



# Psychisch krank und schwanger

## Das „Bonner Modell“ der Betreuung

Psychische Gesundheit von Eltern und Kind  
2. Herbstsymposium

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie UK Bonn

Dr. med. Andrea Hocke

Oktober 2019



ukb universitäts  
klinikumbonn

ukb universitäts  
klinikumbonn



# Gynäkologische Psychosomatik

Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde Universitätsklinikum Bonn



Unerfüllter Kinderwunsch



In der Schwangerschaft



Kinderwunsch und Schwangerschaft bei psychischer Erkrankung



Nach Fehl- oder Totgeburt



Bei auffälligem pränataldiagnostischem Befund



Drohende Frühgeburtlichkeit



Nach Entbindung



Psychoonkologie



Prämenstruelles Syndrom



Wechseljahre



Sexualstörungen



Chronische Unterbauchschmerzen und

## Belastung statt Glück

- **Idealisierung** von Schwangerschaft und Mutterschaft
- Bewertung der psychischen Probleme als **eigenes Versagen**
- **Unzureichende Aufklärung** über Störungsbilder und Behandlungsmöglichkeiten
- Unzureichende Behandlungsangebote :  
(niedrigschwellig, Spezialambulanzen, **Mutter-Kind-Einrichtungen**)
- Viele **widersprüchliche** Informationen
- Auch von **ärztlicher Seite** Unsicherheit im Zusammenhang mit Schwangerschaft / Stillzeit

### Psychopharmaka in der Schwangerschaft

- **Keine systematischen Studien**
- **Nur Fallberichte, Fallserien**
- **Kohortenstudien mit und ohne Kontrollgruppen**
- **Keine Zulassung eines Psychopharmakon in Schwangerschaft und Stillzeit**

# Sorgen- Befürchtungen – Beratungswünsche

„Ich bin schuld an meiner Erkrankung.  
Was mute ich jetzt auch noch meinem Kind zu?“

- Einfluss der Schwangerschaft und Mutterschaft auf die psych. Erkrankung
  - Medikamente: Auswirkungen? Umstellungen?
  - Risiko eines Rückfalls
  - Risiko für das Ungeborene/ für das Neugeborene
  - Stillen
- Häufig in der Vorgeschichte Erfahrung mit dem Absetzen von Medikamenten (wegen Kinderwunsches) und folgendem Rezidiv
  - Befürchtungen und Verunsicherung nicht selten stärker nach der Besprechung mit behandelnden Ärzten

## Die Patientin beim Arzt

Mir hat mein Arzt gesagt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen vom Kinderwunsch absehen sollten. „

**Sie bekommen Sertralin nur, wenn Sie abstillen!**

ird und Ihnen  
erum hat

**Sie müssen clean sein, wenn Sie bei uns entbinden**

Da müssen sie ja  
in ein Kissen beiß

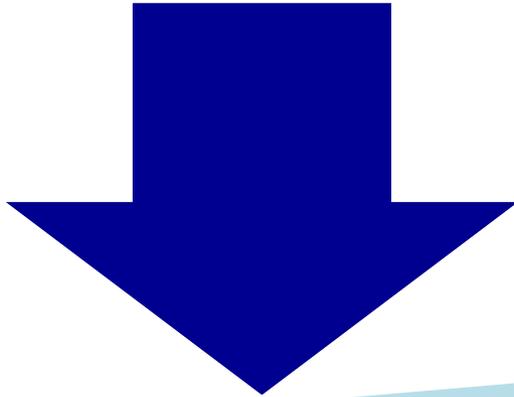
**Das Schwangerschaftshormon ist genug Antidepressivum!**

Setzen sie das Antidepressivum ab und holen Sie sich Baldriantropfen.

Sie haben sicher schon über einen Abbruch nachgedacht.

# Nutzen-Risiko-Abwägung

## Medikation vs. unbehandelte psychische Erkrankung



### Fortführen der Medikation

mögliche embryo- oder fetotoxische Effekte

Schwangerschaftsrisiken

nicht ausschließbare Langzeitauswirkungen auf die Entwicklung des Kindes

### Absetzen Medikation und Risiken einer unbehandelten Erkrankung

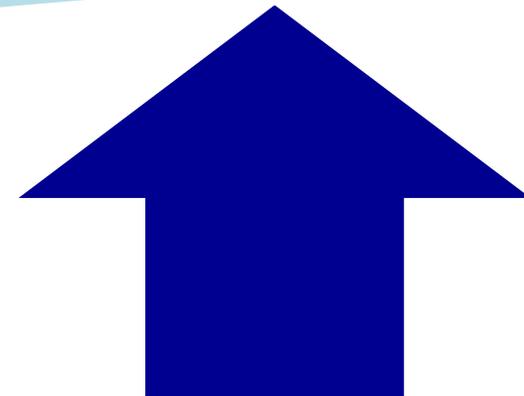
Rezidivgefahr/Gefahr der Chronifizierung

Verschlechterung der Krankheitsprognose durch Rezidiv nach langer Stabilität

Stress, Schlafstörungen, Nikotin- und Alkoholkonsum, Mangelernährung

ggf. Notwendigkeit einer (stationären) Akutbehandlung (oft Polytherapie)

Verunsicherung der Pat. in einer Lebenssituation, die eigentlich ein Gefühl von Sicherheit verlangt



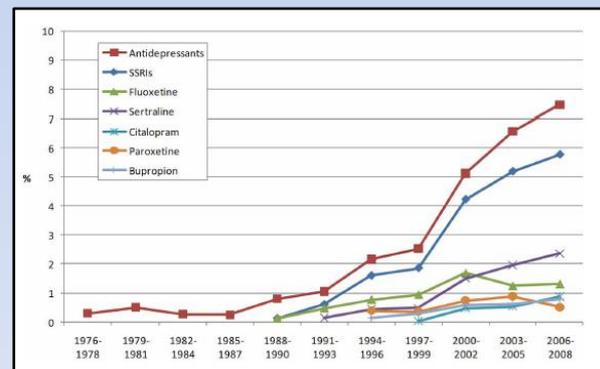
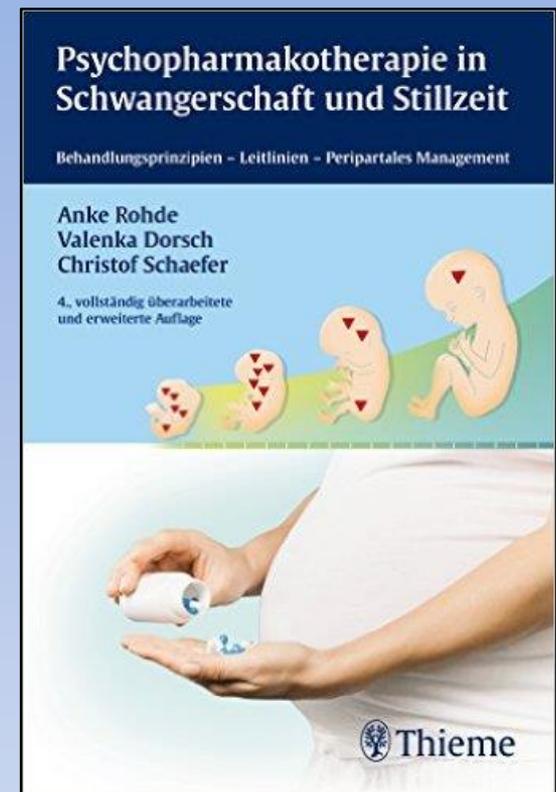
Rohde A. et al, 2014

SSRI gehören zu der Medikamentengruppe, die in der Schwangerschaft am besten untersucht wurde

## Anitidepressiva der Wahl Citalopram Sertralin

CAVE Fluoxetin: Lange HWZ, daher Anpassungsstörung eher möglich

[www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)



Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs : 1976-2008  
Allen A. Et al. 2011

# Leitlinien können helfen!

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Therapie spezifisch1</b> SSRI sollten zu einer Akutbehandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. In der Literatur wird ein teratogenes Risiko für die beiden Substanzen Paroxetin und Fluoxetin diskutiert. Deshalb sollen diese beiden Substanzen in der Schwangerschaft nicht neu verordnet werden. Ist eine Einstellung schon vor Eintreten der Schwangerschaft erfolgt, kann die Umstellung auf ein anderes SSRI erwogen werden. Für die Substanzen Sertralin und Citalopram liegt die beste Datenlage in Schwangerschaft und Stillzeit vor, so dass der Einsatz dieser Substanzen am ehesten in der Akutbehandlung empfohlen werden kann.	<b>KKP</b>

