwendige Medikation der Mütter und eine eventuell nicht vermeidbare vorübergehende Trennung vom Kind kann die mütterlichen Kompetenzen zusätzlich nachteilig beeinflussen (Snellen, Mack & Trauer, 1999). So hatten die Kinder schizophrener Mütter ein geringeres Geburtsgewicht und zeigten mit zwei und sieben Monaten eine beeinträchtigte mentale Entwicklung im Vergleich zu gesunden Kindern (Yoshida, Marks, Craggs, Smith & Kumar, 1999). Des Weiteren fand man bei einer anderen Untersuchung von Kindern in einem Alter von null bis vier Jahren Verzögerungen im Erreichen der sogenannten Meilensteine der Entwicklung. Sie lernten häufig verspätet laufen, wiesen Seh- und Sprachstörungen auf und nässten öfter ein. An Verhaltensauffälligkeiten zeigten sie insbesondere eine geringe soziale Kompetenz (Henriksson & McNeil, 2004).

Kinder mit einem an einer **bipolaren Erkrankung** leidenden Elternteil erleben häufig ein stressreiches Umfeld mit wenig Unterstützung und Struktur. Dieses führt mit der genetischen Disposition zu einem erhöhten Risiko für das Kind, eine Reihe von psychischen Störungen zu entwickeln. Die Kinder unterscheiden sich in ihrer Entwicklung von Kindern gesunder Eltern. Sie zeigen eine erhöhte Rate von disruptivem Verhalten und affektiven Störungen (DelBello & Geller, 2001; Hirshfeld-Becker et al., 2006). Außerdem leiden sie selbst häufiger an bipolaren Störungen, expansiven Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, Angststörungen und weiteren Psychopathologien (Hirshfeld-Becker et al., 2006; Singh et al., 2007)

### **Suchterkrankungen und Dissoziales Verhalten**

Mütterlicher Drogen- oder Alkoholmissbrauch kann schon während der Schwangerschaft schwerwiegende Folgen für den sich entwickelnden Fetus haben (Werner, Joffe & Graham, 1999). Neben diesem Risiko und der möglichen genetischen Prädisposition kommt häufig ein

stressreiches, chaotisches, körperlich und seelisch vernachlässigendes und manchmal misshandelndes Umfeld hinzu (Hussong et al., 2008).

Deshalb wird bei einer **Alkoholabhängigkeit** eines der beiden Elternteile von einem erhöhten Risiko für eine Reihe von kindlichen Problemen ausgegangen, wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Problemen und kognitiven Defiziten (Johnson & Leff, 1999). Diese kindlichen Defizite findet man sowohl in klinischen als auch epidemiologischen Stichproben und die Auffälligkeiten persistieren nach einer Genesung des Elternteils (Keller, Cummings, Davies & Mitchell, 2008). Die Kinder erfahren von dem erkrankten Elternteil weniger Sensitivität, Wärme und positiven Affekt (Eiden, Edwards & Leonard, 2007). Dies beeinflusst die emotionale und behaviorale Entwicklung der Kinder negativ und sie zeigen vermehrt Regulationsstörungen, externalisierende und internalisierende Störungen im Alter von drei Jahren (Eiden, Edwards & Leonard, 2007; Hussong et al., 2008).

Keller et al. (2008) fanden bei einer Alkoholsucht häufiger Erziehungsstrategien, bei denen die Kinder psychisch unter Druck gesetzt werden, zum Beispiel durch Hervorrufen von Schuldgefühlen und dem Erzwingen von erwünschtem Verhalten. Dies führt zu einer nachteiligen Entwicklung der betroffenen Kinder.

Bei einer **Drogensucht** sind die elterlichen Kompetenzen in vielen Bereichen noch eingeschränkter und das kindliche Umfeld stärker belastet als bei einem alkoholabhängigen Elternteil (Kelley & Fals-Stewart, 2004; Miller, 1993).

### **2.2 Psychopathologie in der frühen Kindheit**

Die psychische Entwicklung von Kindern und die Entstehung von Psychopathologien werden von einer Vielzahl von Einflussfaktoren determiniert und moduliert. So wirken biologische, psychologische und soziale Bedingungen ein. Die Psychopathologie in der frühen Kindheit ist verbunden mit genetischen Prädispositionen und Komplikationen in der Schwangerschaft und im Geburtsverlauf, welche die Entstehung von Kompetenzen und Anfälligkeit gegenüber Risiken (Vulnerabilität) des Kindes beeinflussen. In der weiteren Entwicklungsphase wirkt sich insbesondere die Interaktion mit der sozialen Umwelt auf das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung aus. Derselbe Entwicklungsweg kann zu unterschiedlichen Störungen führen und unterschiedliche Bedingungen zu dem gleichen Krankheitsbild (Multi- und Äquifinalität) (Ihle, Frenzel & Esser, 2008; Rollet, 2002).

Psychische Störungen werden als Abweichung von einer bestimmten Norm oder Abweichung der normalen Entwicklung hinsichtlich Alter, Geschlecht und Erwartung der Gesellschaft definiert. Bei einer behandlungsbedürftigen Erkrankung kommt es zu einer objektiven

Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten und es besteht ein subjektiver Leidensdruck des Kindes und seiner Bezugsperson (Knölker, Matthejat & Schulte- Markwort, 2007). Remschmidt (1988) definiert den Begriff der psychischen Krankheit als einen Zustand „gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“.

### **2.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren**

Im Zuge der Erforschung von Entwicklungsprozessen, die zu kindlichen psychischen Störungen führen, wurden risikosteigernde und risikomindernde Faktoren identifiziert. Von einem Risikofaktor spricht man bei einer Bedingung, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Störung erhöht (Ihle, Frenzel & Esser, 2008). Diese Faktoren können in individuelle, psychologische und psychosoziale Risiken eingeteilt werden. Zu den individuellen Faktoren gehören Merkmale des Individuums wie eine genetische Belastung oder ein geringes Geburtsgewicht. Von psychologischen Faktoren spricht man beim Temperament und den Persönlichkeitseigenschaften. Auch diese sind zum Teil genetisch bestimmt. Psychosoziale Risiken sind Merkmale der Umwelt des Kindes, äußere Einflüsse, die auf das Individuum einwirken. Bei Säuglingen und Kleinkindern sind es besonders die familiären Umstände, die eine besondere Bedeutung für die kindliche Entwicklung haben.

Das Ausmaß der Wirksamkeit von Risikofaktoren hängt von der individuellen Vulnerabilität ab. Je vulnerabler ein Individuum ist, desto eher und stärker können Risikofaktoren ungünstig Einfluss nehmen. Der Expositionszeitpunkt, die Dauer und Intensität des Risikofaktors bestimmt seine Wirkung auf die Entwicklung des Kindes. Meist zeigt sich ein additiver Effekt von einzelnen Risikofaktoren. Einige Risikofaktoren führen zwangsläufig zu weiteren Risikofaktoren wie zum Beispiel Armut und ein niedriger Bildungsgrad (Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2009; Evans, 2004).

Die Resilienz- oder Bewältigungsforschung identifiziert protektive Faktoren sowie personale und soziale Ressourcen, die die Manifestation einer Erkrankung verzögern, abmildern oder verhindern können und trotz Risiko eine normgerechte Entwicklung begünstigen. Hier spricht man von Schutzfaktoren (vgl.: Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006; Ihle, Frenzel & Esser, 2008; Knölker, Matthejat & Schulte- Markwort, 2007). Als protektiv gilt zum Beispiel ein robustes und kontaktfreudiges Temperament. Diese Kinder sind in der Lage positive Beziehungen zu anderen Personen zu knüpfen und entwickeln sich häufig trotz Mehrfachrisiken gut (Werner, 1992).

### **Individuelle Faktoren**

Bei den individuellen Faktoren handelt es sich um Merkmale des Kindes und kindbezogene Bedingungen, die die weitere Entwicklung beeinflussen. Hierbei handelt es sich sowohl um mögliche genetische Dispositionen als auch Risikogeburten, sowie chronische Erkrankungen.

### **Genetische Disposition**

Für verschiedene psychische Störungen ist eine genetische Determination nachgewiesen worden. Dazu gehören beispielweise Autismus, Schizophrenie und Affektive Psychosen, Intelligenzminderungen, Alkoholismus, Antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Störungen von Aktivität und Aufmerksamkeit, Lese-Rechtschreib-Störungen und Depressive Störungen (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006).

### **Geburtszustand/ erworbene biologische Risiken**

Zu den prä- und peripartalen Risikofaktoren gehören zum Beispiel Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum der werdenden Mutter. Weitere biologische Risiken stellen Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen dar, beispielsweise ein geringes Geburtsgewicht, eine kindliche Asphyxie unter der Geburt und neonatale Komplikationen wie Krampfanfälle, Beatmungspflichtigkeit oder Sepsis (Laucht, Esser & Schmidt, 1997). Des Weiteren gelten chronische Erkrankungen und Hirnschädigungen als biologische Risiken für psychische Störungen (Ihle, Frenzel & Esser, 2008).

### **Geschlecht**

Die Wirksamkeit von Risikofaktoren wird auch durch das Geschlecht des Kindes beeinflusst. Jungen haben bis zur Pubertät ein höheres Risiko für Entwicklungsstörungen, Teilleistungsschwächen und psychische Störungen. Im Vergleich zu den Mädchen findet man vor allem vermehrt externalisierende Störungen. Jungen scheinen in der Kindheit vulnerabler gegenüber äußeren Einflüssen und psychosozialen Belastungen als Mädchen. Bei Mädchen scheinen die Reifungsprozesse schneller und stabiler zu verlaufen (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006; Ihle, Frenzel & Esser, 2008; Knölker, Mattejat & Schulte- Markwort, 2007).

### **Psychologische Faktoren**

Bei den psychologischen Faktoren handelt es sich um kindliche Charakteristika, wie Temperament, Begabungen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Intelligenz. Ein schwieriges Temperament, hohe Ablenkbarkeit, Teilleistungsschwächen oder eine niedrige Intelligenz werden als Risikofaktoren angesehen. Diese Eigenschaften sind zu einem hohen Teil genetisch bestimmt und haben einen Einfluss auf das kindliche Verhalten, die Interaktion und die Bindungsentwicklung und somit auch auf die Entstehung von psychischen Störungen.

### **Temperament**

Die kindlichen Temperamentseigenschaften stellen wichtige protektive oder aber auch pathogene Faktoren dar. Ob Temperamentsmerkmale jedoch einen Risikofaktor für die Entwicklung darstellen, ist unter anderem abhängig von den Möglichkeiten und Anforderungen der jeweiligen Umwelt des Kindes (Resch & Möhler, 2001), sowie den Wechselwirkungen zwischen dem kindlichen Temperament, den elterlichen Reaktionen und dem Erziehungsstil. Das elterliche Erziehungsverhalten und die Folgen für ein Kind sind von den Eigenschaften des Kindes abhängig. Somit hat der gleiche Erziehungsstil bei unterschiedlichem kindlichen Temperament unterschiedliche Auswirkungen (Scheithauer, Petermann & Niebank, 2000).

### **Psychosoziale Faktoren**

Psychosoziale Bedingungen sind besonders bedeutsam für die kindliche Entwicklung. Die psychosozialen Risikofaktoren können eingeteilt werden in familiäre, interaktionsbezogene und soziale Risikofaktoren. Zu den familiären Belastungen zählt zum Beispiel eine frühe Elternschaft oder die Psychopathologie der Eltern. Die interaktionsbezogenen Risikofaktoren sind gestörte Bindungsmuster oder dauerhafte Konflikte und Streit in der Familie. Ein niedriger sozioökonomischer Status zählt zu den sozialen Risikofaktoren (Ihle, Frenzel & Esser, 2008).

Die psychosozialen Belastungen wirken sich häufig nicht direkt, sondern über Störungen der Interaktion und des elterlichen Verhaltens auf das Kind aus.

Laucht et al. (1992, 1997, 2000b) haben in der Mannheimer Risikokinderstudie prospektiv Risikogruppen von der Geburt bis zum Grundschulalter untersucht. Sie stellten fest, dass die größte Gefährdung für die kindliche Entwicklung von psychosozialen Stressfaktoren ausgeht. Bei zusätzlichen biologischen Risiken haben die Kinder die ungünstigste Entwicklungsprognose. Schon in einem Alter von drei Monaten zeigten sich deutliche Entwicklungsdefizite bei Kindern aus benachteiligten Familien, die sich im Kleinkindalter noch vergrößerten. Bereits bei wenigen familiären Risikofaktoren zeigten sich die betroffenen Kinder in ihrer Entwicklung, besonders der kognitiven und sozial-emotionalen Funktionen, beeinträchtigt. Interessanterweise und hinweisend auf die starke Bedeutung der psychosozialen Faktoren, zeigten die organisch hoch belasteten Kinder, die in einem unbelasteten psychosozialen Milieu aufgewachsen sind, nicht bedeutsam mehr psychische Auffälligkeiten als die Kinder der organisch unbelasteten Gruppe. Den stärksten Einfluss hatten folgende psychosoziale Risikofaktoren: geringe Bildung der Eltern, frühe Elternschaft, alleinerziehend und psychisch gestörter Elternteil (Laucht et al., 1992). Laucht et al. (1997, 2000b) weisen gerade auf die langfristige Bedeutung früher Belastungen für die kindliche Entwicklung und ihre Störung hin.

### **Kombination von Risikofaktoren und Wirkungsweise**

Ein einzelner Risikofaktor muss die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Störung nicht erhöhen. Bei den verschiedenen Risikofaktoren geht man von einer Risikoakkumulation aus. Mehrere Risikofaktoren addieren sich nicht einfach, sondern die Auswirkungen der Risikofaktoren verstärken sich gegenseitig. Hinzu kommt, dass Risikobedingungen selten isoliert auftreten, sondern häufig zusammenhängend (Laucht, Esser & Schmidt, 1997).

Rutter und Quinton (1977) haben erstmals signifikante familiäre Merkmale im „Family Adversity Index“ zusammengestellt, die als Risikofaktoren für psychische Störungen gelten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass für sich genommen keiner der Faktoren das Risiko für eine psychische Erkrankung des Kindes erhöht. Treten aber zwei Faktoren zusammen auf vervierfacht sich bereits das Erkrankungsrisiko des Kindes. Dass die Gefahr psychischer Fehlentwicklung bei einer Häufung früher Risiken kontinuierlich ansteigt, konnte auch in anderen Studien bestätigt werden (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Blanz, Schmidt & Esser, 1991; Laucht, Esser & Schmidt, 2000a; Trautmann-Villalba, Gerhold, Laucht & Schmidt, 2004). Im zeitlichen Verlauf war eine Gesundung mit einer Reduzierung der Anzahl der ungünstigen familiären Risiken assoziiert, Neuerkrankung dagegen mit einer Zunahme. Akute Ereignisse haben einen geringeren Einfluss im Vergleich zu chronifizierten Belastungen, wie eine chronische Streitbeziehung zwischen den Eltern oder eine psychiatrische Störung dieser (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006).

Einige psychische Erkrankungen von Kindern hängen mehr mit psychosozialen Belastungsfaktoren zusammen als andere. So fanden Blanz, Schmidt und Esser (1991) zum Beispiel den deutlichsten Zusammenhang zwischen Bindungsstörungen und familiären Risikofaktoren.

### **2.2.2 Diagnostische Erhebung und Klassifikation**

Gestörte Entwicklung gibt es im somatischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich und lässt sich zu den Entwicklungsverläufen abgrenzen, die unter förderlichen Bedingungen zu erwarten gewesen wären (Petermann, Kusch & Niebank, 1998). Von der Norm abweichendes Verhalten wird vor dem Hintergrund des Alters, des gegenwärtigen Entwicklungsstandes, vorangehender Lebenserfahrungen sowie individueller Einflussfaktoren bewertet (Rollet, 2002).

Für die Diagnostik psychischer Störungen von Säuglingen und Kleinkindern müssen die Entwicklungsstufen und die damit verbundenen Veränderungen im kindlichen Verhalten berücksichtigt werden. Dasselbe Verhalten eines Kindes kann einerseits auffällig, aber in einem anderen Alter für dieses spezifisch und somit angemessen sein. Des Weiteren spielen die

## Theoretischer Hintergrund

Beziehungen zu Bezugspersonen und der Einfluss von Umweltfaktoren eine wichtige Rolle für das kindliche Funktionsniveau und Wohlbefinden. Es werden Methoden zur Abschätzung und Einordnung von Verhaltensauffälligkeiten dieser Altersgruppe benötigt, die diesen Schwierigkeiten gerecht werden (Skovgaard, Houmann, Landorph & Christiansen, 2004). Bei der Erhebung und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergänzen sich dimensionale und kategoriale Methoden. Dimensionale Instrumente erheben den quantitativen Unterschied zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit. Kategoriale Klassifikationen betonen den qualitativen Unterschied zwischen normalen und pathologischen psychischen Erlebnis- und Verhaltensformen (Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort, 2007). Zur Einschätzung des Ausmaßes emotionaler Störungen und Verhaltensstörungen werden dimensionale Instrumente wie die Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983) angewandt. Ergänzend dazu werden strukturierte und halbstrukturierte Interviews durchgeführt, die nicht nur das Vorhandensein eines Symptoms, sondern auch die Ausprägung und Bestehensdauer erfassen. Des Weiteren kann während des Interviews das Verhalten des Kindes und seiner Bezugsperson beobachtet werden, ein Beispiel dazu ist der psychopathologische Aufnahmebefund (Döpfner et al., 1993).

Die gängigen kategorialen Klassifikationssysteme psychischer Störungen sind die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO in ihrer zehnten Revision (ICD-10) (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) mit dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters in der dritten revidierten Auflage (MAS) (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) und das Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (APA, 1994). Da sowohl ICD-10 und DSM-IV wenig differenzierte Diagnosen für das Säuglings- und Kleinkindalter vorhalten, hat das National Center for Clinical Infant Programs eine Klassifikation für Störungen im Alter von null bis drei Jahre (DC: 0-3) entwickelt (Zero-to-Three, 1999) (Schmidt, 2008). Diese multiaxiale Kategorisierung hat zum Ziel, psychopathologisches Verhalten im Säuglings- und Kleinkindalter sowie relevante Bereiche spezifischer zu erfassen. Wenn auch die Reliabilität und Validität der DC: 0-3 noch nicht abschließend untersucht wurde, sehen erste Ergebnisse vielversprechend aus (Skovgaard, Houmann, Landorph & Christiansen, 2004; Wiefel et al., 2007).

### 2.2.3 Prävalenz psychischer Störungen

Im Feld der Psychiatrie des Säuglings- und Kleinkindalters liegen nur wenige epidemiologische Studien vor. Sowohl zu dimensionaler als auch zu kategorialer Diagnostik sind nur wenige Untersuchungen an großen Stichproben für dieses Alter zu finden.

Briggs-Gowan et al. (2001) untersuchten eine amerikanische Stichprobe von 1280 ein- und zweijährigen Kindern. Sie erhoben die Verhaltensauffälligkeiten der Zweijährigen mit der CBCL für zwei- bis dreijährige Kinder (CBCL/2-3). Dabei zeigten sich etwa zwölf Prozent der Kinder in einer der Skalen als grenzwertig oder auffällig. Sechs Prozent der Kinder hatten auffällige Werte in den Gesamtskalen im klinischen und subklinischen Bereich. Etwa sieben Prozent zeigten auffällige Werte auf der Skala internalisierende und etwa neun Prozent auf der Skala externalisierende Probleme. Für sechs Prozent der Einjährigen wurde ein schwieriges Verhalten angegeben, gemessen mit dem The Difficult Child Domain (aus Parenting Stress Index Short Form (Abidin, 1990)). Sourander (2001) fand bei einer Erhebung von 374 finnischen Dreijährigen eine Prävalenz von acht Prozent auffälligen Kindern in einer der Skalen der CBCL/2-3. Am häufigsten zeigten die Kinder auffällig aggressives Verhalten.

Weitere Studien beziehen sich auf deutsche Kindergartenkinder im Alter von drei bis sechs Jahren. So lies Kuschel et al. (2004) 809 Kindergartenkinder von ihren Eltern einschätzen. Verwandt wurde eine modifizierte Form der CBCL für das Alter von vier bis 18 Jahre (CBCL/4-18). Bei den Gesamtauffälligkeiten befanden sich etwa 17 Prozent der Kinder im klinisch auffälligen Bereich. Aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und soziale Probleme fanden sich am häufigsten. Die Jungen zeigten mehr externalisierende Auffälligkeiten im Vergleich zu den Mädchen. In einer anderen Untersuchung von Denner und Schmeck (2005) wurden 1050 Kinder mit dem zur CBCL analogen Erzieherfragebogen für das Alter von 18 Monaten bis fünf Jahre (Caregiver-Teacher Report Form 1½-5) eingeschätzt. Es wurden etwa 15 Prozent der Kinder als auffällig bewertet. Die Verhaltensauffälligkeiten nahmen mit dem Alter ab, besonders bei den Mädchen. Die Jungen zeigten mehr externalisierende Probleme, Aufmerksamkeitsstörungen und aggressives Verhalten im Vergleich zu den Mädchen. Die Häufigkeit dieser Probleme fand sich bei den Jungen vom dritten bis zum sechsten Lebensjahr relativ stabil. Die internalisierenden Störungen unterschieden sich bezüglich der Prävalenz bei Jungen und Mädchen nicht.