•S3-LL Bipolare Störung

Zertifizierte Fortbildung | CME



Orientierung durch Leitlinien  
Verantwortung für Psychopharmaka  
in der Schwangerschaft

„ It is thus clear that both depression itself and antidepressants may carry some risk to the fetus. Moreover , the risk from antidepressants is consistently overestimated and the risk of untreated depression during pregnancy is consistently underestimated both by our patients and by the medical community.“

Antidepressants, pregnancy and stigma: How we are failing mothers and babies  
Osborne L, Payne J. ; 2015

# Neuroleptika

## Typisch und Atypisch

### Einsatz bei Psychosen und bipolaren Erkrankungen

- Kein teratogenen Effekte nachgewiesen
- Anpassungsstörungen
  - Dyspnoe, Erbrechen, card. Arrhythmie, Zitterigkeit

→ CAVE Hyperprolaktinämie ( v.a. Risperidon, Amisulprid)  
 Infertilität möglich,  
 Amenorrhoe

**Amenorrhoe bedeutet nicht: „schwanger werden nicht möglich“**

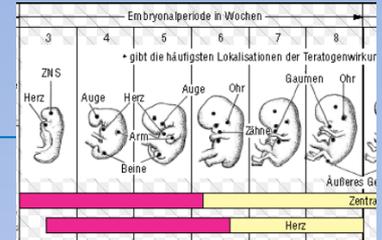
#### Depotpräparate

- Fortführung bei schlechter Compliance
- Problem: Reaktion bei Komplikationen in der Schwangerschaft
- Bei Neueinstellung andere Präparate wählen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-spezifisch6</b> Olanzapin sollte zu einer Akutbehandlung einer Manie und zu einer Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Olanzapin ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	<b>KKP</b>
<b>Therapie-spezifisch7</b> Quetiapin soll zu einer Akutbehandlung einer Depression, einer Manie und zu einer Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Quetiapin ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	<b>KKP</b>
<b>Therapie-spezifisch8</b> Risperidon sollte zu einer Akutbehandlung einer Manie bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Risperidon ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	<b>KKP</b>
<b>Therapie-spezifisch9</b> Andere atypische Neuroleptika, wie z. B. Aripiprazol und Ziprasidon können zu einer Akutbehandlung einer Manie bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität dieser Substanzen ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für	<b>KKP</b>

# Lithium

- In früheren Studien als hoch teratogen beschrieben
  - Retrospektive Studien
- In neueren Studien deutlich geringeres Risiko aufgezeigt
  - Ebstein Anomalie: 1:1000 ( Generelles Risiko 1:20000)
- Erhöhte Abortrate
- Erhöhte elektive Beendigung/Sectio der Schwangerschaft
- Hoher Prozentsatz an Co-Medikation → Auswirkungen?



[Am J Psychiatry](#). 2014 Jul;171(7):785-94. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.12111402.

**Pregnancy outcome following in utero exposure to lithium: a prospective, comparative, observational study.**

[Diav-Citrin O](#), [Shechtman S](#), [Tahover E](#), [Finkel-Pekarsky V](#), [Arnon J](#), [Kennedy D](#), [Erebara A](#), [Einarsen A](#), [Orlov A](#)

Sonographie / Organscreening: DEGUM II/III  
in 12.SSW  
in 21-22.SSW

**Bei Verordnung eines Phasenprophylaktikums sollte  
Bei Frauen im gebärfähigen Alter Lithium oder Lamotrigin verordnet werden.**

# Prinzipien für Schwangerschaft und Stillzeit bei psychischer Erkrankung

- Wenn möglich, sollte eine **Monotherapie** zum Einsatz kommen
- Optimale Dosierung: Es sollte immer die niedrigstmögliche, aber noch therapeutisch wirksame Dosis gewählt werden  
„So wenig wie möglich und soviel wie nötig.“
- **abruptes Absetzen** auch bei ungeplanter Schwangerschaft **vermeiden** (Berücksichtigung Phase der Schwangerschaft, Rezidivrisiko), Entscheidungen **in Ruhe** abwägen
- Medikation **keine** Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch!
- Bei Verordnung eines Phasenprophylaktikums sollte bei Frauen im gebärfähigen Alter Lithium oder Lamotrigin verordnet werden.
- Keine generelle Empfehlung für Drug Monitoring außer bei Lithium-Therapie
- Ultraschall-Feindiagnostik 20. SSW empfohlen. Mögliche Konsequenzen der **PND** vorher mit Patientin und ggf. Partner erörtern (Qualifizierter Ultraschall Ende 1. Trimenon)

**Partizipative Entscheidungsfindung**  
„Sie sind die Expertin Ihrer Erkrankung!“

# Stillen

- **Nutzen-Risiko-Abwägung** bezüglich Medikation (vergleichbar der Schwangerschaft), aber auch bezüglich Schlaf und Entlastungsmöglichkeiten
- **Am ehesten möglich bei Monotherapien**
- **Bei Neueinstellung**
  - Nicht Fluoxetin → lange Halbwertszeit
  - Nicht Doxepin → NW bis hin zu starker Sedierung und Atemdepression
- Abstillen  
Abwägung **konservativ** (nicht-medikamentös) oder **medikamentös** (Cabergolin = Dopaminagonist) (cave: evtl. Gefahr der psychischen Destabilisierung)

**Obsolet Bromocriptin**  
(hohes Risiko psychosenaher NW)

## **Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review.**

Nillni YI<sup>1</sup>, Mehralizade A<sup>2</sup>, Mayer L<sup>3</sup>, Milanovic S<sup>3</sup>.

# **Psychotherapie in der Schwangerschaft !!!!**

- **Ressourcenorientiert**
- **Psychoedukation**
- **Akzeptanz fördernd**

**Krise vor der Geburt**

### **Schwangerschaftsdepressionen bleiben oft unerkannt**

Von werdenden Müttern erwarten die meisten, dass sie vor Glück und Vorfreude strahlen. Was häufig unbemerkt bleibt: Viele Frauen leiden während der Schwangerschaft an einer Depression.

Spiegel-Online 2014

# Was kann genauso wichtig sein??

- Bewegung in der Schwangerschaft
- Yoga für Schwangere
- Selbstfürsorge und Achtsamkeit
- Beschäftigungsverbot

**Normalisierung der schwangerschaftsbedingten Beschwerden**  
*„ Das geht Frauen ohne psychische Erkrankung ebenso“*

# Sexueller Mißbrauch - Häufigkeit



Unabhängiger Beauftragter  
für Fragen des sexuellen  
Kindesmissbrauchs

## Statistik 2016 // Hellfeld

- Opfer 75% Mädchen// 25% Jungen
- 7000 Fälle Kinder- und Jugendpornographie

## Dunkelfeld

- Jeder 7. bis 8. in Deutschland hat sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt
- WHO: 18 Millionen Minderjährige in Europa
- Die Zahlen der WHO übertragen auf Deutschland: 1 Million Mädchen und Jungen betroffen ( d.h. 1-2 Schüler /Klasse)

Sexueller Missbrauch von Kindern	Trend 2017	Anzahl		Veränderung		AQ	
		2017	2016	absolut	in %	2017	2016
sexueller Missbrauch von Kindern	0	11.547	12.019	-472	-3,9	84,8	86,2
Tatverdächtige	0	8.881	9.159	-278	-3,0		
deutsche TV	0	7.225	7.381	-156	-2,1		
nichtdeutsche TV	↘	1.656	1.778	-122	-6,9		

# Fallbeispiel

## 37-jährige III Grav/ 0Para in 27.SSW

- Sexueller Missbrauch in Kindheit
- Paranoid-halluzinatorische Psychose Beginn in früher Jugend
- Kinder-und Jugend-Psychoanalyse
- Psychopharmaka erstmalig mit Mitte 20
- Aktuell: Quetiapin ret. 250mg
- V.a.Borderline-Störung
- Rez.depressive Störung aktuell mittelgradig
- Probleme innerhalb des engeren Familienkreises
- Geschlechtsverkehr mit Ehemann: Flash backs