Neben diesen Befunden, erhoben mit der rein dimensional CBCL, finden sich auch Instrumente, die in einem halbstrukturierten Interview in der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie Anwendung finden. So fanden sich in einer multizentrischen Studie von



## Theoretischer Hintergrund

Inanspruchnahmepopulationen mit Hilfe einer Kurzfassung des psychopathologischen Aufnahmebefundes am häufigsten auffällige Störungen der Interaktion, des Sozialverhaltens, von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, von Stimmung und Affekt sowie Angststörungen bei Kinder- und Jugendlichen (Wolff Metternich et al., 1999).

Nur wenige Studien finden sich zu kategorialen Diagnosen von Säuglingen und Kleinkindern mit der DC: 0-3. In der Studie „Copenhagen Child Cohort 2000“ von Skovgaard et al. (2007) wurden 211 Kinder aus der Allgemeinbevölkerung von der Geburt an beobachtet und auf Verhaltensauffälligkeiten und Psychopathologien hin untersucht. In einem Alter von eineinhalb Jahren bekamen etwa 19 Prozent der Kinder eine Diagnose nach DC: 0-3. Von diesen 19 Prozent (als 100 Prozent gesetzt) war die häufigste Diagnose die Regulationsstörung (38%), gefolgt von Multisystemischen Entwicklungsstörungen (18%), Affektstörungen (15%) und Fütterstörungen (13%).

Frankel, Boyum und Harmon (2004) führten eine retrospektive Aktenansicht von 177 amerikanischen Kindern im Alter von null bis vier Jahren aus einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation durch. Die häufigsten Symptome waren Schlafprobleme, oppositionelles Verhalten, Sprach- und kognitive Störungen, Angst und Hyperaktivität, sowie Bindungsstörungen. Die häufigsten Diagnosen nach DC: 0-3 waren die Posttraumatische Belastungsstörung (21%), Anpassungsstörungen (19%), Bindungsstörung bei Deprivation (18%) und Regulationsstörungen (14%).

In der Untersuchung von Keren, Feldman und Tyano (2001) von 113 Kindern im Alter von null bis 36 Monaten, die von geschulten Erziehern an eine kinderpsychiatrische Klinik überwiesen wurden, fanden sich am häufigsten Ess- und Schlafprobleme, aggressives Verhalten, Reizbarkeit und mütterliche Depression als Grund für die Überweisung. Die meisten Kinder kamen in einem Alter von null bis sechs oder zwölf bis 18 Monaten zur Klinik. Es waren 60 Prozent Jungen und 40 Prozent Mädchen. Die häufigsten nach DC: 0-3 gestellten Diagnosen waren Fütterstörungen (30%), Anpassungsstörungen (24%), Schlafstörungen (19%) und Bindungsstörungen (9%).

### 2.3 Fragestellung und Hypothesen

In dieser Arbeit wird die Bedeutung psychischer Erkrankung eines oder beider Elternteile für die Entstehung psychischer Störungen der Kinder am Beispiel einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation untersucht.

Zunächst wird das Patientenkollektiv beschrieben und die Indexgruppe, gebildet aus Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil in der Familie im Vergleich mit der Kontrollgruppe dargestellt. Das Geschlecht, das Alter bei Erstvorstellung und die gestellten Diagnosen werden auf Unterschiede hin untersucht, um Charakteristika der Indexgruppe aufzuzeigen.

Des Weiteren werden in der Studie folgende Fragestellungen verfolgt:

Ist der einzelne Risikofaktor, psychisch kranker Elternteil, ein Indikator für vermehrte abnorme psychosoziale Umstände und familiäre Faktoren, die die Kinder der Indexgruppe einem besonderen Entwicklungsrisiko aussetzen?

Zeigen die Kinder der Indexgruppe vermehrt psychopathologische Auffälligkeiten bei Inanspruchnahme der Baby- und Kleinkindsprechstunde; beschreiben die Eltern vermehrt Verhaltensauffälligkeiten?

Demzufolge werden folgende Hypothesen formuliert:

H1<sup>1</sup>: Die Familien der Indexgruppe weisen mehr abnorme psychosoziale Umstände und familiäre Risikofaktoren auf als die Familien der Kontrollgruppe.

H0<sup>1</sup>: Es findet sich kein Unterschied in der Anzahl abnormer psychosozialer Umstände und familiärer Risikofaktoren im Vergleich von Index- und Kontrollgruppe beziehungsweise die Kinder der Kontrollgruppe weisen mehr auf.

H1<sup>2</sup>: Die Kinder der Indexgruppe zeigen im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe ein höheres Ausmaß an psychopathologischen Auffälligkeiten.

H0<sup>2</sup>: Es findet sich kein Unterschied in dem Ausmaß der psychopathologischen Auffälligkeiten im Vergleich von Index- und Kontrollgruppe beziehungsweise die Kinder der Kontrollgruppe sind verhaltensauffälliger.

## 3 METHODEN

### 3.1 Erhebung der Daten

Die Daten dieser Arbeit wurden im Rahmen der kinderpsychiatrischen „Baby- und Kleinkindsprechstunde“ im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité, Universitätsmedizin Berlin, erhoben. Diese Arbeit ist Teil des langfristigen Forschungsprojekts „Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie“. Es liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Charité, Universitätsmedizin Berlin, vor.

Die Einschätzung der kindlichen Psychopathologie und der familiären Problematik erfolgt im Rahmen von drei kurz aufeinander folgenden Terminen.

Am ersten Termin findet ein ausführliches Anamnesegespräch mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen statt, in dem auch eine intensive Familienanamnese erhoben und dokumentiert wird. Im Anschluss an dieses Gespräch werden zur Erfassung eines Kernsatzes objektiver Merkmale des Patienten die ersten drei von sechs Teilen der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche<sup>1</sup> (BaDo) (Englert & Poustka, 1998) vom Therapeuten ausgefüllt. Ergänzend wird die psychosoziale Belastung der Familie mit einer modifizierten Form des Family Adversity Index (FAI) von Rutter und Quinton (1977) eingeschätzt (Laucht, Esser & Schmidt, 2001).

An einem zweiten Termin findet die Aufzeichnung einer standardisierten Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung statt. Anschließend erfolgt ein durch die Videoaufnahme gestütztes Feedbackgespräch mit der Familie und dem Therapeuten.

Zur Einschätzung des motorischen, sprachlichen und sozialemotionalen Entwicklungsstandes werden standardisierte Untersuchungsverfahren am ersten und zweiten Termin angewandt. Hierzu gehören Elternfragebögen wie die Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach & Rescorla, 2000), mit der anhand einer Liste von Eigenschaften das Verhalten der Kinder durch die Eltern beschrieben werden kann.

An einem dritten Termin findet das Auswertungsgespräch zwischen Familie und Therapeuten mit der Therapieplanung statt (Wiefel et al., 2004).

---

<sup>1</sup> Die Basisdokumentation gliedert sich in folgende sechs Teile: I. Deckblatt und Soziodemographische Dokumentation; II. Ergänzende Anamnesedokumentation; III. Psychopathologischer Aufnahmebefund; IV. Somatisch- Neurologische Befunddokumentation; V. Diagnosebogen mit der ersten bis sechsten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas und VI. durchgeführte Maßnahmen und Behandlungserfolg (Englert & Poustka, 1998).

Die Diagnosen werden nach Abschluss der Erstvorstellung des Kindes anhand der Kriterien des Diagnostic Classification 0-3 revised (DC: 0-3R) (Zero-to-Three, 2005) und der International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10) (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993; World-Health-Organisation, 1992) gestellt. Dabei wird die DC: 0-3R auch für vierjährige Kinder verwandt. Kann nach der DC: 0-3R Klassifikation keine Diagnose gestellt werden, wird die 800 („Andere Störung nach ICD-10 und DSM-IV“) kodiert und gegebenenfalls um eine ICD-10 Diagnose ergänzt. Die DC: 0-3 Diagnosen (Zero-to-Three, 1999) der vor 2005 diagnostizierten Kinder wurden durch erneute Akteneinsicht in eine DC: 0-3R Diagnose (Zero-to-Three, 2005) umgewandelt.

### **3.2 Stichprobe**

Im Zeitraum von Januar 2001 bis Dezember 2007 wurden in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité 796 Kinder vorgestellt.

Folgende Voraussetzungen mussten erfüllt sein, damit die Kinder in diese Teilstudie aufgenommen werden konnten:

Die Aufklärung über die Studie musste stattgefunden haben und die Einverständniserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt der Baby- und Kleinkindsprechstunde musste unterzeichnet worden sein. Die BaDo und der FAI mussten vom Therapeuten eingeschätzt worden sein und zur Einsicht vorliegen.

Es wurden 354 Kinder wegen fehlendem FAI und weitere 161 Kinder wegen fehlender BaDo ausgeschlossen. Die Einverständniserklärungen lagen vor. Es ergab sich ein N von 281 Kindern, die der Index- oder der Kontrollgruppe zugeordnet wurden.

#### **3.2.1 Index- und Kontrollgruppe**

Die Indexgruppe bilden die Kinder, bei denen ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung leidet. Es wurden die Kinder eingeschlossen, die entweder im Multiaxialen Klassifikationsschema für Kinder und Jugendliche (MAS) (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001) auf der fünften Achse (Achse V), aktuelle abnorme psychosoziale Umstände, die Diagnose „Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils“ mit der Kodierung „trifft sicher zu“ beziehungsweise „trifft mit ungenügender Ausprägung zu“ bekommen haben (siehe Kapitel 3.3.4) und/ oder bei denen im FAI das dritte Item, psychische Störung eines Elternteils, als erfüllt angegeben wurde (siehe Kapitel 3.3.5).

Es wurde nicht überprüft, ob eine ärztliche Diagnose für den betroffenen Elternteil vorliegt und/oder sich dieser in Behandlung<sup>2</sup> befindet.

Die Stichprobe von 281 Kindern teilt sich demnach in eine Indexgruppe mit 112 Kindern (39,8%) und eine Kontrollgruppe mit 169 Kindern (60,1%).

### 3.3 Klassifikationen und Instrumente

#### 3.3.1 Altersgruppen

Die Kinder werden ihrem Alter entsprechend in Gruppen eingeteilt. Es werden folgende fünf Gruppen gebildet: <1Jahr (0- 12 Monate); 1-jährige Kinder (12- 23 Monate); 2-jährige Kinder (24- 35 Monate), 3-jährige Kinder (36- 47 Monate); 4-jährige Kinder (48- 59 Monate).

#### 3.3.2 Kindliche Diagnosen und Diagnosegruppen

Es werden die primären Diagnosen der Kinder auf der ersten Achse nach DC: 0-3R (Zero-to-Three, 2005) berücksichtigt. Bei der Kodierung 800, „Andere Störung nach ICD-10 und DSMIV“, wird zusätzlich die primäre Diagnose der ersten Achse nach ICD-10 aufgeführt.

Die Diagnosen der DC: 0-3R werden, wie in dem Forschungsprojekt „Baby- und Kleinkindsprechstunde“ üblich, zu diagnostischen Gruppen zusammengefasst (Komanek, 2008).

Diese Gruppen sind mit ihren Inhalten und Kodierungen der Tabelle 1 zu entnehmen:

**Tabelle 1:** Diagnostische Gruppen

Diagnostische Gruppe	DC: 0-3R Kodierung
Keine psychiatrische Störung	Keine Diagnose
Bindungsstörungen	150 Deprivation/ Misshandlung
Emotionale und affektive Störungen	100 Posttraumatische Stressstörung
	200 Affektstörungen/ emotionale Störungen
	300 Anpassungsstörung
Regulationsstörungen	400 Regulationsstörungen (≠ 430)
	500 Schlafstörungen
	430 Regulationsstörung stimulationssuchend/ impulsiv
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv	600 Fütterstörungen
Fütterstörungen	700 Tiefgreifende Entwicklungsstörung
Autistischer Formenkreis	710 Multisystemische Entwicklungsstörung
	800 Sonstige Störung nach ICD-10 und DSMIV
Andere Störungen	Diagnose unbekannt
Unbekannte Diagnose	

<sup>2</sup> Es zeigte sich, dass das Interaktionsverhalten bei depressiven Müttern in Behandlung ähnlich dem depressiver Mütter ohne Behandlung ist und auch nach dem Abklingen einer akuten psychiatrischen Episode (Weinberg & Tronick, 1998) oder einer Psychose (Hipwell, Goossens, Melhuish & Kumar, 2000) weiter fortbestand.

### 3.3.3 Schulbildung der Eltern

Die Schulabschlüsse der Mutter und des Vaters, bei denen das Kind wohnt, werden zur Abschätzung der sozialen Situation des Kindes in der BaDo für Kinder und Jugendliche abgefragt.

Folgende Angaben sind in der BaDo möglich: kein Schulabschluss, Sonderschule, Hauptschule, Realschule, Abitur, (Fach)Hochschule/ Universität, Unbekannt. Für diese Arbeit werden die Angaben „Kein Schulabschluss“ und „Sonderschule“, sowie „Abitur“ und „(Fach)Hochschule/ Universität“, zu jeweils einer Gruppe zusammengefasst. Damit ergeben sich folgende Gruppen: Kein Schulabschluss, Hauptschule, Realschule, Abitur.

Liegen Angaben sowohl zu Mutter als auch zum Vater des Kindes vor, wird jeweils der Elternteil mit der höheren Schulbildung in die Wertung genommen.

### 3.3.4 Fünfte Achse (Achse V) des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS)

Zur Kodierung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen wird das MAS (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) nach ICD-10 mit der ersten bis sechsten Achse angewandt. Das MAS findet sich im fünften Teil der BaDo, dem Diagnosebogen. Die Achse V beschreibt die abnormen psychosozialen Umstände. Diese werden durch 39 Risikofaktoren, gegliedert in neun Kategorien (siehe Tabelle 2 im Anhang), mit folgender Kodierung erfasst: 3= trifft sicher zu; 2= trifft mit ungenügender Ausprägung zu; 1= unzutreffend; 8= logisch nicht möglich; 9= unbekannt, mangelnde Information. Die Achse V kann sowohl als „aktuell“, d.h. für die letzten sechs Monate, als auch „jemals“, d.h. irgendwann im Laufe des Lebens kodiert werden.

Die Nummer 2.0, „Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils“, wurde aus der Wertung genommen. Diese Angabe wurde bereits zur Einteilung der Kinder in die Indexbeziehungswise Kontrollgruppe verwandt (siehe Kapitel 3.2.1). Damit reduziert sich die Achse V des MAS von 39 auf 38 Items.

In dieser Arbeit findet die Achse V Eingang, wie sie in der Basisdokumentation für Kinder- und Jugendliche – ambulant (BaDo ambulant), einer Kurzfassung der BaDo, zu finden ist (Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 2006). Die Kodierung bezieht sich auf die aktuellen abnormen psychosozialen Umstände. Damit werden die zurzeit bestehenden Risikofaktoren der Familie erfasst. Die Nennungen 3 („trifft sicher zu“) und 2 („trifft mit ungenügender Ausprägung zu“) werden zusammengefasst. Die 8 „logisch nicht möglich“ und die 9 „unbekannt“ werden nicht unterschieden.

Für die Bewertung der einzelnen Items ergibt sich somit folgender Score. Für jede Nennung einer 3 oder 2 gab es einen Punkt. Für die Kodierung einer 1 gab es keinen Punkt. Die Nennungen der 8 oder der 9 galten als fehlende Werte.

### **3.3.5 Family Adversity Index (FAI)**

Die Erfassung der familiären psychosozialen Belastung erfolgt anhand einer modifizierten Form des FAI von Rutter und Quinton (1977) (Laucht, Esser & Schmidt, 2001).

Der FAI besteht aus elf dichotomen Items, die mögliche Belastungsfaktoren der Familie darstellen. Ein Item wird als Risikofaktor gewertet, wenn einer der in der Operationalisierung aufgeführten Punkte erfüllt ist, beziehungsweise beim fünften Item zwei Punkte erfüllt sind (siehe Tabelle 3 im Anhang). Aus den Items wird ein Summenwert gebildet mit einem Minimalwert von null bis zu einem Maximum von elf Punkten.

Wie bereits erwähnt, wurde für diese Arbeit wurde das dritte Item, psychische Störung der Eltern, aus der Wertung genommen, da dieses bereits für die Einteilung in die Indexgruppe genutzt wurde (siehe Kapitel 3.2.1). Es ergibt sich so ein Minimum von null und ein Maximum von zehn Punkten.

Ab einem Punktwert von zwei oder mehr ist das Risiko für eine psychische Erkrankung des Kindes erhöht; ein einzelner Faktor erhöht das Risiko nicht. Das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten verhält sich kumulativ (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Trautmann-Villalba, Gerhold, Laucht & Schmidt, 2004).

### **3.3.6 Psychopathologischer Aufnahmebefund**

Der psychopathologische Aufnahmebefund (Döpfner et al., 1993; Döpfner et al., 1997) erfragt unabhängig von der Diagnose des Kindes eine Reihe von kindlichen psychopathologischen Auffälligkeiten. Die Befunddokumentation geschieht in einem halbstrukturierten Interview mit dem Patienten und der begleitenden Bezugsperson sowie durch Beobachtung des Verhaltens des Patienten während der Exploration. Es werden die Merkmale in der aktuellen Untersuchungssituation und die Symptomatik außerhalb der Untersuchungssituation getrennt beurteilt.

Der psychopathologische Aufnahmebefund der BaDo besteht aus 17 beschriebenen Störungen, den Hauptitems, mit beschreibenden Unteritems zur näheren Spezifikation. Die Einschätzung der Auffälligkeiten geschieht auf einer Schweregradskala von 1- 4. Die Unterpunkte werden mit einer 4 bei starker, mit einer 3 bei deutlicher, mit einer 2 bei leichter Ausprägung bewertet. Eine 1 bedeutet, das beschreibende Item ist nicht vorhanden und eine 9, es ist nicht beurteilbar. Für

diese Arbeit werden analog zur BaDo ambulant die Beurteilung der Störungen auf Ebene der Hauptitems und nicht der Unteritems vorgenommen (Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 2006). Des Weiteren werden die Angaben 3 und 4 zu „stark ausgeprägt“ zusammengefasst (Wolff Metternich et al., 1999). Die Einschätzungen, dass die Störung nicht vorhanden ist oder nur leicht ausgeprägt ist, gelten als nicht behandlungsbedürftig. Die Angabe einer deutlichen oder starken Störung bezieht sich auf eine behandlungsbedürftige Beeinträchtigung (Englert & Poustka, 1998). Der jeweils höchste zu den Unteritems angegebene Wert wird für die Einschätzung der Störung herangezogen. Die Bewertung der Störungen setzt sich aus dem unmittelbar vom Untersucher beobachteten und von der Begleitperson berichteten Verhalten zusammen (Wolff Metternich et al., 1999). Für eine einzelne Auflistung der Punkte siehe Tabelle 4 im Anhang.

### **3.3.7 Child Behavior Checklist (CBCL/1½-5)**

Die Child Behavior Checklist 1½-5 (CBCL/1½-5) (Achenbach & Rescorla, 2000) ist ein Elternfragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und körperlichen Beschwerden von Klein- und Vorschulkindern im Alter von 18 Monaten bis zu fünf Jahren.

Der Fragebogen enthält 99 Items, die kindliche Eigenschaften beschreiben. Die Eltern geben eine 0 an, wenn das genannte Verhalten für ihr Kind nicht zutrifft. Es wird eine 1 kodiert, wenn die genannte Eigenschaft manchmal oder in geringem Maße auftritt und eine 2, wenn sie deutlich oder sehr oft zu beobachten ist. Item 100 gibt die Möglichkeit, drei weitere Probleme des Kindes zu nennen, die im Fragebogen nicht erwähnt sind. Am Ende beschreiben die Eltern, was sie bei ihrem Kind am meisten besorgt und was ihnen am besten gefällt.

Die Auswertung des Fragebogens gibt Auskunft zu acht Syndromskalen:

Die vier Skalen „Emotional-Reaktiv“, „Ängstlich-Depressiv“, „Körperliche Beschwerden“ und „Sozialer Rückzug“ werden zu den internalisierenden Störungen zusammengefasst. Auf der Skala „Emotional-Reaktiv“ auffällige Kinder, werden von ihren Eltern als launisch, quengelig und schnell eingeschnappt beschrieben, die plötzliche Stimmungs- und Gefühlswechsel zeigen und sich zu viele Sorgen machen. Die Skala „Ängstlich-Depressiv“ beinhaltet neben allgemeiner Ängstlichkeit und Nervosität auch eine traurige Verstimmung und leicht verletzliche Gefühle des Kindes. Die Skala „Körperliche Beschwerden“ setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome beschreiben wie Kopfschmerzen und vor allem mit der Verdauung in Zusammenhang stehende wie Appetitmangel, Magenschmerzen, Verstopfung, Durchfall, Übelkeit und Erbrechen, ohne körperliche Ursache oder akute Erkrankung. Ein hoher Werte auf der Skala „Sozialer Rückzug“ bezieht sich auf Kinder, die verschlossen sind, Blickkontakt



## Methoden

meiden, nicht auf Ansprache antworten, wenig Zuneigung zeigen und nicht auf Zärtlichkeiten reagieren.