**Haben Sie Gewalterfahrungen gemacht ?**

# Probleme in der Schwangerschaft

- Zunahme der psych.Instabilität
- Erneute Selbstverletzung
- Schlafstörung
- Hoher Leistungsanspruch und gleichzeitig Versagensängste
- Wunsch nach primärer Sectio

„ Ich wollte doch keine Medikamente nehmen“

Quetiapin-Dosissteigerung auf 350mg: Deutliche Stabilisierung

Elektive Sectio

Stabilität postpartal unter Quetiapin ret. 500mg und Unterstützung

# Prophylaxe – Peripartales Management (Geburtsplan)

- Bei Bedarf während gesamter Schwangerschaft
- in der Regel 6 – 8 Wochen vor errechnetem Geburtstermin
- Sorgfältige Vorbereitung der Entbindung
- Differenzierte Anamnese (Rezidive, Auslöser, Absetzversuche)
- Gemeinsame Entscheidungen mit Patientin und Partner

- **Geburtsmodus**
  - spontan
  - Kaiserschnitt
  - PDA
- **Stillen /Abstillen**
- **Entbindungsklinik**
  - Mit Intensiv-Neonatologie
  - Gründe für andere Klinik

# Mindestens genau so wichtig

## Beratung zu:

- Eventuellem Einfluss der Schwangerschaft auf die psychische Erkrankung
- Änderungen durch Mutterschaft (Belastungen, Verantwortung, Schlafentzug, Veränderungen in der Lebensroutine etc. ).
- Möglichkeit eines individuellen Beschäftigungsverbotes
- **Die Schwangerschaft hat keine protektive Wirkung** (Verschlechterung möglich, trotz Medikation)
- **Gefahr des Rezidivs nach der Geburt** (abhängig von Grunderkrankung, 50-70 % ohne Prophylaxe)
- Wie geht es dem Partner?

# Peripartales Management

## In der Klinik

### Symptome

- **Worauf muß man achten?**
  - **Mit Hebammen und Schwestern auf Station sprechen**
  - **Partner, Angehörige mit einbeziehen**
- Stressminimierung / Reizabschirmung  
(z.B. Einzelzimmer soweit möglich, Besuche begrenzen)
  - Aufnahme des Partners als Begleitperson / Familienzimmer
  - Verlängerung des Aufenthaltes (1-2 Tage), um Anpassung an die neue Situation für die Mutter zu verbessern
  - Schlaf sicherstellen! (insbes. bei bipolaren St / Psychosen)

## Zuhause

- Stressminimierung / Reizabschirmung
  - z.B. wenige Aktivitäten, wenige Besucher
- So viel soziale Unterstützung wie möglich
  - Partner, Familie
  - **Elternzeit des Vaters**
  - soziale Dienste,
  - **Haushaltshilfe als Krankenkassenleistung**
  - Familienhebamme
- **Schlaf sicherstellen !!**
  - insbes. für bipolare / psychosegefährdete Patientinnen wichtig

### Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit von Haushaltshilfe

Name, Vorname:  
geboren am:  
Anschrift:  
Versichertennummer:

Haushaltshilfe ist notwendig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die/der Versicherte kann aus folgendem Grund den Haushalt selbst nicht weiterführen:

Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts wegen akuter und schwerer Krankheit nicht möglich.

Betruhe verordnet?  ja, bis \_\_\_\_\_  nein, bitte Diagnose angeben:

Diagnose: \_\_\_\_\_  
(bitte keinen Diagnoseschlüssel, sondern Text)

Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinisch notwendigen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Kindes nicht möglich.

Schwangerschaft

Betruhe verordnet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Entbindung und deren Folgen

**Oberstes Gebot**



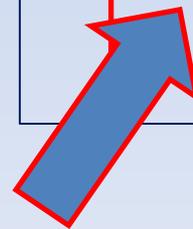
**REIZABSCHIRMUNG**

# Peripartales Management

- Medikation **präpartal**
  - soweit möglich schrittweise / leichte Reduktion 2 Wochen vor errechnetem Entbindungstermin, um Anpassungsprobleme beim Neugeborenen möglichst zu reduzieren
- Medikation **intrapartal**
  - z.B. bei Bedarf:  
1 mg Lorazepam, esp. Angststörungen

## Medikation postpartal / Prophylaxe

- **Depressionen / Angststörungen:**
  - Falls vor Entbindung reduziert, zurück zur Dosis während der Schwangerschaft
- **Bipolare Störungen / Psychosen:**
  - Erhöhung der Dosis **sofort** ab Tag der Entbindung in einen therapeutischen Bereich **bei sehr hoher Rezidivgefahr**



## Information an behandelnden Geburtshelfer / Hebamme

Patientin	α	Beate	α
SSW	33	Errechner-Termin	07.2019
Psychische Vorerkrankung	Rez. depress. Episode, gegenwärtig mittel. F 33.1, O99.3, Z.n. Einnahme von Fluoxetin40 und Trimipramin zw. 2011 und 2014. Bei Quetiapin 25mg tiefe Müdigkeit, einmalig stat. Aufenthalt		
Verlauf in der Schwangerschaft	Schwangerschaftsbeginn ohne Medikation, Zunahme der depressiven Symptomatik, psychosoziale Belastungssituation. Ab 12. SSW Beginn mit Sertralin bis aktuell 125mg, darunter wieder psychische Stabilität		



Besprechung Geburtsvorbereitung am: 21.05.2019

Ehemann/Partner: nicht anwesend

Mit der Patientin wurde einvernehmlich folgende Empfehlungen zum Vorgehen bei/nach der Geburt besprochen:

# Geburtsplan/ Peripartales Management

Handlungsempfehlung  
im Mutterpaß  
mitgeben.

	Empfehlungen
Geburt	Aus psychosomatischer Sicht keine Einwände gegen Spontangeburt.
Stillen	Pat. möchte stillen. Aus psychosomat. Sicht unter Nutzen-Risiko-Abwägung mit der Medikation Sertralin Stillen möglich. Falls medikamentöses Abstillen mit Cabergolin möglich. Weitere Infos zur Medikation und möglichen Anpassungsstörungen beim Kind: s. Anlage und <a href="http://www.embryotox.de">www.embryotox.de</a>
	Reizabschirmung erforderlich. Bitte Einzelzimmer. Aus medizinischer Sicht ist es empfehlenswert, so wenig wie möglich Besuch zu empfangen. Bitte Rücksprache mit Patientin bevor Besuch zugelassen wird.
Medikation	<b>Praepartal:</b> Bei psychischer Stabilität ab 38.SSW Sertralin 100mg. Falls Zunahme der depressiven Symptomatik Beibehalt von 125mg
	<b>Postpartal:</b> Sertralin 150mg
Psychosoziale Situation	Gute Unterstützung durch ihre Brüder, Familienhebamme organisiert. Pat. steht in Kontakt mit Jugendamt.
Mitbetreuung	Terminvereinbarung bei uns für WV ca. 3-4 Wochen pp

Geburtsplan : Geburtsklinik,  
Frauenarzt, Psychiater,  
Hebamme, Patientin selbst

# Postpartale Wiedervorstellung EPDS

## 1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher  0  
 Nicht ganz so oft wie früher  1  
 Eher weniger als früher  2  
 Überhaupt nie  3

## 2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher  0  
 Eher weniger als früher  1  
 Viel seltener als früher  2  
 Fast gar nicht  3

## 3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft  3  
 Ja, manchmal  2  
 Nicht sehr oft  1  
 Nein, nie  0

## 4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie  0  
 Ganz selten  1  
 Ja, manchmal  2  
 Ja, sehr oft  3

## 5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft  3  
 Ja, manchmal  2  
 Nein, fast nie  1  
 Nein, überhaupt nie  0

## 6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen  3  
 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen  2  
 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen  1  
 Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen  0

## 7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer  3  
 Ja, manchmal  2  
 Nein, nicht sehr oft  1  
 Nein, nie  0

## 8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft  3  
 Ja, ziemlich oft  2  
 Nein, nicht sehr oft  1  
 Nein, nie  0

## 9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft  3  
 Ja, ziemlich oft  2  
 Nur manchmal  1  
 Nein, nie  0

## 10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft  3  
 Manchmal  2  
 Selten  1  
 Nein, nie  0

Gesamtscore

Die Durchführung einer klinischen Diagnostik und mögliche Therapie muss gewährleistet sein

## Erfassung einer psychischen Belastung/Erkrankung

- Depression
- Bipolare Erkrankung
- Angststörungen
- PTBS

UND

- Generell psychosoziale Belastungsfaktoren

# NETZWERK

Kinderschwestern

Hebammen

Gynäkologen

Psychiater

Sozialdienst

Psychologinnen

Jugendamt

Seelsorge

Frühe Hilfen

Kinderärzte

Selbsthilfegruppen



PSYCHOSOZIALE BERATUNG  
FÜR SCHWANGERE UND MÜTTER  
IN INNERER NOT

FRAUEN  
GESUNDHEIT  
FAMILIEN  
ZUKUNFT  
Prävention peripartaler  
psychischer Erkrankungen



Prävention postpartaler Depression

- ▶ kostenfrei
- ▶ ohne Krankenversicherungskarte
- ▶ auf Wunsch anonym

TERMINVEREINBARUNG:

Tel.: 0151 - 20 77 88 07 • [info@fgfz-online.de](mailto:info@fgfz-online.de)



In Zusammenarbeit mit der Gynäkologischen  
Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn



Mit freundlicher Unterstützung durch die Novitas BKK:



[www.novitas-bkk.de](http://www.novitas-bkk.de),  
Tel.: 0800 - 6648233  
kostenlos rund um die Uhr,  
E-Mail: [info@novitas-bkk.de](mailto:info@novitas-bkk.de)

**Psychische  
Gesundheit ist eine  
wesentliche  
Voraussetzung von  
Lebensqualität,  
Leistungsfähigkeit  
und sozialer Teilhabe.**

**RKI**



Familienkreis<sup>e.V.</sup>

**Helfen verbindet -**  
Eltern & Kinder ehrenamtlich unterstützen

.....

# Einladung zum Infoabend

**jeweils am ersten Dienstag im Monat\*  
18.00 Uhr · Breite Str. 76 · 53111 Bonn**

\* außer an Feiertagen und Schulferien in NRW, siehe [www.familienkreis-bonn.de/Aktuelles](http://www.familienkreis-bonn.de/Aktuelles)

.....

Familienkreis e.V. · Breite Straße 76 · 53111 Bonn · (0228) 18 46 42 04  
[info@familienkreis-bonn.de](mailto:info@familienkreis-bonn.de) · [familienkreis-bonn.de](http://familienkreis-bonn.de) ·  [familienkreis.bonn](https://www.facebook.com/familienkreis.bonn)

**STADT.  
CITY.  
VILLE.  
BONN.**

Bundesstiftung  
Frühe Hilfen 

Gefördert vom:

 Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

 **DER PARITÄTISCHE**  
UNSER SPITZENVERBAND



# Huckepack

Hilfe, die stark macht!



**Patenschaftsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Mütter und Väter**

## Ausgangssituation im Familienkreis e.V.

- Erfahrung der letzten Jahre in den Frühen Hilfen: Anteil von Eltern mit psychischen Problemen/Erkrankungen liegt konstant bei ca. 30%
- Familien haben längerfristigen Bedarf, der über das Beratungsangebot und die ehrenamtliche Unterstützungsangebot der Frühen Hilfen hinausgeht. Angebote der Jugendhilfe sind für die Familien oft zu hochschwellig.

### Idee: Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern ✓

- Projektfinanzierung durch Aktion Mensch und andere Stiftungen
- Laufzeit für 3 Jahre (1.6.2019- 31.5.2022)
- Verstetigung geplant
- Präventives, Resilienz-förderndes Angebot

## Prävalenz und Auswirkungen auf Kinder

P  
R  
O  
B  
L  
E  
M  
L  
A  
G  
E

- ca. 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche leben in Deutschland mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen (15% unter 3 Jahre)
- Studien zeigen, dass zwischen 41 und 77% der Kinder psychisch erkrankter Eltern selbst psychische Störungen entwickeln

Erkrankung der Eltern bringt für die Kinder erhöhte Belastungen mit sich ↔

Durch Elternschaft bedingte Belastungen wirken sich wiederum negativ auf die psychische Erkrankung aus ✓

## Umgang mit Krankheit

- Psychisch erkrankte Eltern sind häufig in ihrer Erziehungsfähigkeit eingeschränkt
- Eltern wollen ihre Kinder schützen und reden nicht über die Erkrankung und dazugehörige Symptome



**Betroffene Kinder bleiben mit Ängsten und Sorgen allein ✓**

## Belastungsfaktoren für Kinder

P  
R  
O  
B  
L  
E  
M  
L  
A  
G  
E

- Schuldgefühle: Nicht selten geben sich jüngere Kinder die Schuld am veränderten Verhalten der Eltern
- Parentifizierung: Ältere Kinder übernehmen häufig große Verantwortung für die Eltern und jüngeren Geschwister
- Scham und Angst vor Stigmatisierung



**Langfristig: Entwicklungsdefizite, erhöhtes Risiko einer eigenen psychischen Erkrankung ✓**

## Schutzfaktoren für Kinder

- Studien belegen: ein **altersangemessener und offener Umgang** mit der psychischen Erkrankung innerhalb der Familie kann ein wesentlichen **Schutzfaktor** für betroffene Kinder darstellen

**Ressourcen der Kinder aktivieren** ✓

- Eine **sichere Bindung** gilt als **zentraler Schutzfaktor** für die gesunde emotionale Entwicklung von Kindern

**Resilienz fördern** ✓



# Gesunde emotionale Entwicklung von Kindern

L  
Ö  
S  
U  
N  
G  
S  
A  
N  
S  
A  
T  
Z



Resilienz

Offener (altersgerechter) Umgang mit der Erkrankung ✓  
Feste Bezugsperson ermöglicht eine sichere Bindung ✓

## Huckepack

- Stellt Kindern mit psychisch erkranktem Elternteil eine verlässliche und gesunde Bezugsperson an die Seite
- Pat\*in verbringt 1 x wöchentlich Zeit mit dem Kind sowie 1x/monatlich am Wochenende  
→ Freizeitbereich



Angebote am Bedarf des Kindes orientiert



## Huckepack

- Das Kind erlebt unbeschwerte Alltagssituationen
- Das gesamte Familiensystem ist gestärkt
- Entstigmatisierung
- Systemübergreifende Vernetzung



**Förderung der gesunden kindlichen Entwicklung ✓**

**Teilhabechancen verbessern ✓**

Z  
I  
E  
L  
E

## 1. Akquise von Ehrenamtlichen

### Einzelpersonen, Paare & Familien gesucht, die

- ... genügend Zeit haben, ein Patenkind mindestens einmal wöchentlich zu betreuen
- ... selbst psychisch belastbar sind
- ... Eltern in ihrer Elternrolle akzeptieren



Helfen verbindet -  
Eltern & Kinder ehrenamtlich unterstützen

Einladung zum  
**Infoabend**

jeweils am ersten Dienstag im Monat\*  
18.00 Uhr · Breite Str. 76 · 53111 Bonn

\* außer an Feiertagen und Schulferien in NRW, siehe [www.familienkreis-bonn.de/Aktuelles](http://www.familienkreis-bonn.de/Aktuelles)

Familienkreis e.V. · Breite Straße 76 · 53111 Bonn · (0228) 18 46 42 04  
[info@familienkreis-bonn.de](mailto:info@familienkreis-bonn.de) · [familienkreis-bonn.de](http://familienkreis-bonn.de) · [familienkreis.bonn](https://www.facebook.com/familienkreis.bonn)

STADT. CITY. VILLE. BONN. |  |  |  DER PARITÄTISCHE UNIONSPRESENZMANG

**Infoabend an jedem 1. Dienstag im Monat, 18.00** ✓

## 2. Auswahl, Qualifizierung, Fortbildung und fachliche Begleitung

- Erstgespräch und Auswahl
- Grundmodul à 15 Stunden
- Zusatzmodule
- Fachliche Begleitung durch Fachkräfte:  
Supervision und Reflexion