Die Gruppe der externalisierenden Störungen besteht aus den zwei Syndromskalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“. Kinder mit Aufmerksamkeitsproblemen zeigen motorische Unruhe und Konzentrationsstörungen, sie wechseln schnell zwischen ihren Beschäftigungen. Unter der Skala „Aggressives Verhalten“ werden Merkmale wie Ungeduld, Trotz, Ungehorsam, Aggressivität, Ärger, Wutausbrüche, mangelnde Einsicht und ein hohes Bedürfnis an Aufmerksamkeit summiert.

Des Weiteren gibt es die Syndromskalen „Schlafprobleme“, welche die Items Ein- und Durchschlafprobleme, Alpträume und die Weigerung, alleine zu schlafen, beinhaltet. Die übrigen Items werden zu der Skala „Andere Probleme“ zusammengefasst.

Alle Items, beziehungsweise Skalen zusammen ergeben einen Gesamtauffälligkeitswert des Kindes. In der folgenden Tabelle 5 ist der Aufbau der Skalen der CBCL/ 1½-5 dargestellt.

**Tabelle 5:** Child Behavior Checklist/ 1½-5

Syndromskala	Itemanzahl		
Emotional- Reaktiv	9		
Ängstlich- Depressiv	8	Internalisierende Störungen	
Körperliche Beschwerden	11		
Sozialer Rückzug	8		
Schlafprobleme	7		Gesamtauffälligkeitswert
Aufmerksamkeitsprobleme	5	Externalisierende Störungen	99 Items
Aggressives Verhalten	19		
Andere Probleme	32		

Für die Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten in der Index- und Kontrollgruppe werden die Rohwerte in T-Werte umgewandelt. Kinder werden als klinisch auffällig eingeschätzt, wenn deren zugeordneter T-Wert auf den Syndromskalen mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der erfassten Normwerte abweicht. Eine T-Skala hat den Mittelwert 50 mit einer Standardabweichung von 10. So ergibt sich die Einteilung in einen unauffälligen, grenzwertigen oder klinisch auffälligen Bereich. T-Werte von unter 60 werden als unauffällig angesehen. Werte zwischen 60 und 63 entsprechen dem Grenzbereich. Bei Werten von 64 oder höher gelten die Kinder als klinisch auffällig in den einzelnen Syndromskalen. Bei den übergeordneten Skalen, also den externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten und der Gesamtauffälligkeit

sind die Bereiche anders definiert. Die Kinder werden bei einem T-Wert von unter 65 als unauffällig eingeschätzt, der Grenzbereich liegt bei Werten von 65 bis 69. Bei einem T-Wert von 70 oder höher gelten die Kinder als klinisch auffällig (Achenbach & Rescorla, 2000).

### **3.4 Auswertung der Daten**

Für die Studie wurde eine Datenbank mit Hilfe von SPSS 15.0 Software für Windows (Statistical Package for Social Sciences Inc., ILL/USA) angelegt, in die die für die Studie geeigneten Kinder aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde mit den notwendigen Daten aufgenommen wurden.

Die Beschreibung der Index- und Kontrollgruppe erfolgt hinsichtlich des Alters, dem kindlichen Geschlecht, dem Geschlecht in den einzelnen Altersgruppen und der psychiatrischen Diagnose, eingeteilt in diagnostische Gruppen. Es werden die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der Index- und Kontrollgruppe angegeben. Aus dem Interesse heraus, die Inanspruchnahmepopulation der Baby- und Kleinkindsprechstunde zu untersuchen, werden auch Angaben zur Gesamtstichprobe gemacht. Dadurch ist es möglich, die gefundenen Prävalenzen mit Erhebungen anderer Kliniken zu vergleichen. Für Mittelwertvergleiche wurden T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen der nominal skalierten Variablen wurden Chi-Quadrat Tests durchgeführt.

Für die Hypothese 1, die psychosozialen Belastungen und familiären Risikofaktoren, wurde jeweils der Median der Index- und Kontrollgruppe erfasst. Mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Test wurden die Ergebnisse auf Unterschiede getestet. Da einige Studien mit dem Mittelwert arbeiten, wird auch dieser angegeben, um einen Vergleich möglich zu machen. Auf Item-Ebene wurde, neben der Beschreibung durch die absoluten und prozentualen Häufigkeiten, der Odds Ratio erhoben. Der Odds Ratio wird in dieser Arbeit als Wahrscheinlichkeitsverhältnis bezeichnet. Dieses Risikomaß wurde angewandt, um Aussagen über die Stärke von Zusammenhängen zwischen der Zugehörigkeit zu der Index- oder Kontrollgruppe und den jeweiligen Items zu machen. Es wurde eine logistische Regressionsanalyse angeschlossen; die Zugehörigkeit zur Index- oder Kontrollgruppe stellte die abhängige dichotome Variable dar. Das Alter und Geschlecht, die Diagnosegruppen, die Schulbildung der Eltern, sowie die dichotomisierten (siehe Kapitel 4.2.4) Summenwerte der Achse V und des FAI wurden als unabhängige Variablen einbezogen.

Für die Hypothese 2, die kindlichen Auffälligkeiten, werden die absoluten und prozentualen Häufigkeiten zu den unterschiedlichen Ausprägungsgraden aufgeführt und es wurde der Chi-Quadrat-Test zum Vergleich der Häufigkeiten angewandt. Explorativ wurden die Index- und Kontrollgruppe nach Geschlecht aufgeteilt und die kindlichen Psychopathologien betrachtet.

## Methoden

Die Items der unterschiedlichen Erhebungen und Instrumente, die für weniger als fünf Prozent der gesamten Stichprobe zutrafen, wurden wegen der geringen Bedeutung für dieses Patientenkollektiv nicht näher betrachtet.

Bei den graphischen Darstellungen handelt es sich zumeist um Balkendiagramme, die Prozentangaben wiedergeben. Die auf den Balken genannten Prozentangaben sind gerundet, es kann dadurch bei gleichem angegebenen Wert zu einem minimalen Höhenunterschied der Balken kommen.

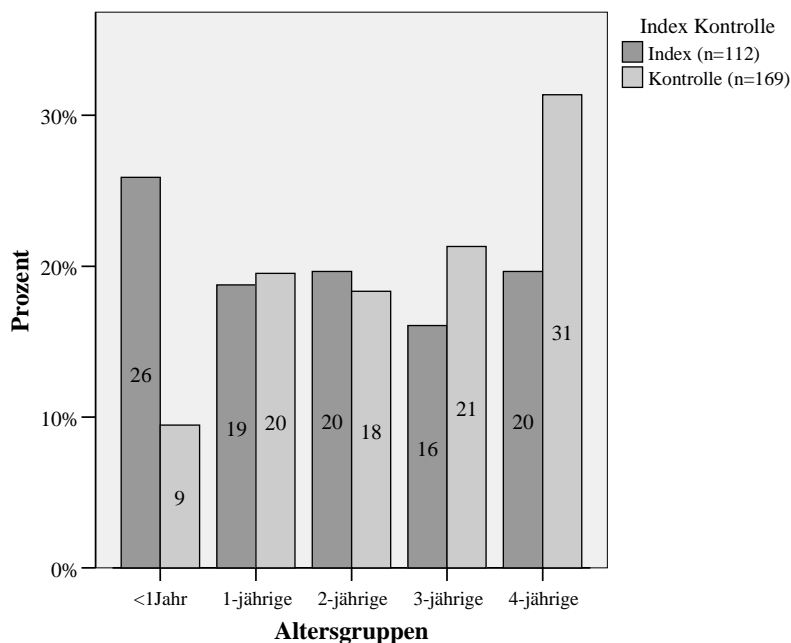
## 4 ERGEBNISSE

### 4.1 Gruppenstatistik

#### 4.1.1 Alter und Geschlecht

##### Alter

Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe (N=281) liegt bei 2,65 (SD=1,47) Jahren. Die Kinder der Indexgruppe (n=112) sind im Schnitt 2,3 (SD=1,5) Jahre und die der Kontrollgruppe (n=169) 2,9 (SD=1,4) Jahre alt. In beiden Gruppen liegt das minimale Alter bei unter einem Monat und das maximale Alter bei 4,9 Jahren. Die Kinder der Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich hochsignifikant in Bezug auf ihr Alter ( $t=3,737$ ;  $df=279$ ;  $p<0,001$ ). Eine Betrachtung in Altersgruppen ergibt das folgende Balkendiagramm, Abbildung 1.



**Abbildung 1:** Verteilung der Altersgruppen in Prozent

Wie dem Balkendiagramm zu entnehmen ist, sind die Unterschiede in der Altersverteilung besonders ausgeprägt in der Gruppe der unter zwölf Monate alten Kinder und der vierjährigen Kinder. Etwa ein Viertel der Kinder der Indexgruppe sind jünger als ein Jahr bei Erstvorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde, im Vergleich zu nur etwa einem Zehntel der Kinder der

## Ergebnisse

Kontrollgruppe. Über die Hälfte der Kinder der Kontrollgruppe zählen zu den Drei- und Vierjährigen, im Vergleich zu etwa einem Drittel der Kinder der Indexgruppe.

### Geschlecht

Die Stichprobe umfasst insgesamt mehr Jungen (64,8%; n=182) als Mädchen (35,2%; n=99). Im Einzelnen befinden sich in der Indexgruppe 61,6 Prozent Jungen (n=69) und 38,4 Prozent Mädchen (n=43). In der Kontrollgruppe sind 66,9 Prozent Jungen (n=113) und 33,1 Prozent Mädchen (n=56). Damit unterscheidet sich die Geschlechtsverteilung in der Index- und Kontrollgruppe nicht signifikant ( $\chi^2=0,816$ ; df=1;  $p>0,05$ ).

### Alter getrennt für Jungen und Mädchen

Vergleicht man die Größe der Altersgruppen der Index- und Kontrollgruppe getrennt nach Geschlecht ergibt sich folgendes:

Die Jungen (n=182) unterscheiden sich nicht signifikant ( $\chi^2=7,804$ ; df=4;  $p>0,05$ ). Bei den Mädchen (n=99) findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen Index- und Kontrollgruppe in der Größe der Altersgruppen ( $\chi^2=12,551$ ; df=4;  $p<0,05$ ). Für die absoluten Zahlen und prozentuale Verteilung siehe Tabelle 6.

**Tabelle 6:** Altersgruppen getrennt für Jungen und Mädchen

Jungen						
Altersgruppe	Indexgruppe (n=69)		Kontrollgruppe (n=113)		Gesamt (n=182)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<1Jahr	17	24,6	11	9,7	28	15,4
1-jährige	8	11,6	20	17,7	28	15,4
2-jährige	13	18,8	22	19,5	35	19,2
3-jährige	13	18,8	25	22,1	38	20,9
4-jährige	18	26,1	35	31	53	29,1

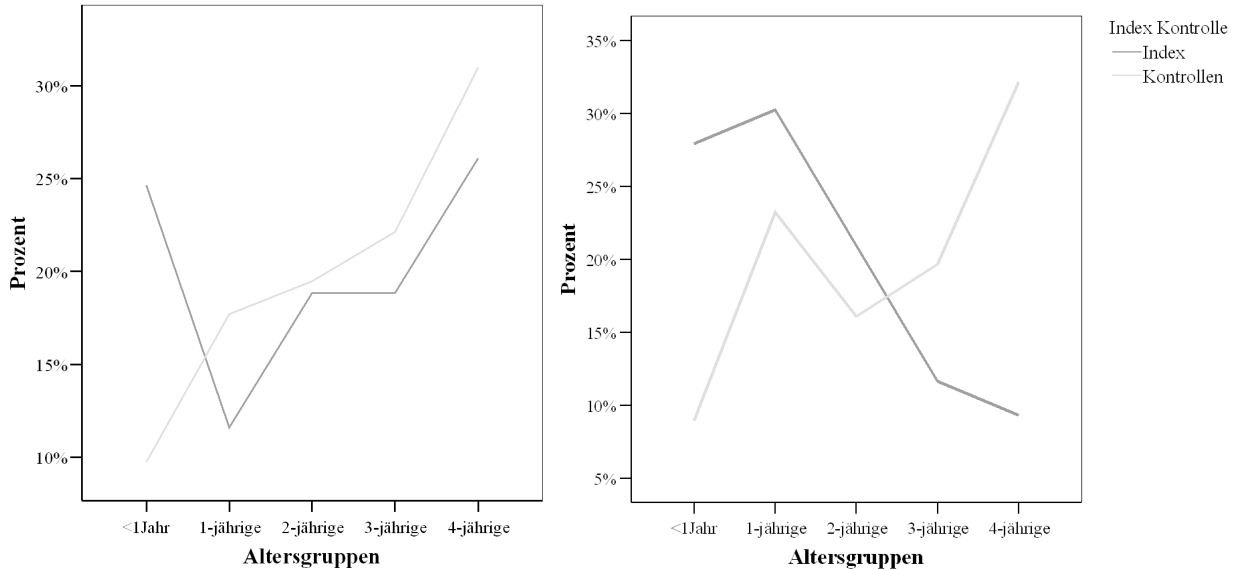
  

Mädchen						
Altersgruppe	Indexgruppe (n=43)		Kontrollgruppe (n=56)		Gesamt (n=99)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<1Jahr	12	27,9	5	8,9	17	17,2
1-jährige	13	30,2	13	23,2	26	26,3
2-jährige	9	20,9	9	16,1	18	18,2
3-jährige	5	11,6	11	19,6	16	16,2
4-jährige	4	9,3	18	32,1	22	22,2

## Ergebnisse

Zur Veranschaulichung werden die prozentualen Werte der Index- und Kontrollgruppe in folgendem Diagramm, Abbildung 2, dargestellt.

Jungen (n=182): Index (n=69), Kontrolle (n=113) Mädchen (n=99): Index (n=43), Kontrolle (n=56)



**Abbildung 2:** Altersgruppen der Index- und Kontrollgruppe getrennt nach Geschlecht in Prozent

Auffällig ist der große Unterschied zwischen der Anzahl der Index- und Kontrollkinder in der Gruppe der unter Einjährigen. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen finden sich in dieser Altersgruppe mehr Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Bei den Mädchen kommen im Vergleich zu den Jungen mehr Kinder innerhalb der ersten beiden Lebensjahre. Auffällig dazu ist in der Altersverteilung der Mädchen der Indexgruppe eine abfallende Anzahl der vorgestellten Kinder ab dem zweiten Lebensjahr. Damit ergibt sich ein weiterer deutlicher Unterschied in der Gruppe der vierjährigen Mädchen, bei denen es sich hauptsächlich um Kinder der Kontrollgruppe handelt.

### 4.1.2 Diagnosen

Die nach DC: 0-3R gestellten Diagnosen der 112 Kinder der Indexgruppe und 169 Kinder der Kontrollgruppe sind in die diagnostischen Gruppen (siehe Kapitel 3.3.2) eingeteilt. Die Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich in den gestellten Diagnosen hochsignifikant ( $\chi^2=23,218$ ;  $df=8$ ;  $p<0,01$ ). Die absoluten und prozentualen Häufigkeiten können Tabelle 7 entnommen werden.

## Ergebnisse

**Tabelle 7:** Häufigkeiten der Diagnosen nach DC: 0-3R

Diagnostische Gruppe	Indexgruppe (n=112)		Kontrollgruppe (n=169)		Gesamt (N=281)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine psychiatrische Störung	13	11,6	17	10,1	30	10,7
Bindungsstörungen	24	21,4	15	8,9	39	13,9
Emotionale und affektive Störungen	14	12,5	32	18,9	46	16,4
Regulationsstörungen	11	9,8	22	13	33	11,7
Reg. stimulationssuchend/ impulsiv	6	5,4	21	12,4	27	9,5
Fütterstörungen	17	15,2	16	9,5	33	11,7
Autistischer Formenkreis	8	7,1	29	17,2	37	13,2
Andere Störungen	9	8	9	5,3	18	6,4
Diagnose unbekannt	10	8,9	8	4,7	18	6,4

Insgesamt stellen die emotionalen und affektiven Störungen (16,4%) die häufigste Diagnose dar, gefolgt von den Bindungsstörungen (13,9%) und den Störungen des autistischen Formenkreis (13,2%). In der Indexgruppe stellen die Bindungsstörungen die größte Diagnosegruppe mit 21,4 Prozent dar, gefolgt von Störungen im Essverhalten (15,2%) und emotionalen und affektiven Störungen (12,5%). Emotionale und affektive Störungen sind in der Kontrollgruppe die am häufigsten gestellte Diagnose (32%), gefolgt von den Diagnosen des autistischen Formenkreises (17,2%) und den Regulationsstörungen (13%).

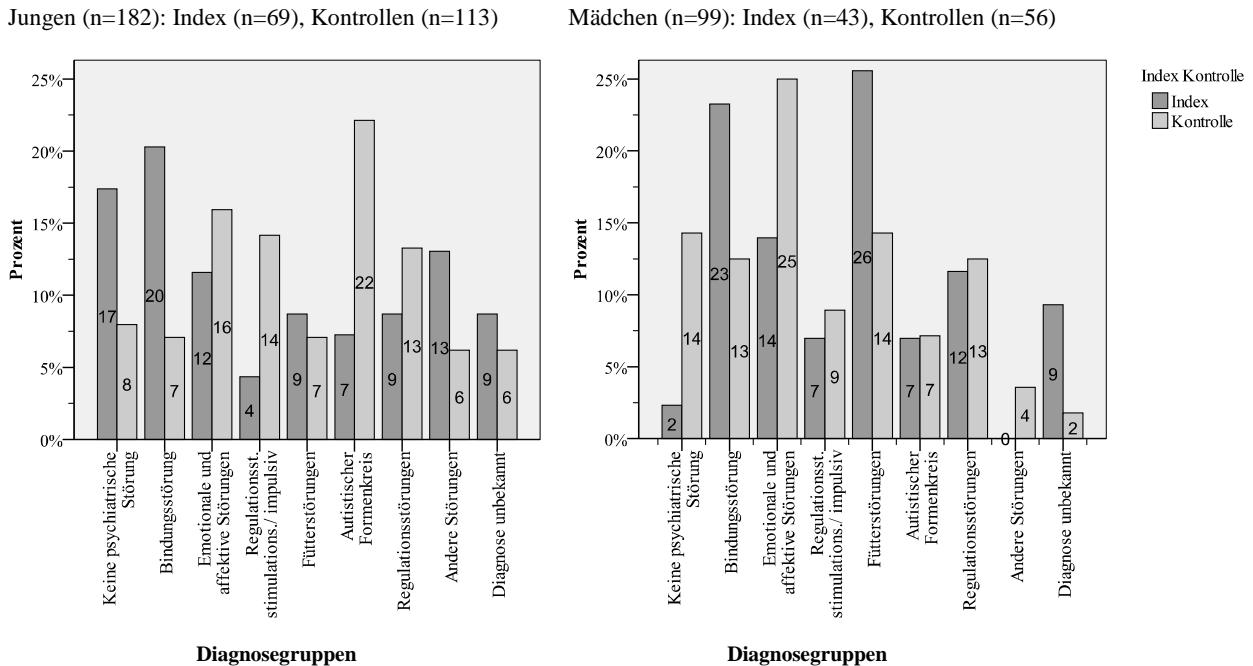
Die ICD-10 Diagnosen der DC: 0-3R Diagnose „Andere Störungen“ sind in Tabelle 8 aufgelistet.

**Tabelle 8:** ICD-10 Diagnose bei DC: 0-3R 800

ICD-10 Diagnose	Indexgruppe (n=9)		Kontrollgruppe (n=9)		Gesamt (n=18)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F84.4 Hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	1	11,1	1	11,1	2	11,1
F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten	5	55,6	3	33,3	8	44,4
F94 Störung sozialer Funktionen	0	-	1	11,1	1	5,6
F95.0 Vorübergehende Ticstörung	0	-	1	11,1	1	5,6
F98.0 Enuresis	1	11,1	0	-	1	5,6
F98.1 Enkopresis	0	-	1	11,1	1	5,6
F98.3 Pica	0	-	1	11,1	1	5,6
F98.4 Stereotype Bewegungsstörung	1	11,1	1	11,1	2	11,1
F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung	1	11,1	0	-	1	5,6

## Ergebnisse

Für eine genauere Unterscheidung der Index- und Kontrollgruppe wurden die Diagnosen für Jungen und Mädchen getrennt betrachtet, siehe dazu Abbildung 3. Bei den Jungen (n=182) zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Index- und Kontrollkindern in Bezug auf die Diagnosestellung ( $\chi^2=23,335$ ;  $df=8$ ;  $p<0,01$ ), bei den Mädchen (n=99) jedoch nicht ( $\chi^2=12,94$ ;  $df=8$ ;  $p>0,05$ ).



**Abbildung 3:** Diagnosegruppenzugehörigkeit in Prozent getrennt für Jungen und Mädchen

Insgesamt sind die Störungen des autistischen Formenkreises bei den Jungen häufiger (29%) im Vergleich zu den Mädchen (14%). Bei diesen findet sich die Diagnose der Fütterstörungen deutlich häufiger (40%:16%).

Bei den Jungen der Indexgruppe ist eine Bindungsstörung die häufigste Diagnose (20%) und wird knapp dreimal häufiger als in der Kontrollgruppe gestellt (7%). Die Jungen der Kontrollgruppe weisen am häufigsten Störungen aus dem autistischen Formenkreis auf (22%). Diese Diagnose findet sich seltener bei den Jungen der Indexgruppe (7%). Des Weiteren finden sich Regulationsstörungen stimulationsuchend /impulsiv bei den Jungen öfter in der Kontrollgruppe (14%) im Vergleich zu der Indexgruppe (4%).

Ein Viertel (26%) der Mädchen der Indexgruppe weist Fütterstörungen auf, es handelt sich dabei um die häufigste Diagnose, gefolgt von den Bindungsstörungen (23%). Beide Diagnosen finden



## Ergebnisse

sich nicht so häufig in der Kontrollgruppe (14% bzw. 12%). Die Mädchen der Kontrollgruppe zeigen am häufigsten emotionale und affektive Störungen (25%).

Es findet sich keine psychiatrische Diagnose bei 11,6 Prozent der Indexgruppe und 10,1 Prozent der Kontrollgruppe. Teilt man diese nach Jungen und Mädchen auf, finden sich folgende Unterschiede. Bei den Jungen der Indexgruppe (17%) ist diese Angabe doppelt so häufig wie bei den Kontrollgruppenjungen (8%). Im Vergleich dazu findet sich bei den Mädchen in der Indexgruppe keine psychiatrische Störung nur in zwei Prozent der Fälle und bei 14 Prozent der Kontrollgruppe.

### 4.2 Hypothese-1-prüfende Statistik zur psychosozialen Situation

#### 4.2.1 Schulbildung der Eltern

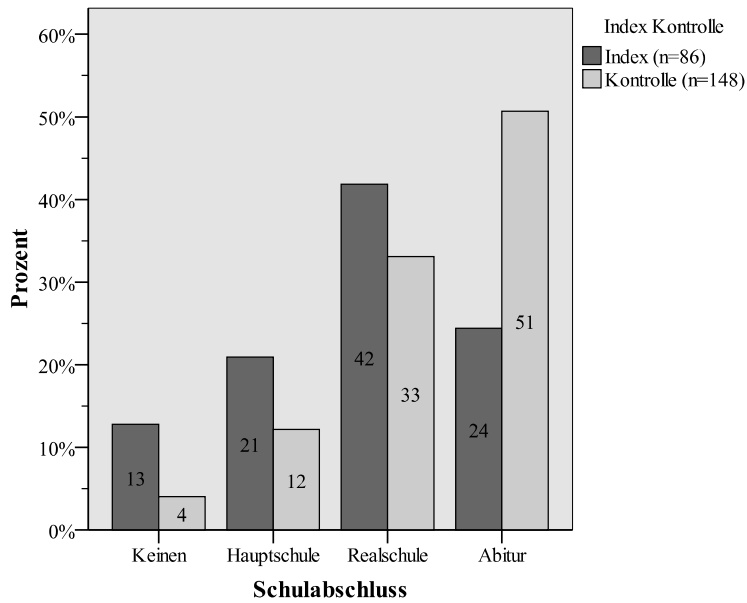
Insgesamt lag für 83,3 Prozent (n=234) der Gesamtstichprobe (N=281) mindestens von einem Elternteil eine Angabe zur Schulbildung vor, und zwar für 76,8 Prozent der Indexgruppe (n=86) und 87,6 Prozent der Kontrollgruppe (n=148). Bei Angaben von beiden Elternteilen wurde jeweils der Elternteil mit der höheren Schulbildung in die Wertung genommen.

Die Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich hochsignifikant in Bezug auf die Schulbildung der Elternteile ( $\chi^2=18,721$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ). Zu den absoluten und prozentualen Häufigkeiten siehe Tabelle 9 und zur Veranschaulichung der prozentualen Verteilung Abbildung 4.

**Tabelle 9:** Schulbildung der Eltern

Schulabschluss	Index (n=86)		Kontrolle (n=148)		Gesamt (n=234)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keinen	11	12,8	6	4,1	17	7,3
Hauptschule	18	20,9	18	12,2	36	15,4
Realschule	36	41,9	49	33,1	85	36,3
Abitur	21	24,4	75	50,7	96	41

## Ergebnisse



**Abbildung 4:** Schulbildung der Eltern in Prozent

Bei den Kindern der Indexgruppe kommt im Vergleich zu den Kindern mit zwei psychisch gesunden Elternteilen nur halb so oft ein Elternteil mit Abitur in den jeweiligen Familien vor.

### 4.2.2 Achse V

Die aktuellen abnormen psychosozialen Umstände, dokumentiert in der BaDo mit der Achse V des MAS, wurden mit Hilfe eines Scores bewertet (siehe Kapitel 3.3.4).

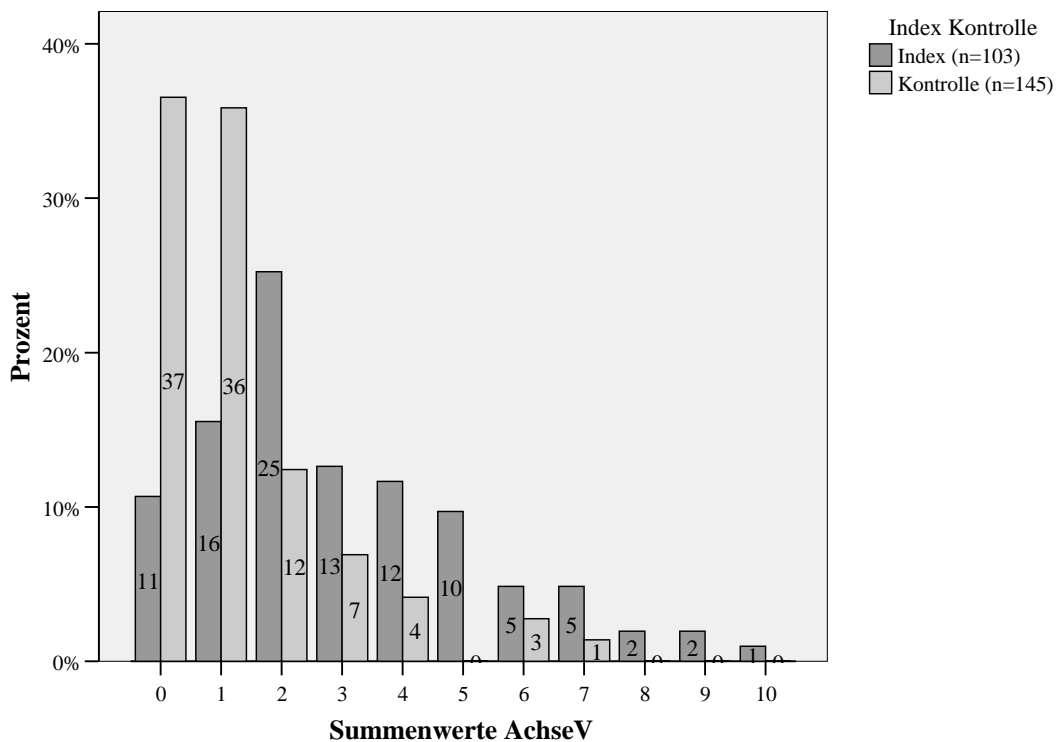
Die Einschätzung der Achse V lag für 88,3 Prozent der Patienten (n=248) vor, für 92 Prozent der Kinder der Indexgruppe (n=103) und 85,8 Prozent der Kontrollgruppe (n=145).

Für die gesamte Stichprobe ergibt sich ein Median von 1. In der Indexgruppe findet sich ein Median von 2 und in der Kontrollgruppe von 1; sie unterscheiden sich hochsignifikant (U-Wert: 3514;  $p < 0,001$ ). [Der Mittelwert der Gesamtstichprobe beträgt  $M=2$  ( $SD=2,07$ ), mit einem  $M=3,1$  ( $SD=2,28$ ) der Indexgruppe und einem  $M=1,2$  ( $SD=1,51$ ) der Kontrollgruppe. Es handelt sich um einen hochsignifikanten Unterschied ( $t=-7,08$ ;  $df=164$ ;  $p < 0,001$ .)] Es ergibt sich eine Verteilung, welche von keiner Nennung bis zu einem Maximum von zehn Nennungen pro Kind reicht. Für die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der Summe der Nennungen siehe Tabelle 10 und zur Veranschaulichung der prozentualen Verteilung Abbildung 5.

## Ergebnisse

**Tabelle 10:** Summe der Nennungen der Achse V des MAS

Summe der Nennungen	Index (n=103)		Kontrolle (n=145)		Gesamt (n=248)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	11	10,7	53	36,6	64	25,8
1	16	15,5	52	35,9	68	27,4
2	26	25,2	18	12,4	44	17,7
3	13	12,6	10	6,9	23	9,3
4	12	11,7	6	4,1	18	7,3
5	10	9,7	0	-	10	4
6	5	4,9	4	2,8	9	3,6
7	5	4,9	2	1,4	7	2,8
8	2	1,9	0	-	2	0,8
9	2	1,9	0	-	2	0,8
10	1	1	0	-	1	0,4



**Abbildung 5:** Summenwerte der Achse V des MAS in Prozent

Die Kinder der Indexgruppe leiden im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe unter mehr abnormen psychosozialen Belastungen.

## Ergebnisse

Einige Items der Achse V treffen für weniger als fünf Prozent der Gesamtstichprobe zu und werden nicht näher betrachtet (siehe Kapitel 3.4). Dazu gehören die Items folgender Kategorien: „Behinderung in der Familie“, „Akute belastende Lebensereignisse“, „Gesellschaftliche Belastungsfaktoren“, „Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit“, „Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes“. Zudem betrifft dies folgende einzelne Items: in der Kategorie „Abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ für das Item „sexueller Missbrauch“, sowie in der Kategorie „Abnorme unmittelbare Umgebung“ für die Items „Erziehung in einer Institution“ und „isolierte Familie“. Das Item „Andere“ wurde unter keiner Kategorie für mehr als fünf Prozent genutzt.

Tabelle 11 zeigt die Häufigkeit der Items, die für mehr als fünf Prozent der Stichprobe zutrafen.

**Tabelle 11:** Häufigkeiten der zutreffenden Items der Achse V des MAS

Item	Index (n= 103)		Kontrolle (n= 145)		Gesamt (n= 248)		Odds Ratio	
	A	%	A	%	A	%	95% KI	
	<b>Abnorme intrafamiliäre Beziehungen:</b>							
Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung	35	35,4	10	7	45	18,7	7,2	3,4- 15,5*
Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen	39	40,6	20	14,1	59	24,8	4,2	2,2- 7,8*
Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	14	14	4	2,8	18	7,4	5,6	1,8- 17,6*
Körperliche Kindesmisshandlung	11	11,8	4	2,8	15	6,4	4,6	1,4- 14,9*
<b>Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation:</b>								
	29	31,2	18	12,9	47	20,3	3	1,6- 5,9*
<b>Abnorme Erziehungsbedingungen:</b>								
Elterliche Überfürsorge	9	9	20	14,2	29	12	0,6	0,3- 1,4
Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	24	24	14	9,9	38	15,8	2,9	1,4-6*
Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	25	25,5	14	9,9	39	16,3	3,1	1,5- 6,4*
Unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern	13	13,2	6	4,2	19	8	3,6	1,3- 9,7*
<b>Abnorme unmittelbare Umgebung:</b>								
Abweichende Elternsituation	42	42	37	25,5	79	32,2	2,1	1,2- 3,6*
Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	32	32	10	7	42	17,4	6,2	2,9- 13,4*

A Anzahl; % Prozent; KI Konfidenzintervall

\* Wahrscheinlichkeitsverhältnis signifikant

## Ergebnisse

Das am häufigsten zutreffende Item der Achse V ist die „Abweichende Elternsituation“. Es trifft für 42 Prozent der Indexgruppe und 26 Prozent der Kontrollgruppe zu. In den Familien mit einem psychisch kranken Elternteil folgen „Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen“ und „Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung“. In der Kontrollgruppe findet man am zweithäufigsten die „Elterliche Überfürsorge“. Dieses ist die einzige Belastung, die häufiger in den Familien der Kontrollgruppe vorkommt. Sämtliche anderen Belastungsfaktoren der Achse V treffen deutlich häufiger für die Indexgruppe zu.

Beispielsweise ist für die Kinder der Indexgruppe die Wahrscheinlichkeit, an einem Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung zu leiden, siebenfach erhöht. Sie haben eine sechsfache erhöhte Wahrscheinlichkeit, feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisungen in der Familie zu erfahren und unter Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung aufzuwachsen. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit für körperliche Kindesmisshandlung in den Indexfamilien im Vergleich zu den Kontrollfamilien fünffach erhöht.

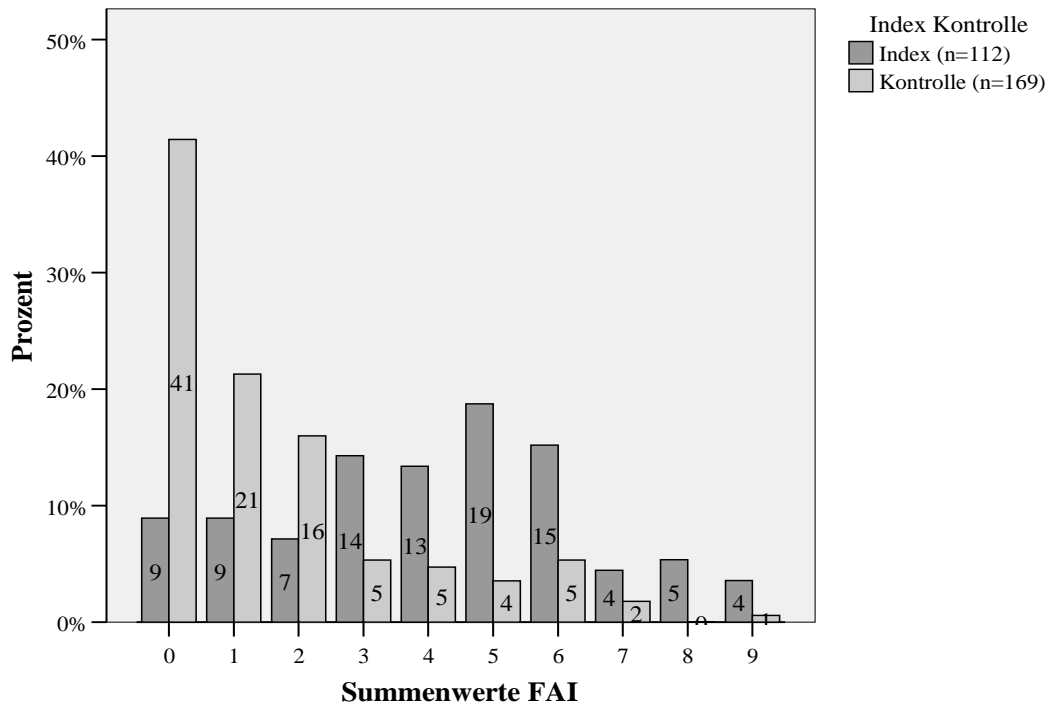
### 4.2.3 FAI

Das mit dem FAI eingeschätzte psychosoziale Risiko ergab folgendes Ergebnis. Der Median der Gesamtstichprobe liegt bei 2. Der Median der Indexgruppe ist 4 und der der Kontrollgruppe 1, sie unterscheiden sich hochsignifikant (U-Wert: 3896;  $p < 0,001$ ). [Der Mittelwert der Gesamtstichprobe beträgt  $M=2,6$  ( $SD=2,47$ ), mit einem  $M=4,1$  ( $SD=2,38$ ) der Indexgruppe und einem  $M=1,2$  ( $SD=1,96$ ) der Kontrollgruppe. Es handelt sich um einen hochsignifikanten Unterschied ( $t=-9,431$ ;  $df=206$ ;  $p < 0,001$ ).] Es ergab sich eine Verteilung von keiner Nennung bis zu einem Maximum von neun Nennungen. Für die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der Summe der Nennungen siehe Tabelle 12 und zur Veranschaulichung der prozentualen Verteilung siehe Abbildung 6.

**Tabelle 12:** Summe der Nennungen des FAI

Summe der Nennungen	Index (n=112)		Kontrolle (n=169)		Gesamt (n=281)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	10	8,9	70	41,4	80	28,5
1	10	8,9	36	21,3	46	16,4
2	8	7,1	27	16	35	12,5
3	16	14,3	9	5,3	25	8,9
4	15	13,4	8	4,7	23	8,2
5	21	18,8	6	3,6	27	9,6
6	17	15,2	9	5,3	26	9,3
7	5	4,5	3	1,8	8	2,8
8	6	5,4	0	-	6	2,1
9	4	3,6	1	0,6	5	1,8

## Ergebnisse



**Abbildung 6:** Summenwerte des FAI in Prozent

Deutlich wird, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil in der Familie mehr familiäre Risikofaktoren aufweisen als Kinder mit psychisch gesunden Eltern.

Für 82 Prozent der Kinder der Indexgruppe und 38 Prozent der Kinder der Kontrollgruppe besteht ein erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung durch zwei oder mehr zutreffende Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.3.5).

Betrachtet man die einzelnen Items des FAI, zeigt sich, dass alle Belastungsfaktoren häufiger in den Familien der Indexgruppe zu finden sind. Tabelle 13 zeigt die Häufigkeiten der zutreffenden Items und den Odds Ratio für die Index- und Kontrollgruppe sowie die Gesamtstichprobe.

## Ergebnisse

**Tabelle 13:** Häufigkeiten der zutreffenden Items des FAI

Item	Index (n= 112)		Kontrolle (n= 169)		Gesamt (N= 281)		Odds Ratio  95% KI	
	A	%	A	%	A	%		
Niedriges Bildungsniveau	39	34,8	23	13,6	62	22,1	3,4	1,9- 6,1*
Beengte Wohnverhältnisse	22	19,6	10	5,9	32	11,4	3,9	1,8- 8,6*
Anamnestic Belastung der Eltern	62	55,4	32	18,9	94	33,5	5,3	3,1- 9,1*
Gestörte Paarbeziehung	58	51,8	34	29,1	92	32,7	4,3	2,5- 7,2*
Frühe Elternschaft	13	11,6	9	5,3	22	7,8	2,3	1- 5,7
Unvollständige Familie	44	39,3	32	18,9	76	27	2,8	1,6- 4,8*
Ungewollte Schwangerschaft	19	17	18	10,7	37	13,2	1,7	0,9- 3,4
Mangelnde soziale Integration und Unterstützung	57	50,9	21	12,4	78	27,8	7,3	4,1- 13,2*
Chronische Belastung	80	71,4	52	30,8	132	47	5,6	3,3- 9,5*
Mangelndes Coping	68	60,7	33	19,5	101	35,9	6,4	3,7- 10,9*

A Anzahl; % Prozent; KI Konfidenzintervall

\* Wahrscheinlichkeitsverhältnis signifikant

Das am häufigsten zutreffende Item des FAI ist die „Chronische Belastung“ im Sinne von subjektiv belastenden Ereignissen, die über ein Jahr bestehen. Dieses findet man bei 71 Prozent der Indexfamilien und 31 Prozent der Kontrollen. Bei den Indexkindern folgt „Mangelndes Coping“, „Anamnestic Belastung der Eltern“, „Gestörte Paarbeziehung“ und „Mangelnde soziale Integration und Unterstützung“. Jeder dieser Risikofaktoren trifft für mindestens 50 Prozent der Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zu.

So zeigen die Indexfamilien im Vergleich zu den Kontrollfamilien eine siebenfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, unter mangelnder sozialer Integration und Unterstützung zu leiden. Eine sechsfach erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe findet man für mangelndes Coping und zumindest eine chronische Belastung. In den Faktoren „Frühe Elternschaft“ und „Ungewollte Schwangerschaft“ unterscheiden sich die Index- und Kontrollgruppe nicht signifikant im Wahrscheinlichkeitsverhältnis.