### 3. Betroffene Familien: Akquise und Aufnahme ins Projekt

#### Familien gesucht...

- die in Bonn/angrenzender Gemeinde leben
- Mindestens ein Elternteil leidet an einer diagnostizierten psychischen Krankheit und hat eine Krankeneinsicht
- Das betroffene Kind ist minderjährig, selbst nicht schwerwiegend psychisch erkrankt und wohnt bei dem erkrankten Elternteil
- Teilnahme am Projekt muss freiwillig und von allen Familienmitgliedern gewünscht sein



## 4. Vermittlungsprozess und Begleitung

- Nachhaltige Begleitung: Mehrstufiger Kennenlern- und Vermittlungsprozess mit Gesprächen und Hausbesuchen
- Partizipativ: Erwartungen, Bedürfnisse und Wünsche aller Beteiligten werden abgeglichen und berücksichtigt
- Verbindlich und transparent: Patenschaftsvereinbarung, regelmäßige Entwicklungsgespräche



## 5. Freizeitbereich:

- Organisierte Freizeitangebote am Wochenende für Pat\*innen und Patenkinder
- „Schnupperangebot“ für betroffene Kinder, die (noch) keine Patenschaft vermittelt bekommen konnten oder noch unsicher sind, ob sie sich das vorstellen können



## 6. Netzwerkarbeit

- Systemübergreifende Kooperation: Mitarbeit im Netzwerk JuPs, Einbindung ins Netzwerk Frühe Hilfen und andere relevante Arbeitskreise
- Überregionale Vernetzung, Kollegialer Austausch mit anderen Patenprojekten
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Einbeziehung von (erwachsenen) Betroffenen z.B. in die Qualifizierung



## Personelle Ressourcen und Förderung

- 2 Fachkräfte à 50 % Stellenanteil (Psychologin, Sozial-Pädagogin)
- Verwaltung 25 % Stellenanteil
- Zusätzliche Honorarmittel für Qualifizierung, Schulung, Supervision und Freizeitbereich



## Ihre Ansprechpartnerinnen:



**Frederike Hartje & Dorothee Oprach**

Telefon 0228 18464204

[huckepack@familienkreis-bonn.de](mailto:huckepack@familienkreis-bonn.de)

[www.familienkreis-bonn.de](http://www.familienkreis-bonn.de)

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



© Familienkreis e.V.

## 2. Herbstsymposium – Psychische Gesundheit von Eltern und Kind

pro familia Bonn

Männergesundheit

Rainer Opitz

The logo for pro familia, featuring the word "pro" in white lowercase letters inside a red rounded rectangle, followed by the word "familia" in a dark red, lowercase, sans-serif font.

χαίρετε  
 Bienvenue  
 Bienven...  
 You're welcom  
 به خیر بیت

**pro familia**  
 Deutsche Gesellschaft für Familienplanung,  
 Sexualpädagogik + Sexualberatung e.V.  
 Beratungsstelle Bonn

**Gesundheitsförderung für MigrantInnen**  
 Gefördert von der Stabsstelle Integration der Stadt Bonn

BE M  
 Vindo!  
 خوش آمدید  
 به خیر بیت  
 Karibu  
 Waxan ku farxsanahay  
 inat no timit  
 ЗАХОДЬТЕ БУДЬ  
 ЛАСКА !!!  
 ДОБРЕ  
 ДОШЛИ

**pro familia**  
 Beratungsstelle Bonn

**pro familia**  
 Beratungsstelle Bonn



pro familia **plus**

Familienhebammen  
 beraten und begleiten

# Männer als Zielgruppe für Primärprävention und Gesundheitsberatung

- Geringere durchschnittliche Lebenserwartung
- Höhere Suizidalität
- Höhere Prävalenz von Risikofaktoren (risikoaffinere Lebensweise)
- Geringere Selbstfürsorge
- Geschlechtsstereotype Bewältigungsstrategien

# Primärprävention und Gesundheitsinformation in Gruppen

- **überwiegend Migranten** (Sprach- und Integrationskurse, Flüchtlingseinrichtungen, Migrant\*innencafés)
- **Nicht-Migranten** (Einrichtungen zur Ausbildungsförderung)
- **Interkultureller Workshop zum Thema Partner\*innensuche und Umgang mit Frauen**  
(Kooperation mit Flüchtlingshilfe Bonn e.V. und Dr. Moroni Stiftung Tannenbusch)
- **geplante Veranstaltungen im Jobcenter, Familienzentrum, Kindergarten**

# Einzelberatung

- Physische, psychische und soziale Gesundheit
- Aufsuchende Arbeit
- Kontakt halten
- Vermittlung durch und an Kooperationspartner

Alter: 21 bis 52 Jahre, Durchschnitt 33

48% mit Migrationshintergrund

64% Väter (Nicht-Migranten 100%)

32% psych. Diagnose gestellt oder vom Klient vermutet

16% starker Verdacht

## Erste Beobachtungen:

- Erreichbarkeit durch persönliches Verhältnis
- Männer reden zunächst stark lösungsorientiert / zielgebunden
- Probleme mit männlichen Rollenklischees
- Kinder als Motivation zur Veränderung

# Vielen Dank!

Rainer Opitz  
pro familia Bonn  
Kölnstr. 96  
53111 Bonn  
Tel.: 0228 / 338 0000  
rainer.opitz@profamilia.de

Mit aktueller Information und Gesundheitstipps  
(nicht nur für Männer) auf Instagram:

bonn\_maenner\_profamilia

Interessenskonflikt:

Rainer Opitz gibt an, dass kein finanzieller Interessenskonflikt besteht.

Rainer Opitz arbeitet als Fachberater für Männergesundheit bei pro familia Nordrhein-Westfalen in der Beratungsstelle Bonn. Es besteht keine Mitgliedschaft in für diese Veranstaltung relevanten Gesellschaften oder Verbänden.



# Emotionale Instabilität und ADHS bei Eltern - Auswirkungen auf Schwangerschaft und Erziehung

Prof. Dr. med. Alexandra Philipsen  
Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie

## 2. Herbstsymposium

### Psychische Gesundheit von Eltern und Kind

Klinik und Poliklinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Bonn

30. Oktober 2019, 14.00 – 18.30 Uhr

Veranstaltungsort:  
Hörsaal Zentrum für Neurologie, Psychiatrie  
und Psychosomatik (NPP)  
Universitätsklinikum Bonn

# Mögliche Interessenskonflikte

Advisory Boards, Phase III Studies, Research and Travel and/or Congress Support: Janssen-Cilag, Lilly, LivaNova, Lundbeck, Medice, Novartis, Servier, Shire

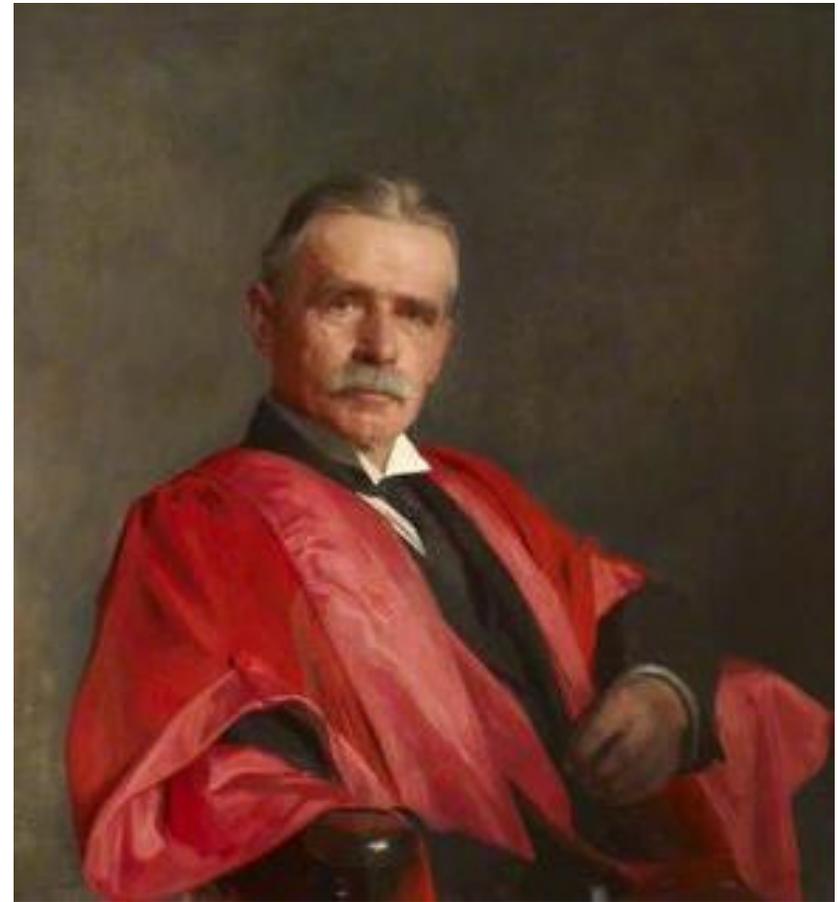
VT und DBT Supervisorin, Autorin von Buchartikeln und Büchern zur Behandlung der ADHS