#### 4.2.4 Logistische Regression

Es wurde eine logistische Regressionsanalyse gerechnet. Als abhängige Variable wurde die dichotome Einteilung in die Index- und Kontrollgruppe festgesetzt. Als unabhängige Variablen wurden die oben beschriebenen Untersuchungsergebnisse in die Regressionsanalyse einbezogen: Altersgruppen, Geschlecht, Diagnosegruppen, Schulbildung der Eltern, FAI und Achse V. Für die unabhängigen Variablen „Achse V“ und „FAI“ wurde zur binären Einteilung der optimale Cut off (maximale Chi-Quadrat-Wert), Achse V ( $\chi^2=53,173$ ,  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) und FAI ( $\chi^2=79,382$ ,  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), genutzt. Die Variablen gehen somit wie folgt in die Analyse ein: „Altersgruppen“, „Geschlecht“ und „Diagnosegruppen“ unverändert, die „Schulbildung der Eltern“ in der bekannten Einteilung (siehe Kapitel 3.3.3) mit der zusätzlichen Gruppe für die Kinder, bei denen keine Angabe vorlag. Der Cut off beim FAI teilt die Kinder in eine Gruppe mit weniger als drei Punkten und in eine Gruppe mit drei und mehr Punkten. Bei der Achse V gibt es die Gruppe der Kinder mit bis zu einem zutreffenden Item und die Gruppe der Kinder mit mehreren zutreffenden Items; des Weiteren gibt es hier eine Gruppe, bei denen die Angaben fehlten. Für die Ergebnisse der logistischen Regression siehe Tabelle 14.

**Tabelle 14:** Logistische Regression, Variablen in der Gleichung, n=281

Unabhängige Variable		p-Wert	Exp(B)	Wald	95% KI
FAI	≤2 vs. >2	0,000*	11,1	69,8	6,3- 19,5
Achse V	≤1 vs. >1	0,001*	3,1	11,4	1,6- 6
	keine Angabe	0,915	-	0,01	0,4- 2,8
Altersgruppen	<1Jahr vs. 1-jährige	0,017*	0,3	5,7	0,1- 0,8
	<1Jahr vs. 2-jährige	0,014*	0,3	6	0,1- 0,8
	<1Jahr vs. 3-jährige	0,005*	0,2	8	0,1- 0,6
	<1Jahr vs. 4-jährige	0,001*	0,2	12,1	0,1- 0,5

vs versus, KI Konfidenzintervall

\* p-Wert < 0,05 signifikant

Das Geschlecht des Kindes und die Zugehörigkeit zu einer diagnostischen Gruppe, sowie die Schulbildung der Eltern wurden nicht als Variablen mit in die Gleichung aufgenommen ( $p>0,05$ ).

Den höchsten prädiktiven Wert für die Gruppenzugehörigkeit eines Kindes hatte der FAI. Kinder aus Familien, die zwei oder mehr psychosoziale Risikofaktoren aufweisen, haben im Vergleich zu Kindern mit keinem oder nur einem zutreffendem Risikofaktor des FAI eine elffache Wahrscheinlichkeit (Chance), einen psychisch kranken Elternteil zu haben. Bei mehr als einem



psychosozialen Belastungsfaktor auf der Achse V ergibt sich im Vergleich zu keinem beziehungsweise nur einem Belastungsfaktor eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Zuteilung zur Indexgruppe. Kinder, welche bei der Erstvorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde jünger sind, zeigen im Vergleich zu älteren Kindern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, zur Indexgruppe zu gehören.

### **4.3 Hypothese-2-prüfende Statistik zum kindlichen Verhalten**

#### **4.3.1 Psychopathologischer Aufnahmebefund**

Im Aufnahmebefund wurden die psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder der Index- und Kontrollgruppe dokumentiert. Folgende Auffälligkeiten fanden sich bei weniger als fünf Prozent (siehe Kapitel 3.4) der gesamten Stichprobe: Zwangsstörungen, Missbrauch/

Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Merkfähigkeits-, Orientierungs-, Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit, Formale Denkstörungen, Inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen. Alle weiteren Störungen werden in Tabelle 15 aufgeführt.

Auffällig ist, dass für die meisten Störungen die Ausprägung bei den Kindern der Indexgruppe jeweils stärker ist, d.h. dass sich diese Kinder eher als behandlungsbedürftig erweisen, während die Kinder der Kontrollgruppe eher eine leichte Ausprägung zeigen. Dies ist zutreffend für „Störungen der Interaktion“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle“, „Störungen der Psychomotorik“, „Störungen des Sprechens und der Sprache“ und „Störungen von Stimmung und Affekt“. Angststörungen weisen die Kinder der Indexgruppe sowohl leicht, als auch stark ausgeprägt häufiger auf. Bei den Essstörungen und „Funktionellen und somatoformen Störungen“ tritt eine leicht ausgeprägte Störung bei den Indexkindern häufiger auf; in der behandlungsbedürftigen Ausprägung unterscheiden sie sich jedoch nicht von den Kindern der Kontrollgruppe.

Einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen findet man bei den Störungen des Sozialverhaltens ( $\chi^2=7,034$ ,  $df=2$ ;  $p<0,05$ ) und den Störungen der Psychomotorik ( $\chi^2=6,155$   $df=2$ ;  $p<0,05$ ).

## Ergebnisse

**Tabelle 15:** Häufigkeiten de Störungen des psychopathologischen Aufnahmebefundes

Item	Index		Kontrolle		Gesamt		Chi-Quadrat-Test		
	A	%	A	%	A	%	$\chi^2$	df	p-Wert
Störungen der Interaktion					n=250		2,037	2	0,361
Unauffällig	28	29,5	44	28,4	72	28,8			
Leicht ausgeprägt	14	14,7	34	21,9	48	19,2			
Stark ausgeprägt	53	55,8	77	49,7	130	52			
Störungen des Sozialverhalten					n=238		7,034	2	0,03*
Unauffällig	36	40,9	66	44	102	42,9			
Leicht ausgeprägt	6	6,8	26	17,3	32	13,4			
Stark ausgeprägt	46	52,3	58	38,7	104	43,7			
Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle					n=246		5,709	2	0,058
Unauffällig	45	49,5	72	46,5	117	47,6			
Leicht ausgeprägt	8	8,8	31	20	39	25,9			
Stark ausgeprägt	38	41,8	52	33,5	90	36,6			
Störungen der Psychomotorik					n=241		6,155	2	0,046*
Unauffällig	78	89,7	135	87,7	213	88,4			
Leicht ausgeprägt	0	-	9	5,8	9	3,7			
Stark ausgeprägt	9	10,3	10	6,5	19	7,9			
Störungen des Sprechens und der Sprache					n=219		3,210	2	0,201
Unauffällig	44	56,4	78	55,3	122	55,7			
Leicht ausgeprägt	6	7,7	22	15,6	28	12,8			
Stark ausgeprägt	28	35,9	41	29,1	69	31,5			
Angststörungen					n=222		3,469	2	0,174
Unauffällig	53	67,1	112	78,3	165	74,3			
Leicht ausgeprägt	6	7,6	6	4,2	12	5,4			
Stark ausgeprägt	20	25,3	25	17,5	45	20,3			
Störungen von Stimmung und Affekt					n=231		3,777	2	0,151
Unauffällig	49	58,3	80	54,4	129	55,8			
Leicht ausgeprägt	9	10,7	30	20,4	39	16,9			
Stark ausgeprägt	26	31	37	25,2	63	27,3			
Essstörungen					n=222		3,8	2	0,150
Unauffällig	58	71,6	119	78	168	75,7			
Leicht ausgeprägt	8	9,9	5	3,5	13	5,9			
Stark ausgeprägt	15	18,5	26	18,4	41	18,5			
Funktionelle und somatoforme Störungen					n=236		0,790	2	0,647
Unauffällig	47	54	85	57	132	55,9			
Leicht ausgeprägt	10	11,5	12	8,1	22	9,3			
Stark ausgeprägt	30	34,5	52	34,9	82	34,7			
Andere Störungen					n=224		5,129	2	0,077
Unauffällig	59	74,7	123	84,8	182	81,3			
Leicht ausgeprägt	7	8,9	4	2,8	11	4,9			
Stark ausgeprägt	13	16,5	18	12,4	31	13,8			

A Anzahl; % Prozent

\* Signifikanter Unterschied

## Ergebnisse

Betrachtet man die Störungen des psychopathologischen Aufnahmebefundes für Jungen und Mädchen getrennt, so findet man bei den Jungen einen hochsignifikanten Unterschied für die Störungen des Sozialverhaltens ( $n=154$ ;  $\chi^2=12,612$ ;  $df=2$ ;  $p<0,01$ ), siehe dazu Tabelle 16. Es finden sich keine weiteren Signifikanzen mit dem Chi-Quadrat Test.

**Tabelle 16:** Psychopathologischer Aufnahmebefund, Signifikanzen bei den Jungen

Item	Index		Kontrolle		Gesamt		Chi-Quadrat-Test		
	A	%	A	%	A	%	$\chi^2$	df	p-Wert
Störungen des Sozialverhalten					n=154		12,612	2	0,002
Unauffällig	15	27,8	39	39	54	28,8			
Leicht ausgeprägt	3	5,6	22	22	25	19,2			
Stark ausgeprägt	36	66,7	39	39	75	52			

### 4.3.2 CBCL/1½-5

Die CBCL/1½-5 lag für 59,4 Prozent der Kinder ( $n=167$ ) vor, für 70,4 Prozent der Kinder ( $n=119$ ) der Kontroll- und 42,8 Prozent der Kinder der Indexgruppe ( $n=48$ ). Die Abnahme der Anzahl der Kinder, besonders in der Indexgruppe, erklärt sich durch den Ausschluss der jüngeren Kinder. Die CBCL/1½-5 ist erst ab einem Alter von 18 Monaten vorgesehen. Es ergibt sich ein Mittelwert von  $M=59,9$  ( $SD=12$ ) für die gesamte Stichprobe. Vergleicht man die Mittelwerte der Indexgruppe  $M=62,8$  ( $SD=11$ ) und Kontrollgruppe  $M=58,7$  ( $SD=12,2$ ) für den Gesamtauffälligkeitswert, findet sich ein signifikanter Unterschied ( $t$ -Wert:-2,016;  $df:165$ ;  $p<0,05$ ). Die Kinder der Indexgruppe sind im Verhalten auffälliger. Teilt man die Gesamtauffälligkeiten in internalisierende und externalisierende Störungen und die einzelnen Syndromskalen, finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Für die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten, gemessen mit dem Cut off der CBCL/1½-5 (siehe Kapitel 3.3.7) für die Gesamtauffälligkeiten sowie die internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten, zeigt sich folgendes Ergebnis (Tabelle 17).

Knapp die Hälfte der Kinder der Indexgruppe zeigen psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu 37 Prozent der Kinder der Kontrollgruppe. Nimmt man die Kinder, deren Werte im Grenzbereich liegen, mit hinzu, so sind 60 Prozent der Kinder der Indexgruppe und 48 Prozent der Kinder der Kontrollgruppe nach Einschätzung der Eltern auffällig. Die Indexkinder werden häufiger in den internalisierenden und externalisierenden Störungen als auffällig eingeschätzt.

## Ergebnisse

**Tabelle 17:** Prävalenzwerte der übergeordneten Skalen, CBCL/1½-5

Item	Index (n=48)		Kontrolle (n=119)		Gesamt (n=167)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Internalisierende Auffälligkeiten						
Unauffällig	16	33,3	57	47,9	73	43,7
Grenzbereich	12	25	23	19,3	35	21
Auffällig	20	41,7	39	32,8	59	35,3
Externalisierende Auffälligkeiten						
Unauffällig	23	47,9	71	59,7	94	56,3
Grenzbereich	4	8,3	11	9,2	15	9
Auffällig	21	43,8	37	31,1	58	34,7
Gesamtauffälligkeiten						
Unauffällig	19	39,6	62	52,1	81	48,5
Grenzbereich	6	12,5	13	10,9	19	11,4
Auffällig	23	47,9	44	37	67	40,1

Unauffällig: T<60; Grenzbereich T= 60-63; Auffällig: T ≥64

Alle Syndromskalen treffen für mehr als fünf Prozent der Gesamtstichprobe zu. Zur absoluten und prozentualen Häufigkeit der unterschiedlichen Ausprägung der kindlichen Probleme siehe Tabelle 18.

**Tabelle 18:** Prävalenzwerte der Syndromskalen, CBCL/1½-5

Item		Index (n=48)		Kontrolle (n=119)		Gesamt (n=167)	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Emotional-Reaktiv	Unauffällig	26	54,2	73	61,3	99	59,3
	Grenzbereich	10	20,8	29	24,4	39	23,4
	Auffällig	12	25	17	14,3	29	17,4
Ängstlich-Depressiv	Unauffällig	36	75	94	79	130	77,8
	Grenzbereich	6	12,5	13	10,9	19	11,4
	Auffällig	6	12,5	12	10,1	18	10,8
Körperliche Beschwerden	Unauffällig	37	77,1	90	75,6	127	76
	Grenzbereich	6	12,5	13	10,9	19	11,4
	Auffällig	5	10,4	16	13,4	21	12,6
Sozialer Rückzug	Unauffällig	31	64,6	85	71,4	116	69,5
	Grenzbereich	3	6,3	5	4,2	8	4,8
	Auffällig	14	29,2	29	24,4	43	25,7
Schlafprobleme	Unauffällig	34	70,8	89	74,8	123	73,7
	Grenzbereich	3	6,3	12	10,1	15	9
	Auffällig	11	22,9	18	15,1	29	17,4
Aufmerksamkeitsprobleme	Unauffällig	27	56,3	81	68,1	108	64,7
	Grenzbereich	6	12,5	12	10,1	18	10,8
	Auffällig	15	31,3	26	21,8	41	24,6
Aggressives Verhalten	Unauffällig	29	60,4	86	72,3	115	68,9
	Grenzbereich	7	14,6	17	14,3	24	14,4
	Auffällig	12	25	16	13,4	28	16,8

Unauffällig: T<65; Grenzbereich T= 65-69; Auffällig: T ≥70

## Ergebnisse

In den Syndromskalen „Emotional-Reaktiv“, „Sozialer Rückzug“, „Schlafprobleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ sind die Kinder der Indexgruppe häufiger auffällig. Nicht so deutlich zeigt sich ein Unterschied bei „Ängstlich-Depressiv“. Die Skala „Körperliche Beschwerden“ ist die einzige, bei der sich nicht mehr Kinder der Indexgruppe im auffälligen Bereich befinden. Im Grenzbereich unterscheiden sich die Index- und Kontrollgruppe kaum. Mit dem Chi-Quadrat Test finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Betrachtet man die übergeordneten Skalen und Syndromskalen des CBCL/1½-5 für Jungen (n=109) und Mädchen (n=58) getrennt, so ergibt sich Folgendes:

Die Jungen unterscheiden sich signifikant in den externalisierenden Störungen ( $\chi^2= 7,57$ ;  $df= 2$ ;  $p<0,05$ ). So ist jeder zweite Junge der Indexgruppe auffällig, im Vergleich zu jedem vierten Jungen der Kontrollgruppe. Teilt man die externalisierenden Störungen weiter auf, findet sich bei den Jungen ein signifikanter Unterschied zwischen Index- und Kontrollgruppe bei den Aufmerksamkeitsproblemen ( $\chi^2= 6,754$ ;  $df= 2$ ;  $p<0,05$ ) und ein hochsignifikanter Unterschied im aggressivem Verhalten ( $\chi^2= 11,317$ ;  $df= 2$ ;  $p<0,01$ ), siehe dazu Tabelle 19. Bei den Mädchen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede mit dem Chi-Quadrat Test.

**Tabelle 19:** Prävalenzwerte der Syndromskalen für Jungen, CBCL/1½-5

Item		Index (n=31)		Kontrolle (n=78)		Gesamt (n=109)	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Externalisierende Auffälligkeiten	Unauffällig	13	41,9	52	66,7	65	59,6
	Grenzbereich	2	6,5	7	9	9	8,3
	Auffällig	16	51,6	19	24,4	35	32,1
Aufmerksamkeitsprobleme	Unauffällig	16	51,6	59	75,6	75	68,8
	Grenzbereich	5	16,1	4	5,1	9	8,3
	Auffällig	10	32,3	15	19,2	25	22,9
Aggressives Verhalten	Unauffällig	17	54,8	61	78,2	78	71,6
	Grenzbereich	3	9,7	10	12,8	13	11,9
	Auffällig	11	35,5	7	9	18	16,5

## 5 DISKUSSION

Diese Studie an 281 Kindern der Baby- und Kleinkindsprechstunde untersucht die Bedeutung der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile für Kinder einer Inanspruchnahmepopulation und für die klinische Praxis.

Dazu wurde zunächst das Patientenkollektiv beschrieben und ein Vergleich der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil zu einer Kontrollgruppe angeschlossen.

Des Weiteren wurde untersucht, ob der einzelne Risikofaktor „psychisch kranker Elternteil“ mit weiteren Faktoren wie abnormen psychosozialen Umständen und familiären Risikofaktoren einhergeht und ob die Kinder der Indexgruppe vermehrt psychopathologische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Erstvorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde aufweisen.

### 5.1 Gruppenstatistik

Das **Durchschnittsalter** der Gesamtstichprobe dieser Arbeit liegt bei 2,65 Jahren, mit Kindern von null bis zu 4,9 Jahren. Die **Geschlechterverteilung** von 65 Prozent Jungen und 35 Prozent Mädchen ist vergleichbar zu anderen klinischen Erhebungen von Vorschulkindern und bleibt auch bei der Aufteilung in Index- und Kontrollgruppe bestehen (Frankel Boyum & Harmon, 2004; Keren, Feldman & Tyano, 2001).

Die Kinder der Indexgruppe sind im Schnitt sechs Monate jünger bei Erstvorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde. Bei der Betrachtung der Altersgruppen sieht man, dass die Kinder der Indexgruppe tendenziell bereits in einem Alter von unter einem Jahr (ein Viertel) in die Sprechstunde kommen. Fast ein Drittel der Kinder der Kontrollgruppe kommen im fünften Lebensjahr. Hierzu gibt es keine vergleichbaren epidemiologischen Erhebungen. Eine Ursache für den Altersunterschied kann in der bei psychisch erkrankten Eltern häufig beeinträchtigten Interaktion liegen. Können Mutter oder Vater zum Beispiel aufgrund einer psychischen Erkrankung die kindlichen Signale nicht adäquat interpretieren und ihr Verhalten nicht ausreichend auf die Bedürfnisse des Kindes abstimmen, ist der Umgang mit dem Säugling erschwert. Dadurch können sie ihr Kind bei der Verhaltensregulation nicht ausreichend unterstützen und die kindlichen Entwicklungsmöglichkeiten werden beeinträchtigt, wodurch es zu psychopathologischen Auffälligkeiten kommt. Zusätzlich können die Ressourcen einer ohnehin belasteten Familie durch die Geburt eines Kindes überstrapaziert werden. Dies führt zu Hilflosigkeit und somit zur Notwendigkeit und Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. In diesem Kontext kommt es auch zu einer großen Anzahl von präventiven Überweisungen von

Mutter-Kind-Paaren. So werden zum Beispiel Frauen mit einer postpartalen Depression routinemäßig zu einer Vorstellung in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité eingeladen.

Betrachtet man das Alter getrennt für Jungen und Mädchen in der Index- und Kontrollgruppe, findet sich folgender Unterschied: Bei den Jungen der Indexgruppe kommt es nach einem Gipfel im ersten Lebensjahr zu einem Anstieg der Anzahl der Aufnahmen mit zunehmendem Alter. Abgesehen von diesem Gipfel kann dies als „normaler“ Trend angesehen werden. Diese Verteilung findet sich auch bei den Jungen und Mädchen der Kontrollgruppe.

Die Symptomatik von psychischen Erkrankungen der Kinder und die Prävalenz von Störungen scheinen mit zunehmendem Alter deutlicher beziehungsweise häufiger zu werden und es kommt somit zur vermehrten Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Bei den Mädchen der Indexgruppe verhält es sich jedoch anders. Knapp 60 Prozent der Mädchen werden innerhalb der ersten zwei Lebensjahre vorgestellt. Dies ist nicht durch präventive Überweisungen zu erklären, sondern weist auf eine höhere Vulnerabilität und frühere Symptomatik der Mädchen in sehr jungem Alter durch eine verminderte Interaktionsqualität und gestörte Eltern-Kind-Beziehung hin. Entgegen dem „normalen Alterstrend“ sinkt die Anzahl an Neuüberweisungen mit zunehmendem Alter.

Die am häufigsten gestellten **Diagnosen dieser Stichprobe** sind: (1) Emotionale und affektive Störungen, (2) Bindungsstörungen, (3) Störungen des autistischen Formenkreises sowie (4) Regulationsstörungen und (5) Fütterstörungen. Hinsichtlich der Diagnoseverteilung kann die vorliegende Stichprobe als repräsentativ für eine klinische Inanspruchnahmepopulation einer Großstadt angesehen werden.

Im Vergleich zu anderen klinischen Erhebungen fallen die Ergebnisse heterogen aus. Einige ihrer Besonderheiten sollen im Folgenden kurz erläutert werden. Die Prävalenz von emotionalen und affektiven Störungen der vorliegenden Stichprobe von 16,4 Prozent liegt deutlich unter den Prävalenzangaben von Frankel et al. (2004) (46%) und Keren et al. (2001) (33%) bezogen auf die gleiche diagnostische Gruppe (siehe Kapitel 3.3.2). Allerdings ist anzumerken, dass sich bei Frankel et al. (2004) die angegebenen Prävalenzen auf Diagnosen der ersten und zweiten Achse der DC: 0-3 beziehen; er kommt auf einen Wert von über 100 Prozent. Die Ergebnisse sind somit nur bedingt vergleichbar. Bezogen auf die Erhebung von Skovgaard et al. (2007), findet sich der mit dieser Stichprobe vergleichbare Wert von 20 Prozent. Ein Wert von 13,2 Prozent an Störungen aus dem autistischen Formenkreis ist im Vergleich zu den Erhebungen von Frankel et

al. (2004) (5%) und Keren et al. (2001) (0%) als ein hoher Wert anzusehen. Dieses kann auf einen gewissen Schwerpunkt der hiesigen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité, Universitätsmedizin Berlin, zurückgeführt werden. Im Hinblick auf eine Spezialisierung und damit einhergehend auf eine selektive Stichprobe lassen sich auch die Prävalenzen für Essstörungen vereinbaren (Komanek, 2008). Bei der von Keren et al. (2001) untersuchten Stichprobe handelte es sich um Kinder, die durch geschultes Personal aus der Allgemeinbevölkerung überwiesen wurden. Sie fanden eine Essstörung in 30 Prozent der Fälle. Im Vergleich dazu diagnostizierten Frankel et al. (2004) bei nur zwei Prozent eine Essstörung im frühen Kindesalter. In der vorliegenden Studie findet sich ein mittlerer Wert von etwa zwölf Prozent. Von den 39 gestellten Diagnosen von Skovgaard et al. handelt es sich bei 18 Prozent um Störungen aus dem autistischen Formenkreis und bei 13 Prozent um Essverhaltensstörungen (2007). Die Werte der vorliegenden Arbeit entsprechen diesen Angaben.

Ein Vergleich der **Diagnosen von Index- und Kontrollgruppe** zeigt bedeutsame Unterschiede. So zeigen sich in der Indexgruppe am häufigsten Bindungsstörungen, gefolgt von Fütterstörungen und emotionalen und affektiven Störungen. Bei der Kontrollgruppe finden sich am häufigsten emotionale und affektive Störungen, gefolgt von Störungen aus dem autistischen Formenkreis und Regulationsstörungen. Leider finden sich keine Vergleichsstudien.

Die relative Häufigkeit der Bindungsstörungen in der Indexgruppe spiegelt die in anderen Studien gezeigte geminderte Interaktionsqualität und beeinträchtigte Beziehung zwischen Kind und psychisch kranker Bezugsperson wieder (Beck, 1995; Field et al., 2007; Murray, Cooper & Hipwell, 2003; Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996; Weinberg & Tronick, 1998). Auch bei den Regulationsstörungen geht man von dysfunktionalen Interaktionsmustern als bedeutende Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störungen aus. Allerdings bilden Regulationsstörungen nicht unbedingt „echte“ Psychopathologien, sondern Extremvarianten von normalem Verhalten und „alterstypischen Krisen“ (M. Papousek, 2008). Im Gegensatz dazu handelt es sich bei Bindungsstörungen um schwerere und anhaltende Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Klinisch zeigt sich, dass Eltern regulationsgestörter Kinder im Unterschied zu Eltern bindungsgestörter Kinder prinzipiell in der Lage sind, ausreichend emotional verfügbar zu sein (Fröchtling, 2008). Außerdem gibt es Befunde, dass die Interaktionsqualität bei Bindungsstörungen niedriger ist als bei Regulationsstörungen (Wiefel et al., 2004). Den Essstörungen liegen im Kleinkindalter häufig Störungen der Eltern-Kind-Beziehung zugrunde. Die Familien der betroffenen Kinder weisen im



Vergleich zu anderen Regulationsstörungen eine besonders hohe psychosoziale Risiko-Belastung auf. Diese beziehen sich häufig nicht nur auf die Essenssituation und bedürfen einer intensiven therapeutischen Intervention (Laucht, 2008). Essstörungen bilden nach den Bindungsstörungen die zweithäufigste Störungsgruppe der Indexkinder.

Autistische Störungen finden sich dagegen häufiger in der Kontrollgruppe. Bei diesen Störungen aus dem autistischen Formenkreis werden besonders biologische Ursachen vermutet, die zu neurobiologischen Besonderheiten der erkrankten Kinder führen und somit eher im Kind angesiedelt sind als in dysfunktionalen Interaktionsmustern (Bailey, Phillips & Rutter, 1996).

Als **Fazit des Vergleiches der Diagnosen von Index- und Kontrollgruppe** lässt sich Folgendes festhalten: Die psychiatrischen Störungen der Kinder der Indexgruppe stehen in deutlichem Zusammenhang mit einer geminderten Interaktionsqualität und Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die Kinder scheinen in einem für ihre Entwicklung suboptimalen familiären Umfeld von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen.

Einige Besonderheiten zeigen sich bei einer Trennung der **Diagnosen für Jungen und Mädchen** in der Index- und Kontrollgruppe.

Die Diagnosen der Jungen der Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich deutlich. Bindungsstörungen sind dreimal häufiger bei den Jungen der Indexgruppe repräsentiert als bei den Jungen der Kontrollgruppe. Störungen des autistischen Formenkreises treten dagegen dreimal häufiger bei den Jungen der Kontrollgruppe auf. Bei den Regulationsstörungen stimulationssuchend/ impulsiv, handelt es sich um eine „Vorläuferdiagnose“ des ADHS (Zero-to-Three, 2005). Auch diese Diagnose findet sich dreimal häufiger bei den Jungen der Kontrollgruppe. Bei hyperkinetischen Störungen vermutet man neben psychosozialen Bedingungen vor allem biologische und konstitutionelle Merkmale als bedeutende Ursache. So gehen familiäre Belastungen wie die psychische Erkrankung eines Elternteils eher mit aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen als mit hyperkinetischen Störungen einher (Goldstein et al., 2007).

Die Mädchen der Indexgruppe weisen am häufigsten Störungen im Essverhalten und Bindungsstörungen auf, wobei diese etwa doppelt so häufig vorkommen wie bei den Mädchen der Kontrollgruppe. Die Mädchen der Kontrollgruppe weisen demgegenüber gehäuft emotionale und affektive Störungen auf.

Auffällig erscheint die Häufigkeitsverteilung der Kinder, bei denen keine psychische Störung diagnostiziert wurde. Keine psychische Störung findet man doppelt so häufig bei den Jungen der Indexgruppe im Vergleich zu den Jungen der Kontrollgruppe. Diese Häufung bei den Jungen der Indexgruppe im Zusammenhang mit einem Gipfel der Vorstellungen im ersten Lebensjahr und ansonsten „normaler“ Altersverteilung unterstützt zusätzlich die Annahme, dass viele Jungen im ersten Lebensjahr präventiv in die Psychiatrie aufgenommen wurden, sich daraufhin jedoch keine Störung zeigte. Bei den Mädchen verhält es sich gegensätzlich. Es finden sich zwei Prozent der Mädchen der Indexgruppe ohne eine psychiatrische Diagnose und 14 Prozent der Mädchen der Kontrollgruppe. Dies kann kongruent mit der Vermutung gewertet werden, dass Mädchen schon in einem sehr jungen Alter vulnerabler gegenüber einer geminderten Feinfühligkeit und Interaktionsqualität der Eltern sind und somit früher auffällig werden.

In der Literatur geht man von einem höheren Entwicklungsrisiko für Jungen in der Kindheit aus (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006; Ihle, Frenzel & Esser, 2008; Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort, 2007). Auch in dieser Stichprobe finden sich mehr Jungen in der Inanspruchnahmepopulation. Des Weiteren unterscheiden sich die Jungen der Index- und Kontrollgruppe deutlicher als die Mädchen der Index- und Kontrollgruppe. Jedoch gibt diese Studie Hinweise darauf, dass in den ersten zwei Lebensjahren die Mädchen vulnerabler für die psychische Erkrankung eines Elternteils und den damit verbundenen psychosozialen Belastungen sind.

### **5.2 Hypothese 1 zur psychosozialen Situation**

Zur ersten Einordnung der sozialen Situation der Kinder wurde die höchste erreichte **Schulbildung der Eltern** erfasst. Die Kinder der Indexfamilien wachsen in Familien auf, in denen eine deutlich geringe Schulbildung vorliegt. Das geringe Bildungsniveau der Eltern wurde neben der psychischen Erkrankung eines Elternteils als einer der stärkeren Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung identifiziert (Laucht et al., 1992). Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass sich bei einer elterlichen psychischen Erkrankung und einem niedrigen Bildungsniveau die Gefährdung der kindlichen Entwicklung potenziert (Lung, Shu, Chiang & Lin, 2008). Je geringer das elterliche Bildungsniveau ist, desto schwieriger scheint es für die Eltern zu sein, über sich und das Kind nachzudenken, ihr Verhalten anzupassen und die Kinder vor eigenem Fehlverhalten zu schützen und angemessen zu fördern.

## Diskussion

Um die familiäre Situation der Kinder mit und ohne psychisch kranken Elternteil zu beschreiben, wurden psychosoziale Variablen und familiäre Risikofaktoren erfasst. Diesen kommt eine wichtige Rolle bei der Entstehung von psychiatrischen Erkrankungen im Kindesalter zu.

Eine Generalisierung von Daten zur psychosozialen Situation der Patienten einer einzelnen Klinik, erhoben mit der **Achse V**, ist durch Merkmale der Inanspruchnahmepopulation und unterschiedliches Kodierverhalten erschwert (Möllmann et al., 1998). Hinzu kommt, dass in dieser Arbeit einige der abgefragten möglichen Belastungen wie „Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit“ aus Altersgründen nicht auf diese Stichprobe zutrafen. In einer Erhebung von neun kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen fanden sich im Schnitt für die Kinder von vier bis sechs Jahre drei bis vier Belastungen (Burk & Poustka, 1993), in dieser Stichprobe zwei. So finden sich in der Indexgruppe im Schnitt drei Nennungen und in der Kontrollgruppe eine Nennung. Zu erwarten ist, dass eine höhere Anzahl an psychosozialen Belastungen in Inanspruchnahmepopulationen als in der Allgemeinbevölkerung zu finden ist.

Bezogen auf diese Studie und die Frage, ob sich die Index- und Kontrollgruppe in ihren psychosozialen Belastungen unterscheiden, erwies sich die Achse V des MAS als geeignetes Instrument.

Die Anzahl der Nennungen auf der Achse V kann als Ausmaß der psychosozialen Belastungen interpretiert werden (Möllmann et al., 1998). Es findet sich eine deutlich höhere Belastung der Indexfamilien. So weisen sie sämtliche Items, bis auf „Elterliche Überfürsorge“ häufiger auf. Elterliche Überfürsorge steht im Zusammenhang mit Regulationsstörungen (Fröchtling, 2008). Dass dieses elterliche Verhalten vermehrt in der Kontrollgruppe zu finden ist, steht somit in Einklang mit der häufigeren Diagnose der Regulationsstörungen in der Kontrollgruppe.

Besonders deutlich wird auf der Achse V, dass die Indexgruppe häufig abnorme intrafamiliäre Beziehungen aufweist. So findet sich bei den vier Items zu dieser Gruppe zumindest eine vierfache Wahrscheinlichkeit (OR: 4,2-7,2), im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Belastung aufzuweisen (ausgenommen: sexueller Missbrauch). Gerade intrafamiliären Beziehungen wird ein bedeutsamer Einfluss auf die kindliche Entwicklung und psychische Auffälligkeiten beigemessen (Poustka & Schmeck, 1993). Für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil scheint Disharmonie in der Familie typisch zu sein. Diese fand sich in 40 Prozent der Indexfamilien. Auch zeichnen sich größere Defizite in der Eltern-Kind-Beziehung in den Indexfamilien im Unterschied zur Kontrollgruppe ab. So weisen Kinder der Indexgruppe eine

siebenfache Wahrscheinlichkeit auf, unter einem Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung zu leiden, beziehungsweise eine sechsfache Wahrscheinlichkeit, feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisungen zu erfahren. In Zusammenhang mit dem geringeren Bildungsniveau und der damit eventuell verbundenen mangelnden Fähigkeit zu reflektieren und sich einzufühlen, sowie der erhöhten familiären Belastung kann die fünffache Wahrscheinlichkeit für körperliche Kindesmisshandlung bei einem erkrankten Elternteil gesehen werden. Dies unterstützt die Annahme, dass psychisch kranke Eltern eher zu strafendem Erziehungsverhalten, sowohl psychisch als auch physisch, neigen (Vostanis et al., 2006).

Als weiteres Instrument zur Erfassung von familiären Risikofaktoren, von denen eine Gefährdung für die kindliche Entwicklung ausgeht, wurde der **FAI** genutzt.

Es fand sich eine deutlich höhere Belastung der Indexfamilien (Median 4:1). In diesem Kontext sei daran erinnert, dass das Item „psychisch kranke Eltern“ aus der Wertung genommen wurde, selbstverständlich jedoch für alle Indexfamilien zutreffend und alle Kontrollfamilien nicht zutreffend ist. Mit dem Risikofaktor „Psychisch kranker Elternteil“ war es möglich, die klinische Inanspruchnahmepopulation in zwei Gruppen zu teilen, eine Gruppe von Patienten mit hoher und eine mit niedriger psychosozialer Belastung. So ergab sich in der logistischen Regression, dass bei einem erhöhten Risiko gemessen mit FAI eine elffache Wahrscheinlichkeit vorliegt, Kind eines psychisch kranken Elternteils zu sein. Der Risikofaktor „psychisch kranker Elternteil“ scheint darüber hinaus deutlich mit weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren verbunden zu sein.

Geht man von einem erhöhten Risiko der Kinder für eine psychische Erkrankung ab zwei oder mehr zutreffenden Items aus, so ist dies für 82 Prozent der Kinder der Indexgruppe, bei Hinzunahme des Items „Psychisch kranker Elternteil“ für 91 Prozent zutreffend. Für 38 Prozent der Kinder der Kontrollgruppe findet sich dieses erhöhte Risiko. In der Allgemeinbevölkerung geht man von knapp 20 Prozent belasteter Familien aus. Dies weist auf eine höhere psychosoziale Belastung von Inanspruchnahmepopulationen hin (Blanz, Schmidt & Esser, 1991; Rutter & Quinton, 1977).

Alle Faktoren des FAI finden sich häufiger in der Indexgruppe. Fünf der zehn Risikofaktoren kommen mindestens in jeder zweiten Indexfamilien (71,4%-50,9%) vor. In der Kontrollgruppe findet sich keines der Items derart häufig. So weisen die Indexfamilien eine siebenfach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, unter mangelnder sozialer Integration und Unterstützung zu leiden. Das soziale Netzwerk einer Person steht in Zusammenhang mit der Fähigkeit, Stress zu bewältigen

(Cobb, 1976). So kann soziale Unterstützung die Stressbelastung nach der Geburt eines Kindes mindern (Camp, Holman & Ridgway, 1993). In den Indexfamilien findet man eine sechsfache Wahrscheinlichkeit für mangelndes Coping der Eltern. Dieses bezieht sich auf deren mangelnde Fähigkeit zur Bewältigung von Stress und Alltagsbelastungen. Erschwerend kommt eine sechsfache Wahrscheinlichkeit einer chronischen Belastung, also eines subjektiv belastenden Lebensereignisses, welches über ein Jahr besteht, hinzu. Dies bedeutet zusätzlichen Stress. Gerade Familien mit einem Säugling oder Kleinkind, welches große Teile des Alltages bestimmt, benötigen Unterstützung und Anerkennung durch Familie und Freunde. Genau daran scheint es den ohnehin belasteten Indexfamilien zu mangeln.

Eine fünffache Wahrscheinlichkeit findet sich für eine anamnestic Belastung der Eltern der Indexkinder. Diese Belastung kann in einem Heimaufenthalt der Eltern oder mehrfachen Wechsel der früheren Bezugsperson liegen. Dies kann als Hinweis darauf dienen, dass die Eltern der Indexgruppe selbst als Kind keine sichere Bindung an eine Bezugsperson erfahren haben. Vereinbar mit der hohen psychosozialen Belastung ist die hiermit in Zusammenhang stehende häufige Diagnose der Bindungsstörung innerhalb der Indexgruppe (Blanz, Schmidt & Esser, 1991).

Interessanterweise unterscheiden sich die Index- und Kontrollgruppe nicht bezüglich den Faktoren „Frühe Elternschaft“ und „Ungewollte Schwangerschaft“. In Erhebungen an gesunden Kindern werden diese Risikofaktoren häufig zusammen mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils beobachtet (Blanz, Renschmidt, Schmidt & Warnke, 2006). Dies bestätigte sich in der Inanspruchnahmepopulation nicht. Zu erwähnen ist auch, dass es sich bei „Frühe Elternschaft“ und „Ungewollte Schwangerschaft“ um die am wenigsten für die gesamte Stichprobe zutreffenden familiären Risikofaktoren handelt.

**Zusammenfassend** wird deutlich, dass der einzelne Risikofaktor „psychisch kranker Elternteil“ mit vielen weiteren Belastungen für die Familien verbunden ist. Gerade die psychische Erkrankung eines Elternteils, zusammen mit dem niedrigeren Bildungsniveau und der abnormen familiären Beziehung, setzt die betroffenen Kinder einer erhöhten Gefahr für Fehlentwicklungen aus (Laucht et al., 1992; Poustka & Schmeck, 1993). Es bilden sich deutliche Unterschiede in der familiären Situation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil im Vergleich zu der restlichen Inanspruchnahmepopulation ab.

### 5.3 Hypothese 2 zum kindlichen Verhalten

Die psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder wurden im **psychopathologischen Aufnahmebefund** dokumentiert, wobei die einzelnen Störungen als „unauffällig“, „leicht ausgeprägt“ und „stark ausgeprägt“ angegeben wurden. Festzuhalten gilt hier, dass die Kinder der Indexgruppe eher stark ausgeprägte Störungen, das heißt behandlungsbedürftige Störungen aufweisen. Leicht ausgeprägte Störungen finden sich eher bei den Kindern der Kontrollgruppe. Als unauffällig, bezogen auf die einzelnen Störungen, wird in etwa der gleiche prozentuale Anteil der jeweiligen Gruppen eingeschätzt. Bei den Essstörungen sowie funktionellen und somatoformen Störungen unterscheiden sich die Kinder in der Häufigkeit starker Ausprägungen nicht. Dafür findet man häufiger „leichte“ Ausprägungen in der Indexgruppe. Aufgrund der Häufigkeit der Diagnose Essstörung in der Indexgruppe wäre zu erwarten gewesen, dass diese den größten prozentualen Anteil von behandlungsbedürftigen Störungen darstellen. Allerdings müssen sich beobachtete Verhaltensprobleme nicht unmittelbar in den Diagnosen widerspiegeln. So findet man auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen frühzeitig Fütterstörungen. Zu nennen ist zum Beispiel der frühkindliche Autismus, bei dem durch Veränderungsangst eine altersentsprechende Kostumstellung erschwert ist (Hebebrand, Barth & Herpertz-Dahlmann, 2008).

Insgesamt werden stark ausgeprägte Störungen der Interaktion am häufigsten angegeben, wobei hier nicht unterschieden wird, ob sie bezüglich der Bezugsperson und/ oder dem Untersucher bestehen. Diese finden sich in 56 Prozent der Indexgruppe und knapp in der Hälfte der Kontrollgruppe. Diese Werte und die Häufigkeiten der psychopathologischen Merkmale sind vergleichbar mit Ergebnissen anderer Studien an Inanspruchnahmepopulationen mit dem psychopathologischen Aufnahmebefund (Döpfner et al., 1997; Wolff Metternich et al., 1999). Prozentual häufiger finden sich in dieser Stichprobe Störungen des Sprechens und der Sprache, sowie funktionelle und somatoforme Störungen. Als Erklärung für diese Häufung an Störungen dient die Altersverteilung dieser Inanspruchnahmepopulation, die Säuglinge und Kleinkinder und nicht Kinder bis ins Jugendalter wie in der zum Vergleich vorliegenden Studien einbezieht (Döpfner et al., 1997; Wolff Metternich et al., 1999).

Ein genauerer Vergleich zwischen Index- und Kontrollgruppe ergibt folgende Besonderheiten: Einen deutlichen Unterschied zwischen Index- und Kontrollgruppe findet man bei den Störungen des Sozialverhaltens. Unterteilt in Jungen und Mädchen wird er noch prägnanter. So zeigen die Jungen der Indexgruppe in nur sechs Prozent (Kontrollgruppe 22%) Sozialverhaltensstörungen einer leichten Ausprägung, aber in 67 Prozent der Fälle (Kontrollgruppe 39%) in einer starken

## Diskussion

Ausprägung. Sozialverhaltensstörungen stehen in einem engen Zusammenhang mit der psychosozialen Belastung der Familien der Kinder (Blanz, 2008). Diese finden sich in größerem Ausmaß in der Indexgruppe. Auch in den Störungen der Psychomotorik, die bezogen auf die gesamte Stichprobe eher eine geringere Prävalenz zeigen, erweisen sich die Kinder der Indexgruppe als auffälliger. Dies kann daher erklärt werden, dass die Kinder der Indexgruppe für sich weniger Sicherheit durch die Begleitperson erfahren (beeinträchtigte Bindung) und so in der für sie fremden und vielleicht verunsichernden Untersuchungssituation durch vermehrte motorische Unruhe auffallen. Es kann auch mit den vermehrt externalisierenden Störungen der Indexgruppe (siehe unten) in Zusammenhang gebracht werden.