# Übersicht

- Emotionale Instabilität und ADHS im Erwachsenenalter
- Diagnostik
- Auswirkungen auf Familien
  - Schwangerschaft
  - Erziehung
- Interventionsmöglichkeiten
- Ausblick

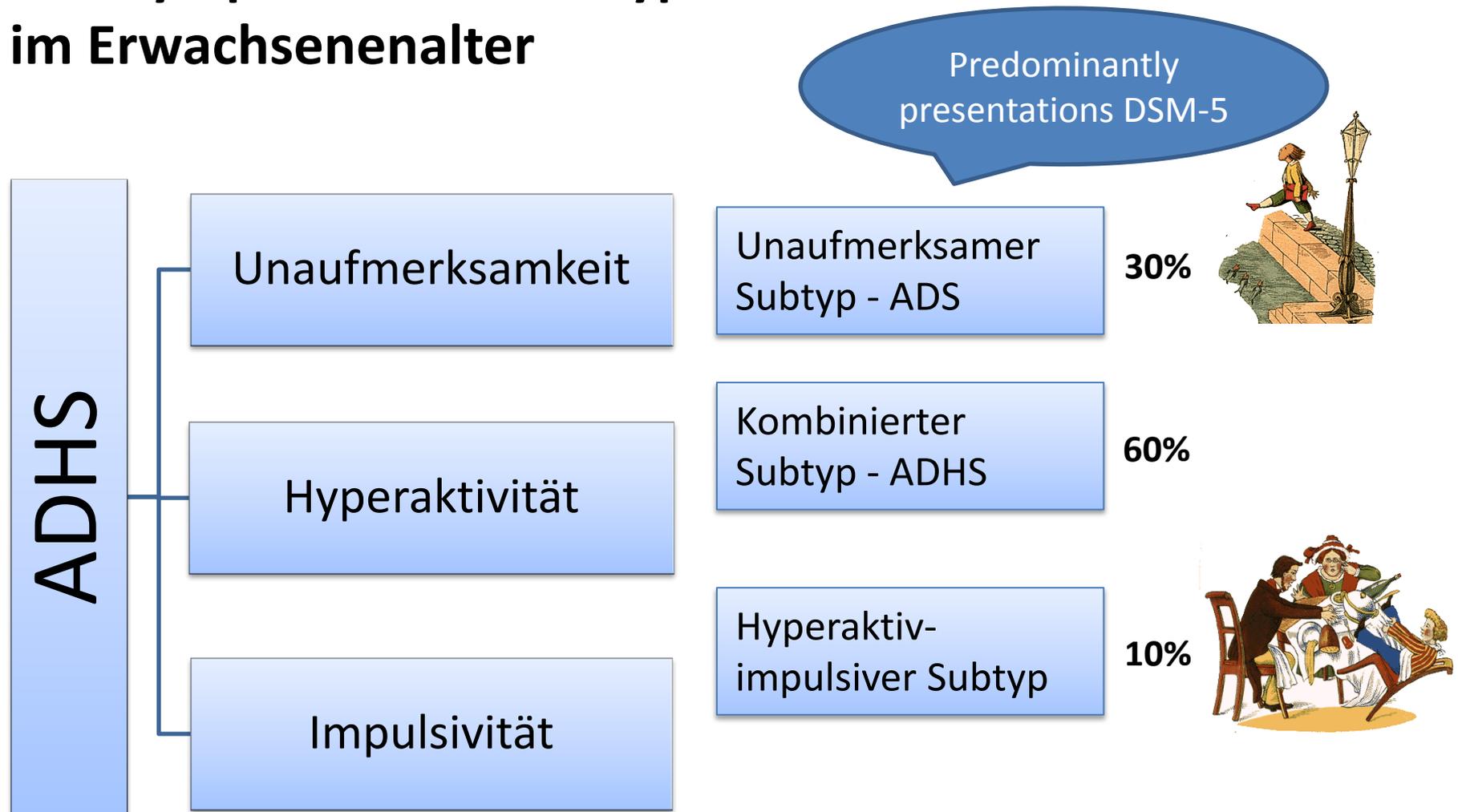
# ADHS Symptomatik seit Jahrhunderten bekannt

- **Melchior Adam Weikard (1774)** Der philosophische Arzt. Drittes Hauptstück. Seite 114. *Attentio volubilis*.
- **Still GF (1902)** The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *Lancet* 1008-1012.
- **Bradley C (1937)** The behavior of children receiving Bazedrine. *Am J Psychiatry* 94: 577-585 (D+L-Amphetaminsulfat).
- **Hill D (1947)** Amphetamine in psychopathic states. *Br J Addiction* 44: 50-54 (Erwachsene).



George Frederick Still (from the painting by Gerald Kelly, RA), Kings College Hospital NHS Trust, London

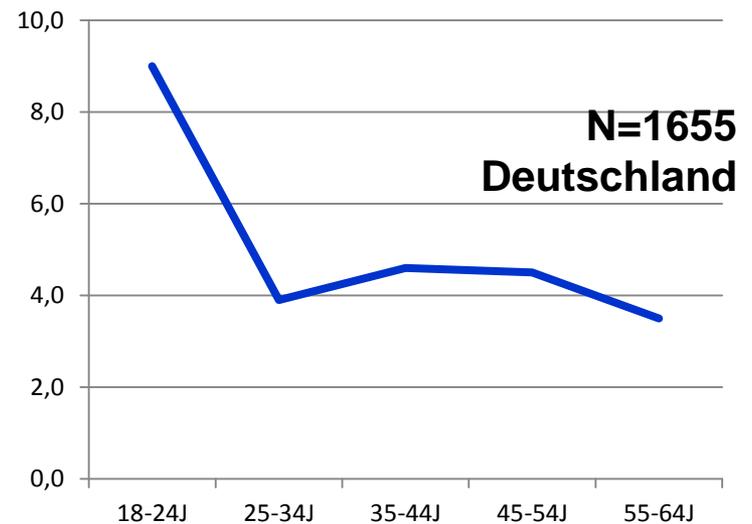
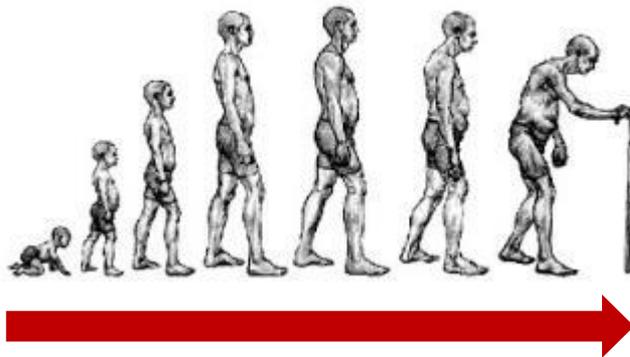
# Kernsymptome und Subtypen im Erwachsenenalter



„...wächst sich aus“

# Prävalenz im Erwachsenenalter

- Erwachsenenalter 2,5% nach DSM-5
- Geschlechtsverhältnis im Erwachsenenalter  
Männer : Frauen = 1,5 : 1
- Prävalenz ↓ im Alter

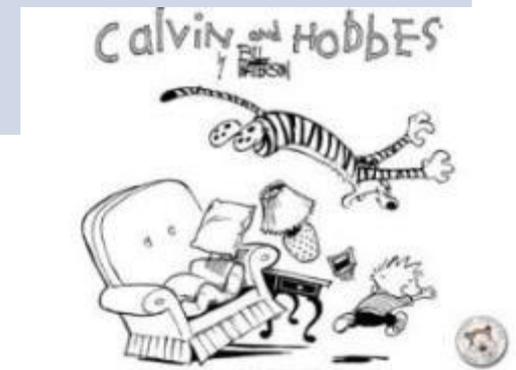


# Besonderheit im Erwachsenenalter

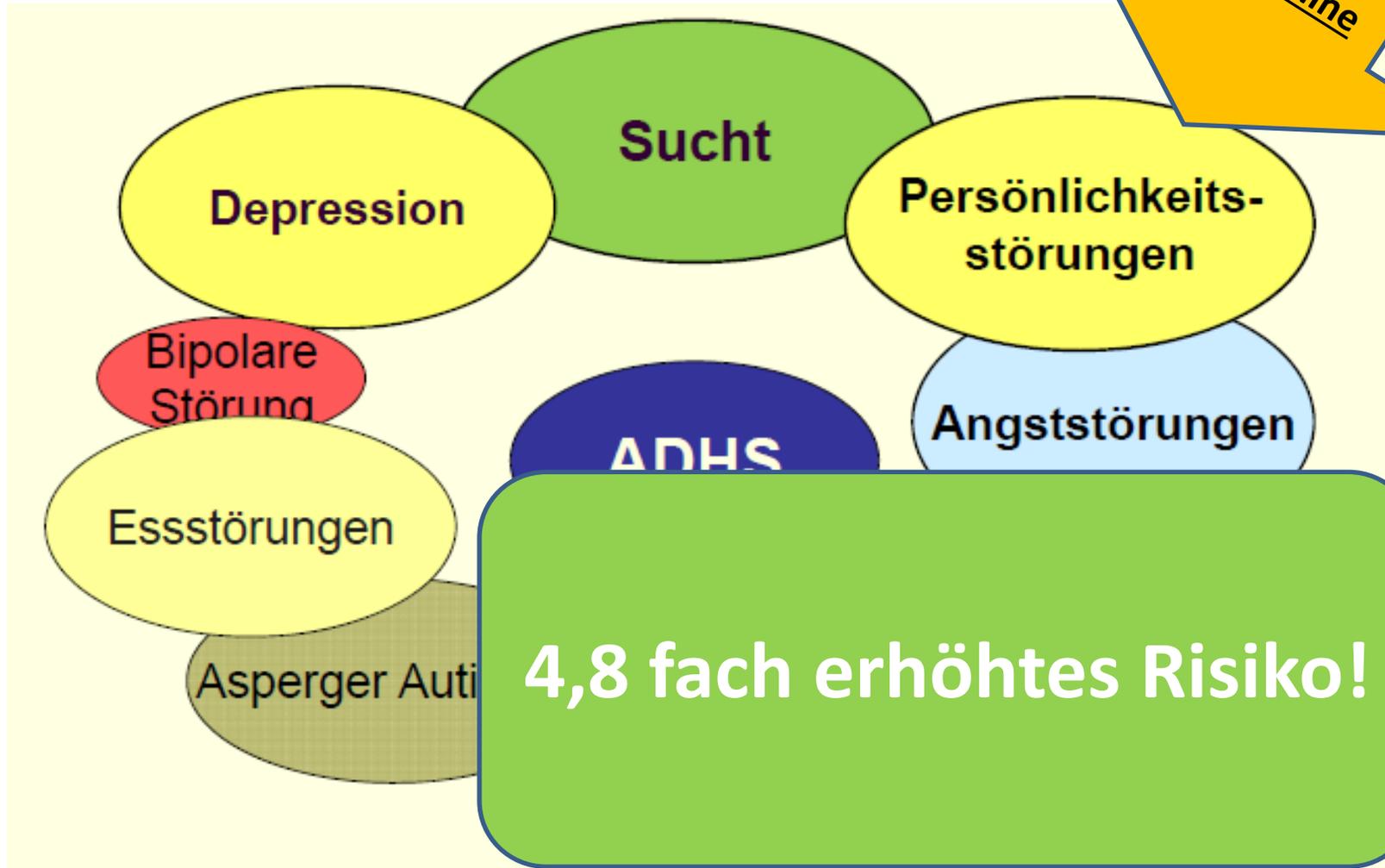
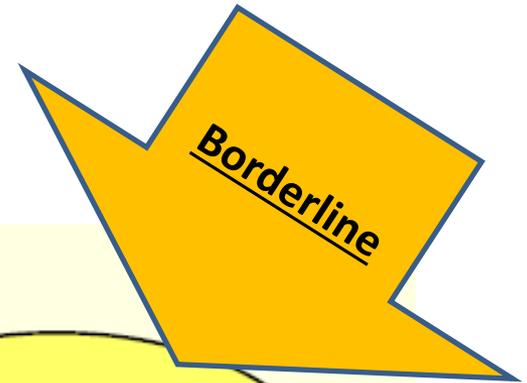
# Emotionale Instabilität

Zentrale Symptome	Akzessorische Symptome
Aufmerksamkeitsstörung	Desorganisation
Hyperaktivität	<b>emotionale Dysregulation (Labilität, mangelnde Affektkontrolle)</b>
Impulsivität	

Matthies SD, Philipsen A. Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *BPDED*, 2014; Matthies S, Philipsen A. Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)--Review of Recent Findings. *Curr Psychiatry Rep*. 2016



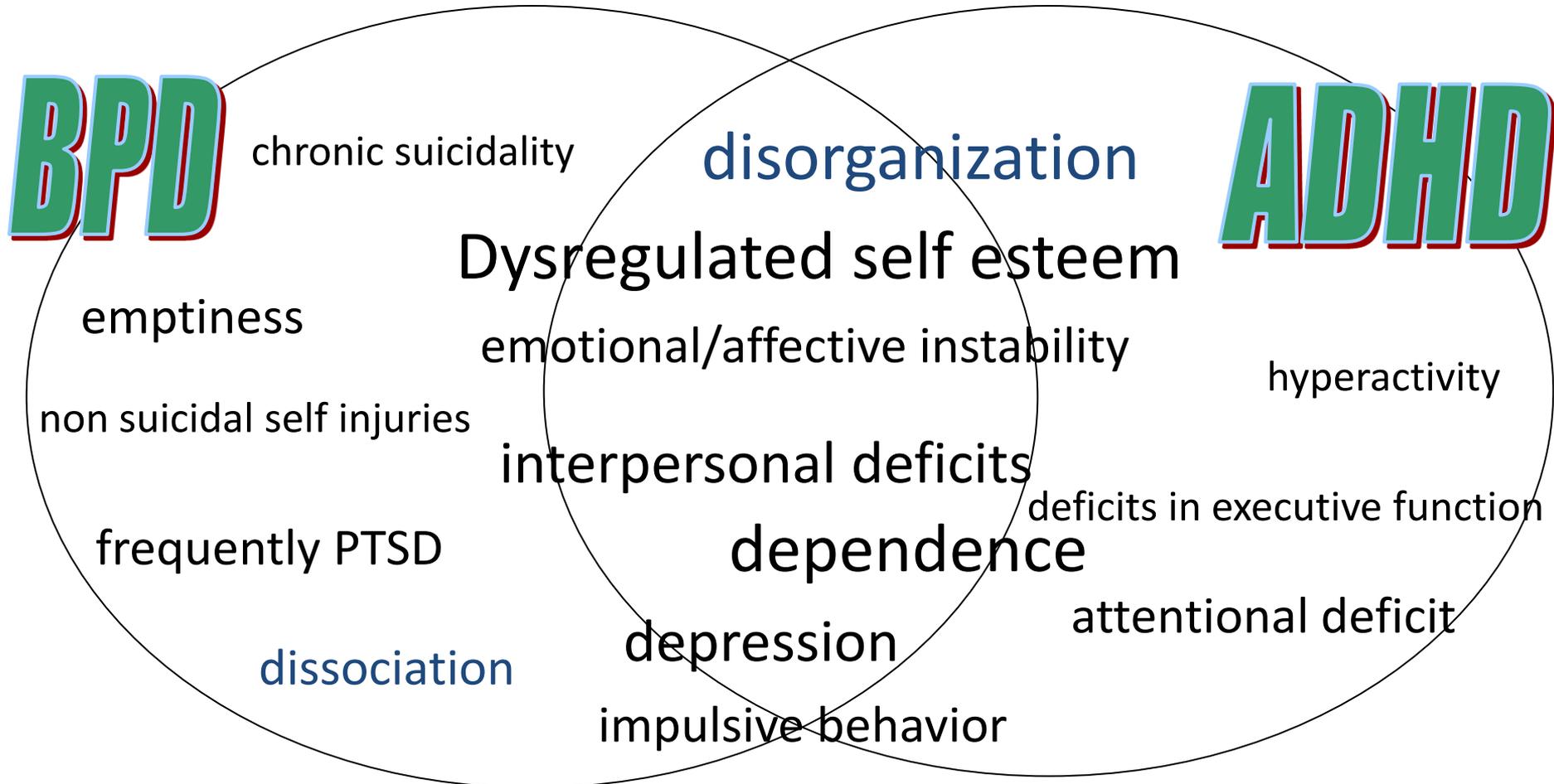
## “ADHS kommt selten allein”