Für die Kinder von 18 Monaten oder älter liegt zusätzlich zu dem psychopathologischen Aufnahmebefund eine Einschätzung der Eltern zu den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, gemessen mit der CBCL für Kinder im Alter von eineinhalb Jahren bis fünf Jahre, vor. Es findet sich für diese Stichprobe ein Gesamtwert von 60, vergleichbar mit einer anderen Erhebung mit der CBCL in einer Inanspruchnahmepopulation (Mooney, Thompson & Nelson, 1987). 40 Prozent der Kinder dieser Studie weisen einen Gesamtauffälligkeitswert im klinischen und elf Prozent im subklinischen Bereich auf. Sie liegen damit erwartungsgemäß deutlich höher als Kinder der Allgemeinbevölkerung in diesem Alter. Hier finden sich Prävalenzen von Auffälligkeiten gemessen mit der CBCL um zehn Prozent, subklinisch und klinisch, bei Kindern im Alter von zwei und drei Jahren (Briggs-Gowan, Carter, Skuban & Horwitz, 2001; Sourander, 2001). In einem Alter von drei bis sechs Jahren finden sich etwa 15 Prozent an auffälligen Kindern, gemessen mit der CBCL beziehungsweise der C-TRF (Denner & Schmeck, 2005; Kuschel et al., 2004). Eine Besonderheit dieser Stichprobe ist, dass im Gegensatz zu den oben genannten Studien nicht das aggressive Verhalten am häufigsten vorkommt, sondern sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitsprobleme die höchsten Prävalenzraten zeigen.

Aufgeteilt in **Index- und Kontrollgruppe** zeigt sich ferner, dass die Kinder der Indexgruppe insgesamt im Verhalten auffälliger sind. Es finden sich in den Gesamtauffälligkeiten, den internalisierenden sowie externalisierenden Auffälligkeiten jeweils etwa zehn Prozent mehr Indexkinder im auffälligen Bereich. Im Grenzbereich sind die Unterschiede zwischen Index- und Kontrollgruppe nicht so deutlich.

Aufgeteilt auf die einzelnen Syndromskalen sind die Kinder der Indexgruppe, bis auf den eigenständigen Bereich „körperliche Beschwerden“, häufiger auffällig. Am deutlichsten unterscheiden sich die Kinder der Index- und Kontrollgruppe mit mindestens zehn Prozent mehr

auffälligen Kindern in der Indexgruppe in den Skalen „aggressives Verhalten“, „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „emotional- reaktiv“.

Interessant bei einer getrennten Betrachtung der Jungen und Mädchen der Index- und Kontrollgruppe ist, dass sich bei den Jungen deutlichere Unterschiede zwischen Index- und Kontrollgruppe abzeichnen. So weist jeder zweite Junge der Indexgruppe externalisierende Störungen auf, im Vergleich zu jedem vierten der Kontrollgruppe. Dies bestätigt sich bei einer genaueren Aufteilung in die Subskalen für aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme. Hier sind die Jungen der Indexgruppe deutlich auffälliger. Auch dies kann in einem Zusammenhang mit der hohen psychosozialen Belastung der Indexfamilien gesehen werden.

**Zusammenfassend** zeigen die Kinder der Indexgruppe vermehrt auffälliges Verhalten. So unterscheiden sich die Index- und Kontrollgruppe kaum in der Art der Störungen, jedoch in der Häufigkeit und Ausprägung. Die Kinder der Indexgruppe werden sowohl vom Therapeuten eher als behandlungsbedürftig eingeschätzt, als auch von den Eltern als auffällig im Verhalten bewertet.

Des Weiteren scheinen gerade die Jungen im Kleinkindalter anfällig für den Einfluss einer psychischen Erkrankung des Elternteils und die damit verbundenen Belastungen zu sein. Sie unterscheiden sich in den gestellten Diagnosen von den Jungen der Kontrollgruppe. Sie sind zudem deutlich auffälliger im Sozialverhalten und zeigen deutlich mehr externalisierende Störungen wie Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten als die Jungen der Kontrollgruppe. Gerade diese Störungen stehen mit einer erhöhten psychosozialen Belastung der Familien in Zusammenhang, wie sie in der Indexgruppe zu finden ist. Die Mädchen unterscheiden sich nicht so deutlich in Index- und Kontrollgruppe.

### **5.4 Zusammenfassende Darstellung**

Es konnte in dieser Studie eine besondere Problematik der Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch krankem Elternteil aufgezeigt werden. Bei 40 Prozent der Gesamtstichprobe dieser Inanspruchnahmepopulation fand sich ein psychisch kranker Elternteil in der Familie. Es handelt sich somit um eine bedeutende Anzahl von betroffenen Kindern. Obwohl es sich um eine sehr heterogene Erfassung der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile handelt, unterscheidet sich diese Gruppe von dem Rest der Inanspruchnahme deutlich.

Die Kinder der Indexgruppe sind beim Erstkontakt mit der Baby- und Kleinkindsprechstunde jünger als die Kinder der Kontrollgruppe. Dies ist einerseits durch eine präventive Überweisung,



## Diskussion

andererseits durch eine erhöhte kindliche Vulnerabilität und eingeschränkte elterliche Kompetenzen zu erklären. Bei den Mädchen zeichnen sich Hinweise dafür ab, dass diese bereits in den ersten beiden Lebensjahren von dem Einfluss einer elterlichen psychischen Erkrankung nachteilig betroffen sind, da sie sehr früh Symptome entwickeln.

Die Kinder der Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich in den gestellten Diagnosen und somit „typischen“ Erkrankungen. So finden sich bei den Kindern der Indexgruppe vermehrt Bindungsstörungen und Essstörungen. Dies ist mit einer Einschränkung des elterlichen Verhaltens gut vereinbar. Es zeichnet sich ab, dass ab dem zweiten Lebensjahr die Jungen von einer psychischen Erkrankung in der Familie und den damit verbundenen Belastungen in ihrer Entwicklung beeinflusst sind. Sie zeigen deutlich mehr externalisierende Störungen als die Jungen der Kontrollgruppe. Dies steht im Einklang mit der gefundenen deutlich höheren psychosozialen Belastung der Indexfamilien.

Es ergab sich, dass der isoliert betrachtete und zur Gruppeneinteilung genutzte Risikofaktor „psychische Erkrankung eines Elternteils“ mit einer Reihe weiterer familiärer Risikofaktoren verbunden ist. So wachsen die Kinder der Indexgruppe in Familien mit einem sehr viel höheren psychosozialen Risiko für die kindliche Entwicklung auf als die Kinder der Kontrollfamilien. Somit kommen zu einer eventuell bestehenden biologischen Vulnerabilität noch vermehrte Stressoren hinzu. Insgesamt zeigen die Kinder der Indexgruppe mehr Verhaltensauffälligkeiten. Die Störungen der Kinder der Indexgruppe werden vom Therapeuten eher als behandlungsbedürftig und von den Eltern als auffällig anstatt grenzwertig eingeschätzt.

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass nicht generell von einer „Unfähigkeit“ psychisch kranker Eltern die Rede sein kann. Einen Unterschied bildet auch, ob die Erkrankung behandelt wird und professionelle Hilfe für die Familie vorhanden ist. Es zeigte sich, dass es sich um einen besonderen Risikofaktor handelt, bei dem es zu einer Häufung von weiteren Belastungen kommen kann, die die kindliche Entwicklung gefährden können. Des Weiteren erkranken nicht alle Kinder, deren Eltern psychisch krank sind. Es handelt sich bei der elterlichen Erkrankung nicht um ein absolutes Hindernis für eine gesunde Entwicklung. Es soll lediglich die Bedeutung und besondere Problematik dieser Familien aufgezeigt werden, um daraus Rückschlüsse für die klinische Praxis zu ziehen.

## **5.5 Ableitungen für die klinische Praxis**

In dieser Studie zeigte sich ein potentiell erhöhtes Risiko der Kinder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, dies muss in der klinischen Praxis berücksichtigt werden. Betroffene Eltern sollten mit ihrem Kind zu einer präventiven Untersuchung in einer spezialisierten Einrichtung eingeladen und vorstellig werden. Der Entwicklungsweg der Kinder und ihre Eltern können so von Geburt an begleitet werden. Zeigt sich eine Realisation des erhöhten Risikos und/ oder eine Beeinträchtigung der kindlichen Gesundheit, kann nach dem jeweiligen Bedarf der Familie Unterstützung durch Beratung und Schulung zur Verfügung gestellt werden. Auf diesem Weg ist eine primäre und sekundäre Prävention von kindlichen Störungen möglich.

Gerade die Beziehung zwischen Mutter beziehungsweise Vater und Säugling oder Kleinkind sollte im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Sie bildet den Hintergrund, vor dem die Entwicklung des Kleinkindes und gegebenenfalls seiner Psychopathologie erfolgen. Für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sollte eine sichere Bindung als wesentliches Ziel für Interventionen bestehen.

Ein „Labeling“, also eine Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung betroffener Eltern gilt es zu verhindern. Psychisch Kranke haben einen Rechtsanspruch auf Behandlung ohne Labeling, das auch dem Schutz der Familien dient. Des Weiteren sollte bedacht werden, dass bei manifesten psychischen Störungen dem Wunsch nach Hilfe, die Sorge der Wegnahme des Kindes gegenüberstehen kann. Auch die Unfähigkeit, sich als krank zu erkennen, kann zur Ablehnung der Behandlung führen.

Um das psychosoziale Risiko der Kinder besser einschätzen zu können, hat sich der FAI als geeignetes Instrument erwiesen. Dieser sollte in Kinderarztpraxen und öffentlichen Gesundheitszentren Anwendung finden. Da sich viele psychosoziale Belastungen in einer ohnehin schwierigen Situation mit einem kranken Elternteil zeigten, sollten Anstrengungen unternommen werden, diese zu reduzieren. Ganz generell spricht die hohe psychosoziale Belastung der betroffenen Familien dafür, eine Verbesserung der Situation psychisch Kranker anzustreben.

Bei sehr jungen Kindern sollte sich die Diagnostik besonders auf Interaktionsbeobachtungen stützen. Hier kann durch ein Feedback der Eltern eine erste Intervention beginnen. So können nonverbale Prozesse zwischen den Bezugsperson-Kind-Dyaden sichtbar gemacht und Veränderungen in dem eventuell nachteilig beeinflussten Interaktionsverhalten angeregt werden. Dabei sollte der Geschlechterunterschied beachtet werden. So ist bei den Mädchen eventuell eine

sehr frühe Intervention nötig, um eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten. Sicherlich ist aber ein Monitoring der risikobelasteten Kinder sinnvoll. Bei den Kleinkindern ab 18 Monaten ist zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten die CBCL geeignet. Dieser Elternfragebogen könnte bei Routinebehandlungen in der ambulanten Praxis Anwendung finden. Er liefert valide Aussagen über psychische Probleme der Kinder, auch wenn ein psychisch kranker Elternteil das Kind einschätzt (Kölch, 2008). So können frühzeitig zum Beispiel externalisierende Störungen der Jungen aufgedeckt und behandelt werden.

Die genetischen und manche biologischen Risiken können nicht beeinflusst werden, sehr wohl aber die prä- und postnatale Versorgung sowie psychosoziale und familiäre Umwelt.

### **5.6 Limitationen und Ausblick**

Die Studienergebnisse präsentieren einen ersten Blick auf die Bedeutung einer psychischen Erkrankung eines Elternteils für ein Kind in einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. Der mögliche Einfluss der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Interaktion mit dem Kind, seiner Bindung und Entwicklung, sowie die genetische Vulnerabilität wurde im theoretischen Hintergrund beschrieben. In dieser Studie wurden die erhobenen Daten zur Interaktion zwischen Eltern und Kind und das Erziehungsverhalten nicht mit aufgenommen. Dieses sollte in einem nächsten Schritt berücksichtigt werden.

Als Limitation muss angeführt werden, dass genetische Faktoren und ihre Einflüsse auf die kindliche Entwicklung nicht quantitativ in die Studie einbezogen wurde. Aufgrund der häufigen Kumulation von Risikofaktoren ist es schwer, den Effekt von Umweltfaktoren getrennt von genetischen Einflüssen zu untersuchen.

Unterschiedliche Erkrankungen der Eltern führen zu unterschiedlichen Belastungen des Kindes und können die Entwicklung unterschiedlich stark gefährden. In dieser Untersuchung handelt es sich um eine heterogene Gruppe von psychisch kranken Eltern. In weiteren Studien sollte genauer nach Art, Schwere und Dauer der spezifischen elterlichen Erkrankung stratifiziert werden.

Auch wenn der psychische Status beider Eltern wichtig für die kindliche Entwicklung ist, kann der Effekt auf die Entstehung von kindlichen Psychopathologien unterschiedlich sein. Somit sollte man in zukünftigen Studien zwischen dem Einfluss der mütterlichen und der väterlichen Störung auf das Kind unterscheiden.

## Diskussion

In zukünftigen Studien mit der CBCL könnte eine Unterscheidung getroffen werden, ob Mutter oder Vater, gesunder oder kranker Elternteil, den Elternfragebogen ausfüllt. Es könnte zu einer verzerrten Wahrnehmung der Kinder und ihres Verhaltens durch eine psychische Erkrankung kommen (Briggs-Gowan, Carter & Schwab-Stone, 1996). Einige Studien schätzen diesen Effekt als minimal oder nicht vorhanden ein (Kölch, 2008).

Die unterschiedliche Bedeutsamkeit einer elterlichen psychischen Erkrankung für die Entwicklung von Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen sollte genauer beleuchtet werden. So ergaben sich in dieser Studie Hinweise für einen negativen Einfluss besonders auf Mädchen im ersten Lebensjahr, hierzu sind weitere Untersuchungen nötig.

Zum besseren Verständnis der Bedeutung des Risikofaktors „psychisch kranker Elternteil“ und seiner Auswirkungen und Konsequenzen, sollten in weiteren Studien als zusätzliche Vergleichsgruppe unauffällige Kinder mit psychisch kranken Eltern untersucht werden.

## 6 ZUSAMMENFASSUNG

Die kindliche Entwicklung und Psychopathologie ist abhängig von der frühen Beziehungsqualität zwischen Säugling beziehungsweise Kleinkind und Bezugsperson. Bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung des Kindes wird der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile eine ätiologische Bedeutung zugeschrieben. Sie ist in vielerlei Hinsicht mit negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung assoziiert und häufig mit weiteren psychosozialen Belastungen der Familie verbunden.

Welche Bedeutung hat die psychische Erkrankung eines Elternteils für Säuglinge und Kleinkinder einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation?

Es wurden die Daten von 281 Kindern im Alter von null bis 4,9 Jahren analysiert, die von Januar 2001 bis Dezember 2007 in der Baby- und Kleinkindsprechstunde der Charité vorgestellt worden sind. Bei 112 dieser Kinder leidet zumindest ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung. Diese Kinder stellen die Indexgruppe dar; die anderen 169 Kinder bilden die Kontrollgruppe.

Die psychosoziale Situation der Kinder und deren Familien wurde über die Schulbildung der Eltern, die fünfte Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas der ICD 10, sowie den Family Adversity Index erfasst. Kindliche Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wurden mit dem psychopathologischen Aufnahmebefund vom Therapeuten und dem Elternfragebogen, der Child Behavior Checklist 1½-5 für Vorschulkinder, erhoben.

Die Kinder der Index- und Kontrollgruppe unterscheiden sich signifikant im Alter sowie den gestellten Diagnosen nach DC: 0-3R. Die Kinder der Indexgruppe sind jünger bei Erstvorstellung und weisen vermehrt Bindungsstörungen auf. Des Weiteren haben die Mädchen der Indexgruppe vermehrt Essstörungen.

In den Indexfamilien finden sich ein niedrigeres Bildungsniveau der Eltern, sowie signifikant mehr psychosoziale Belastungen und familiäre Risikofaktoren. Viele dieser Familien zeigen abnorme intrafamiliäre Beziehungen, die durch einen Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung und Disharmonie zwischen den Erwachsenen charakterisiert sind. Jeder der folgenden Faktoren, trifft für mindestens 50 Prozent der Indexfamilien zu: „Chronische Belastung“, „Mangelndes Coping“, „Anamnestic Belastung der Eltern“, „Gestörte Paarbeziehung“ und „Mangelnde soziale Integration und Unterstützung“.

Der Risikofaktor „psychisch kranker Elternteil“ ist geeignet, die Inanspruchnahmepopulation in zwei Gruppen aufzuteilen: die Indexgruppe mit hohem und die Kontrollgruppe mit niedrigem

## Zusammenfassung

psychosozialen Risiko. So zeigte der Family Adversity Index den höchsten prädiktiven Wert für die Gruppenzugehörigkeit eines Kindes, gefolgt von der fünften Achse des MAS.

Die Kinder der Indexgruppe weisen psychopathologische Auffälligkeiten im Aufnahmebefund eher stark ausgeprägt, d.h. behandlungsbedürftig, auf. Die kindlichen Verhaltensstörungen werden von den Eltern eher als auffällig und nicht mehr grenzwertig eingeschätzt.

Die Jungen der Indexgruppe weisen im Kleinkindalter im Vergleich zu den Jungen der Kontrollgruppe signifikant mehr externalisierende Auffälligkeiten auf, so zeigen sie vermehrt Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten. Es finden sich deutlichere Unterschiede im Verhalten der Index- und Kontrollgruppe bei den Jungen als bei den Mädchen.

Es finden sich Hinweise, dass besonders Mädchen in der frühesten Kindheit vulnerabel für eine psychische Erkrankung eines Elternteils und den damit zusammenhängenden Belastungen sind.

Das gezeigte potenziell höhere psychosoziale Risiko für die Entwicklung eines Kindes mit einem psychisch kranken Elternteil muss in der klinischen Praxis Beachtung finden. Präventive Untersuchungen der Eltern-Kind-Paare in spezialisierten Einrichtungen sollten stattfinden. Es kann dann nach dem Bedarf der jeweiligen Familien frühzeitig unterstützt und interveniert werden, mit dem wesentlichen Ziel einer hohen Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind.

In einem nächsten Schritt ist die Interaktionsqualität von Eltern und Kind mit einzubeziehen.

In zukünftigen Studien sollte die elterliche psychische Erkrankung genauer stratifiziert werden.

**7 LITERATURVERZEICHNIS**

- Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index Short Form-Test Manual*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. (2000). *CBCL 1½-5 & C-TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth and Families.
- Agras, S., Hammer, L. & McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord*, 25(3), 253-262.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). A Psychological Study of the Strange Situation. In *Patterns of Attachment*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- APA. (1994). *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. (Vol. 3). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bailey, A., Phillips, W. & Rutter, M. (1996). Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(1), 89-126.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res*, 44(5), 298-304.
- Biederman, J., Faraone, S. V. & Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *Am J Psychiatry*, 159(9), 1556-1562.
- Blanz, B. (2008). Störungen des Sozialverhaltens und Jugenddelinquenz. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3). Stuttgart: Thieme.
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, A. & Warnke, A. (2006). Epidemiologie, Pathogenese und Prävention. In B. Blanz, H. Remschmidt, A. Schmidt & A. Warnke (Eds.), *Psychische Störungen im Kindes und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. (pp. 525- 549). Stuttgart: Schattauer.
- Blanz, B., Schmidt, M. H. & Esser, G. (1991). Familial adversities and child psychiatric disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 32(6), 939-950.
- Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (1999). Disturbances and Disorders of Attachment in Infancy: an Overview. *Infant Ment Health J*, 20(1), 1-9.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal*, 39(5), 350-373.
- BPTK. Pressemitteilung vom 11.05.2007. *Bundespsychotherapeutenkammer. Zahl basiert auf Grundlage des Bundesgesundheitssurvey 1998*.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child, and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *J Abnorm Child Psychol*, 24(6), 749-765.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Skuban, E. M. & Horwitz, S. M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(7), 811-819.
- Burk, B. & Poustka, F. (1993). Multizentrische Untersuchung zur psychosozialen Achse der WHO unter besonderer Berücksichtigung des West- Ost Vergleiches in Deutschland. In F. Poustka & U. Lehmkuhl (Eds.), *Gefährdung kindlicher Entwicklung* (pp. 57-65). München: Quintessenz.
- Camp, B. W., Holman, S. & Ridgway, E. (1993). The relationship between social support and stress in adolescent mothers. *J Dev Behav Pediatr*, 14(6), 369-374.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 38(5), 300-314.
- Connell, A. M. & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 128(5), 746-773.

## Literaturverzeichnis

- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J. & Angold, A. (2009). Configurations of common childhood psychosocial risk factors. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(4), 451-459.
- Crandell, L. E., Patrick, M. P. & Hobson, R. P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry*, 183, 239-247.
- DelBello, M. P. & Geller, B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*, 3(6), 325-334.
- Denner, S. & Schmeck, K. (2005). Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Vorschulalter -Ergebnisse einer Untersuchung von Dortmunder Kindergartenkindern mit dem Erzieherfragebogen C-TRF/1 1/2-5. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 33(4), 307-317.
- Diego, M. A., Field, T., Hart, S., Hernandez-Reif, M., Jones, N., Cullen, C., et al. (2002). Facial expressions and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depress Anxiety*, 15(1), 10-17.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien.* (Vol. 2). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Schwitzgebel, P., von Aster, M., et al. (1993). Die Psychopathologische Befund- Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr*, 21(2), 90-100.
- Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W., Englert, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., et al. (1997). Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben- eine multizentrische Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 46(8), 548-565.
- Dornes, M. (2006a). Gedanken zur frühen Entwicklung und ihrer Bedeutung für die Neurosenpsychologie. In M. Dornes (Ed.), *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre.* (Vol. 8, pp. 54-85). Frankfurt am Main: Geist und Psyche. Fischer.
- Dornes, M. (2006b). Kindesmißhandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In M. Dornes (Ed.), *Die Frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre.* (Vol. 8, pp. 213-243). Frankfurt am Main: Geist und Psyche. Fischer.
- Eiden, R. D., Edwards, E. P. & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: role of parenting and children's self-regulation. *Dev Psychol*, 43(5), 1187-1201.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (2006). Kommission Qualitätssicherung DGKJP / BAG / BKJPP.
- Englert, E. & Poustka, F. (1998). Glossar zur Kinder- und Jugendpsychiarischen Basisdokumentation, 4.Auflage.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *Am Psychol*, 59(2), 77-92.
- Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Dev Psychopathol*, 19(2), 293-312.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Prev Med*, 27(2), 200-203.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Feijo, L., Vera, Y., Gil, K. & , et al. (2007). Still-Face and separation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Ment Health J*, 28 (3), 314-323.
- Frankel, K. A., Boyum, L. A. & Harmon, R. J. (2004). Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(5), 578-587.
- Fröchtling, F. (2008). *Unterschiede in pathogenetischen Parametern zwischen frühkindlichen Regulationsstörungen und Bindungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0-5 Jahren.* Diplomarbeit. Freie Universität Berlin. Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Berlin.
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., Friedman-Weieneth, J. L., Pierce, C., Tellert, A. & Sippel, J. C. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part II: investigating differences in parent psychopathology, couple conflict, and other family stressors. *J Abnorm Child Psychol*, 35(1), 111-123.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33(4), 410-420.



## Literaturverzeichnis

- Goor-Lambo, G. v. (1993). Die Entwicklung der sogenannten psychosozialen Achse der WHO. Die Erfassung abnormer psychosozialer Belastungen. In F. Poustka & U. Lehmkuhl (Eds.), *Gefährdung der kindlichen Entwicklung* (pp. 44- 56). München.
- Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Women's Ment Health*, 6(4), 263-274.
- Grube, M. (2004). Peripartale psychiatrische Erkrankung- Unterstützung durch Männer? Eine erste Annäherung. *Nervenarzt*, 75(5), 483-488.
- Hebebrand, J., Barth, N. & Herpertz- Dahlmann, B. (2008). Essstörungen des Kindesalters und Adipositas. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen und Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 401-414). Stuttgart: Thieme.
- Henriksson, K. M. & McNeil, T. F. (2004). Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic information. *Schizophr Res*, 70(1), 39-48.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol*, 12(2), 157-175.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Dowd, S. T., De Petrillo, L. A., et al. (2006). Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Res*, 145(2-3), 155-167.
- Hussong, A. M., Cai, L., Curran, P. J., Flora, D. B., Chassin, L. A. & Zucker, R. A. (2008). Disaggregating the distal, proximal, and time-varying effects of parent alcoholism on children's internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 36(3), 335-346.
- Ihle, W., Frenzel, T. & Esser, G. (2008). Entwicklungspsychopathologie und Entwicklungsepidemiologie. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 13-30). Stuttgart: Thieme.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E. & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Arch Gen Psychiatry*, 58(5), 453-460.
- Johnson, J. L. & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*, 103(5 Pt 2), 1085-1099.
- Kahn, R. S., Brandt, D. & Whitaker, R. C. (2004). Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158(8), 721-729.
- Kane, P. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 24(3), 339-360.
- Keller, P. S., Cummings, E. M., Davies, P. T. & Mitchell, P. M. (2008). Longitudinal relations between parental drinking problems, family functioning, and child adjustment. *Dev Psychopathol*, 20(1), 195-212.
- Kelley, M. L. & Fals-Stewart, W. (2004). Psychiatric disorders of children living with drug-abusing, alcohol-abusing, and non-substance-abusing fathers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(5), 621-628.
- Keren, M., Feldman, R. & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(1), 27-35.
- Knölker, U., Mattejat, F. & Schulte- Markwort, M. (2007). Normale Entwicklung und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In U. Knölker, F. Mattejat & M. Schulte- Markwort (Eds.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie -systematisch* (Vol. 4, pp. 22-48). Bremen: uni-med.
- Kölch, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M. & Schmid, M. (2008). Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern. *Nervenheilkunde*, 27(6), 527-532.
- Komanek, V. (2008). *Klassifikation psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Ein Vergleich dimensionaler und kategorialer Systeme*. Dissertation, Charité Universitätsmedizin Berlin. Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters., Berlin.

## Literaturverzeichnis

- Kuschel, A., Lubke, A., Koppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2004). Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 32(2), 97-106.
- Laucht, M. (2008). Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 126- 142). Stuttgart: Thieme.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(7), 843-853.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000a). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol*, 32, 59-69.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000b). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Z Klin Psychol Psychother*, 29, 246-262.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2001). Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity. *Dev Med Child Neurol*, 43(5), 292-300.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Z Klin Psychol Psychother*, 31(2), 127- 134.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Ihle, W., Löffler, W., Stohr, R. M., et al. (1992). "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 41(8), 274-285.
- Lehmkuhl, U. & Lehmkuhl, G. (2004). Die Beziehung zwischen frühen Entwicklungsbedingungen und psychischer Stabilität. In U. Lehmkuhl & G. Lehmkuhl (Eds.), *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung* (pp. 9-23). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lung, F. W., Shu, B. C., Chiang, T. L. & Lin, S. J. (2008). Parental mental health, education, age at childbirth and child development from six to 18 months. *Acta Paediatr*, 98(5), 834-841.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R. & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(10), 1042-1050.
- Marmorstein, N. R., Malone, S. M. & Iacono, W. G. (2004). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161(9), 1588-1594.
- Miller, W. R. (1993). Behavioral treatments for drug problems: lessons from the alcohol treatment outcome literature. *NIDA Res Monogr*, 137, 167-180.
- Moehler, E., Kagan, J., Parzer, P., Brunner, R., Reck, C., Wiefel, A., et al. (2007). Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*, 40(6), 446-452.
- Möllmann, C., Lenz, K., Naumann, A., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (1998). Klinikvergleich im Hinblick auf die Achse 5 des MAS: Unterschiedliche Inanspruchnahmepopulationen oder regionale Besonderheiten? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 26(2), 113-123.
- Mooney, K. C., Thompson, R. & Nelson, J. M. (1987). Risk factors and the Child Behavior Checklist in a child mental health center setting. *J Abnorm Child Psychol*, 15(1), 67-73.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(3), 543-561.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E. & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 45-52.
- Murray, L., Cooper, P. & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Arch Women's Ment Health*, 6 Suppl 2, 71-77.
- 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 Dev*, 67(5), 2512-2526.

## Literaturverzeichnis

- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G. & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behav Dev*, 30(1), 161-167.
- Oerter, R. (2008). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 3-12). Stuttgart: Thieme.
- Ostman, M. & Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(5), 243-248.
- Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*. (pp. 669-720). New York: Wiley.
- Papousek, M. (2008). Störungen des Säuglingsalters. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 103-125). Stuttgart: Thieme.
- Park, R. J., Senior, R. & Stein, A. (2003). The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12 Suppl 1, 110-119.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Plomin, R. & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Dev*, 69(4), 1223-1242.
- Poustka, F. & Schmeck, K. (1993). Unterschiedliche Bedeutsamkeit von psychosozialen Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen. In F. Poustka & U. Lehmkuhl (Eds.), *Gefährdung der kindlichen Entwicklung* (pp. 84-88). München: Quintessenz.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201-2205.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L. & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(4), 390-398.
- Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Eds.), *Entwicklungspsychologie* (Vol. 5, pp. 131-208). Weinheim: Beltz.
- Remschmidt, H. (1988). Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Remschmidt & M. H. Schmidt (Eds.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band I* (pp. 146). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Matthejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern- Mit Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (Vol. 4). Bern: Verlag Hans Huber.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (Vol. 5). Bern: Verlag Hans Huber.
- Resch, F. & Möhler, E. (2001). Wie entwickelt sich die kindliche Persönlichkeit? Beiträge zur Diskussion um Vererbung und Umwelt. In M. Wink (Ed.), *Vererbung und Milieu* (pp. 95 - 151). Berlin: Springer.
- Riecher-Rössler, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 65(3), 97-107.
- Riordan, D., Appleby, L. & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychol Med*, 29(4), 991-995.
- Rollet, B. (2002). Frühe Kindheit, Störungen, Entwicklungsrisiken, Förderungsmöglichkeiten. In R. Oerter & L. Montada (Eds.), *Entwicklungspsychologie* (Vol. 5, pp. 713-739). Weinheim: Beltz.
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: from evangelism through science toward policy and practice. *Child Dev*, 73(1), 1-21.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1977). *Psychiatric disorder- Ecological factors and concepts of causation*. North- Holland, Amsterdam.

## Literaturverzeichnis

- Scheithauer, H., Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Biosychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Eds.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung* (pp. 65-97). Göttingen: Hogrefe.
- Scheithauer, H., Petermann, F. & Niebank, K. (2000). Frühkindliche Entwicklung und Entwicklungsrisiken. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Eds.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung* (pp. 15-38). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M. H. (2008). Probleme der diagnostischen Klassifikation im Kindes- und Jugendalter. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 3, pp. 31-44). Stuttgart: Thieme.
- Sharma, V. (2008). Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. *Curr Drug Saf*, 3(1), 76-81.
- Singh, M. K., DelBello, M. P., Stanford, K. E., Soutullo, C., McDonough-Ryan, P., McElroy, S. L., et al. (2007). Psychopathology in children of bipolar parents. *J Affect Disord*, 102(1-3), 131-136.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E. M., et al. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Landorph, S. L. & Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age: a review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(6), 337-346.
- Snellen, M., Mack, K. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(6), 902-911.
- Sourander, A. (2001). Emotional and behavioural problems in a sample of Finnish three-year-olds. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10(2), 98-104.
- Spinelli, M. G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry*, 161(9), 1548-1557.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Dev Psychopathol*, 9(2), 251-268.
- 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. *Br J Psychiatry*, 158, 46-52.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D. & Fairburn, C. G. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry*, 35(4), 733-748.
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., Lee, J., et al. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: a randomized, controlled trial of video feedback. *Am J Psychiatry*, 163(5), 899-906.
- Trautmann-Villalba, P., Gerhold, M., Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2004). Early motherhood and disruptive behaviour in the school-age child. *Acta Paediatr*, 93(1), 120-125.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health - findings from the GB national study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(7), 509-514.
- Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, J., Anders, T. F., Simmens, S. J., Rones, M., et al. (2003). Maternal panic disorder: infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(7), 814-825.
- Weinberg, M. K. & Tronick, E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102(5 Suppl E), 1298-1304.
- Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health*, 13(4), 262-268.
- Werner, M. J., Joffe, A. & Graham, A. V. (1999). Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. *Pediatrics*, 103(5 Pt 2), 1099-1112.
- Wiefel, A., Oepen, G., Wollenweber, S., Lenz, K., Eggers, C. & Lehmkuhl, U. (2004). Psychiatrie der frühen Kindheit. In U. Lehmkuhl & G. Lehmkuhl (Eds.), *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung* (pp. 163- 178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## Literaturverzeichnis

- Wiefel, A., Titze, K., Kuntze, L., Winter, M., Seither, C., Witte, B., et al. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 56(1), 59-81.
- Wolff Metternich, T., Döpfner, M., Englert, E., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Poustka, F., et al. (1999). Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ergebnisse aus einer multizentrischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 48(1), 15-26.
- World-Health-Organisation. (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines, 10th ed. *World Health Organisation*.
- Yoshida, K., Marks, M. N., Craggs, M., Smith, B. & Kumar, R. (1999). Sensorimotor and cognitive development of infants of mothers with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 175, 380-387.
- Zahn-Waxler, C., Duggal, S. & Gruber, R. (2002). Parental Psychopathology. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (2 ed., Vol. 4, pp. 295-372). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(1), 81-99.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., Scott Heller, S., Hinshaw-Fuselier, S., Larrieu, J. A., Lewis, M., et al. (1997). Relationship Assessment in Infant Mental Health. *Infant Ment Health J*, 18(2), 182-197.
- Zeanah, C. H., Keyes, A. & Settles, L. (2003). Attachment Relationship Experiences and Childhood Psychopathology. *Ann N Y Acad Sci*, 1008, 22-30.
- Zero-to-Three. (1999). *Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Wien: Springer.
- Zero-to-Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3R)* (2nd ed.). Washington DC Zero To Three Press.
- Zimmermann, P., Suess, G. J., Scheuerer-Englisch, H. & Grossmann, K. E. (2000). Der Einfluss der Eltern-Kind-Bindung auf die Entwicklung psychischer Gesundheit. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Eds.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung* (pp. 301-327). Göttingen: Hogrefe.

## 8 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<b>Tabelle 1:</b>	Diagnostische Gruppen	21
<b>Tabelle 2:</b>	Faktoren der fünften Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas	71
<b>Tabelle 3:</b>	Family Adversity Index	72
<b>Tabelle 4:</b>	Psychopathologischer Aufnahmebefund	73
<b>Tabelle 5:</b>	Child Behavior Checklist/ 1½-5	25
<b>Tabelle 6:</b>	Altersgruppen getrennt für Jungen und Mädchen	29
<b>Tabelle 7:</b>	Häufigkeiten der Diagnosen nach DC: 0-3R	31
<b>Tabelle 8:</b>	ICD-10 Diagnose bei DC:0-3R 800	31
<b>Tabelle 9:</b>	Schulbildung der Eltern	33
<b>Tabelle 10:</b>	Summe der Nennungen der Achse V des MAS	35
<b>Tabelle 11:</b>	Häufigkeiten der zutreffenden Items der Achse V des MAS	36
<b>Tabelle 12:</b>	Summe der Nennungen des FAI	37
<b>Tabelle 13:</b>	Häufigkeiten der zutreffenden Items des FAI	39
<b>Tabelle 14:</b>	Logistische Regression, Variablen in der Gleichung, n=281	40
<b>Tabelle 15:</b>	Häufigkeiten der Störungen des psychopathologischen Aufnahmebefundes	42
<b>Tabelle 16:</b>	Psychopathologischer Aufnahmebefund, Signifikanzen bei den Jungen	43
<b>Tabelle 17:</b>	Prävalenzwerte der übergeordneten Skalen, CBCL/1½-5	44
<b>Tabelle 18:</b>	Prävalenzwerte der Syndromskalen, CBCL/1½-5	44
<b>Tabelle 19:</b>	Prävalenzwerte der Syndromskalen für Jungen, CBCL/1½-5	45
<b>Abbildung 1:</b>	Verteilung der Altersgruppen in Prozent	28
<b>Abbildung 2:</b>	Altersgruppen der Index- und Kontrollgruppe getrennt nach Geschlecht in Prozent	31
<b>Abbildung 3:</b>	Diagnosegruppenzugehörigkeit in Prozent getrennt für Jungen und Mädchen	32
<b>Abbildung 4:</b>	Schulbildung der Eltern in Prozent	34
<b>Abbildung 5:</b>	Summenwerte der Achse V des MAS in Prozent	35
<b>Abbildung 6:</b>	Summenwerte des FAI in Prozent	38

## ANHANG

**Tabelle 2:** Faktoren der fünften Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas

Nr.	Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
1	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
1.2	Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
1.3	Körperliche Kindesmisshandlung
1.4	Sexueller Missbrauch
2	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
2.0	Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils
2.1	Behinderung eines Elternteils
2.2	Behinderung der Geschwister
3	Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4	Abnorme Erziehungsbedingungen
4.0	Elterliche Überfürsorge
4.1	Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
4.2	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
4.3	Unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern
5	Abnorme unmittelbare Umgebung
5.0	Erziehung in einer Institution
5.1	Abweichende Elternsituation
5.2	Isolierte Familie
5.3	Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
6	Akute, belastende Lebensereignisse
6.0	Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung
6.1	Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
6.2	Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
6.3	Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
6.4	Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)
6.5	Unmittelbare, beängstigende Erlebnisse
7	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
7.0	Verfolgung oder Diskriminierung
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung
8	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit
8.0	Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern
8.1	Sündenbockzuweisung durch Lehrer/ Ausbilder
8.2	Allgemeine Unruhe in der Schule/Arbeitssituation
9	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes
9.0	Institutionelle Erziehung
9.1	Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung
9.2	Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

(nach: Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006)

## Anhang

**Tabelle 3:** Family Adversity Index

Items	Operationalisierung
1. Niedriges Bildungsniveau	Schulabbruch Keine Ausbildung
2. Beengte Wohnverhältnisse	Mehr als eine Person pro Raum Wohnungsgröße $\leq 50\text{m}^2$ Weniger als zwei Wohnräume
3. Psychische Störung der Eltern	Klassifizierte moderate oder starke Störung
4. Anamnestische Belastung der Eltern	Heimaufenthalt Mehr als zwei Wechsel von Bezugspersonen Delinquenz
5. Gestörte Paarbeziehung	Niedrige Qualität in zwei Bereichen: Harmonie Kommunikation Emotionale Wärme
6. Frühe Elternschaft	Alter eine Elternteils $\leq 18$ Jahre bei Geburt Paarbeziehung $\leq 6$ Monate bei Empfängnis
7. Unvollständige Familie	Mutter allein erziehend bei Geburt
8. Ungewollte Schwangerschaft	Ernsthaft über Abbruch nachgedacht
9. Mangelnde soziale Integration und Unterstützung	Mangel an Freunden Mangelnde Unterstützung bei der Pflege des Kindes
10. Chronische Belastung	Subjektiv belastende Lebensereignisse $\geq 1$ Jahr
11. Mangelndes Coping	Mangelnde Fähigkeit zur Bewältigung von Stress und Alltagsbelastungen

(nach: Rutter & Quinton, 1977; Laucht, Esser & Schmidt, 2001)



## Anhang

**Tabelle 4:** Psychopathologischer Aufnahmebefund

Hauptitem	Unteritems
Störungen der Interaktion	Unkooperativ, überangepasst, scheu/unsicher, kaspernd/albernd, sozial zurückgezogen, misstrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion
Störungen des Sozialverhaltens	Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/Schule schwänzen, andere Regelübertretungen
Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle	
Störungen der Psychomotorik	Motorische Tics, Stereotypen, maniert-bizarrr, andere Störungen der Psychomotorik
Störungen des Sprechens und der Sprache	Artikulationsstörungen, expressive Sprachstörung, rezepive Sprachstörung, Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation
Angststörungen	Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacke, generalisierte Angst
Störungen von Stimmung und Affekt	Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/Affekt
Zwangsstörungen	Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen
Essstörungen	Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Essattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschemastörung, Rumination, Pica
Funktionelle und somatoforme Störungen	Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktionsstörungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome
Merkfähigkeits- Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit	
Formale Denkstörungen	Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen
Inhaltliche Denkstörungen	Magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn, andere Inhalte
Ich-Störungen	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse
Sinnestäuschungen	Illusionäre Verkennungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen
Missbrauch/ Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen
Andere Störungen	Selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen

(nach: Döpfner et al., 1993; Döpfner et al.,1997)



## **SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG**

„Ich, Elisabeth Katharina Bürger, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Die Bedeutung psychischer Erkrankung eines Elternteils für Säuglinge und Kleinkinder einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift



## **DANKSAGUNG**

Zu Beginn möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Lehmkuhl, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité Campus Virchow Klinikum Berlin, für die Begutachtung meiner Dissertation danken.

Des Weiteren bedanke ich mich höflich bei Herrn Dr. Wiefel. Herrn Lenz danke ich für seinen fachlichen Rat.

Mein herzlicher Dank gilt meiner Mutter. Sie war für mich zu jeder Zeit erreichbar, mit der Bereitschaft und Geduld, sich die unterschiedlichen Problematiken anzuhören und sich darauf einzulassen. Sie begleitete mich mit fortwährender Ermutigung bis zum Abschluss des Promotionsverfahrens.

Mein Dank gilt nicht zuletzt meinen Freunden Susanne, Laura, Petra und meiner Schwester Charlotte für ihr offenes Ohr, Rat und Tat und persönlichen Teilnahme bis zur letzten Prüfung.



## **LEBENS LAUF**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.