# Emotionale Instabilität/Borderline

- Prävalenz 2 (-5%)
- 75% Frauen (some studies gender balance)
- 55-85% Selbstverletzungen
- 60% Suizidversuche, 10% Suizide
- Suizidrate 400-fach erhöht, junge Frauen 800-fach
- 33% der Jugendlichen, die Suizid begehen, haben Borderline Symptome
- Hohe gesundheitsökonomische Kosten (ca. 3 Milliarden € / anno Deutschland)

# Überlappende klinische Symptomatik



# Differenzierung BPS-ADHS ?

**Emotionale Instabilität**

**Selbstbild**

**Zwischenmenschliche  
Beziehungen**

**Hypersensitivität auf  
empfundene  
Zurückweisung**



**Impulsivität  
ADHS**

# Familäre Häufung ADHS und BPS

Do borderline personality disorder and attention-deficit / hyperactivity disorder co-aggregate in families? A population-based study of 2 million Swedes

*Kuja-Halkola et al. Mol Psychiatry, 2018*

	No. of individuals	Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio <sup>a</sup> (95% CI)
Within individual <sup>b</sup>	2,113,902	11.4 (10.9–11.9)	19.4 (18.6–20.4)
<i>Relatives</i>	<i>No. of pairs<sup>c</sup></i>		
Monozygotic twins	9130	5.0 (1.5–16.9)	11.2 (3.0–42.2)
Dizygotie twins	17,350	0.6 (0.1–4.7)	1.0 (0.1–7.3)
Full siblings	2,211,396	2.4 (2.2–2.6)	2.8 (2.6–3.1)
Maternal half-siblings	332,486	1.4 (1.2–1.6)	1.4 (1.2–1.7)
Paternal half-siblings	331,080	1.5 (1.3–1.6)	1.5 (1.3–1.7)
Cousins parents full siblings	6,456,848	1.4 (1.3–1.5)	1.5 (1.4–1.6)
Cousins parents maternal half-siblings	472,212	1.2 (1.0–1.4)	1.3 (1.1–1.5)
Cousins parents paternal half-siblings	466,836	1.2 (1.0–1.4)	1.2 (1.0–1.4)

Notes: 95% CI 95% confidence intervals  
<sup>a</sup>Adjusted for sex, sex of relative, birth year, birth year of relative, birth order, and birth order of relative, wherever applicable  
<sup>b</sup>Cluster-robust standard errors based on mothers as clusters  
<sup>c</sup>Number of unique ways of combining pairs, i.e., a pair may be included twice, first with A as outcome person and B as exposure person, then with B as outcome person and A as exposure person



Odds ratio of a BPD diagnosis when having an ADHD diagnosis oneself, or a relative diagnosed with ADHD

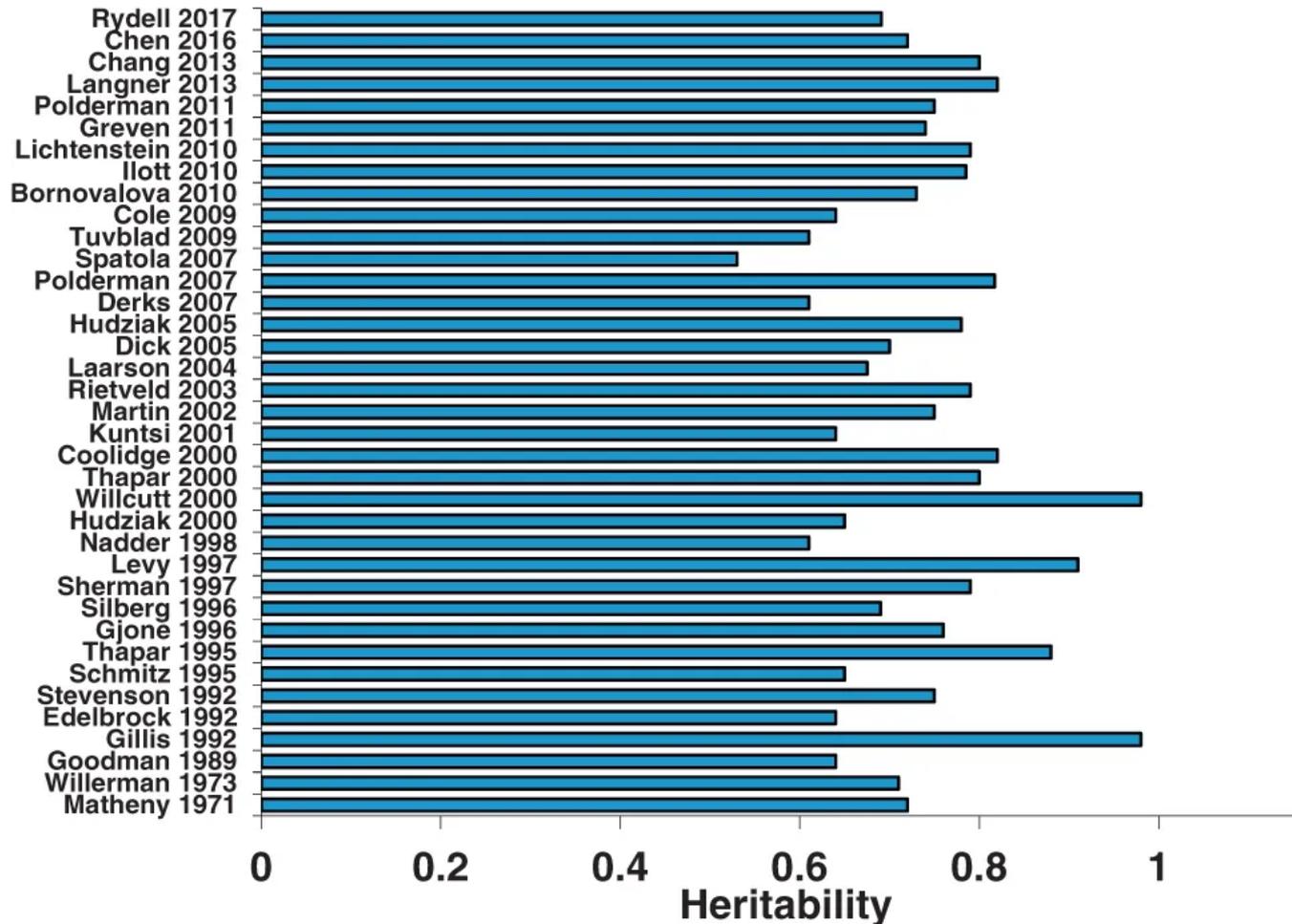
# ADHS hohe Heritabilität

MENU ▾

Molecular  
Psychiatry



From: Genetics of attention deficit hyperactivity disorder



Heritability of ADHD from twin studies of ADHD diagnoses or symptom counts

# Genetische Assoziation

## ADHS – BPS ?

*Distel et al. Am J Med. Genet B Neuropsychiatr Genet, 2014 (N=7233)*

	Number of subjects	Complete twin pairs	Mean age (range)
Monozygotic males	840	302	34.66(18.44–76.71)
Dizygotic males	435	120	34.51(18.14–78.21)
Monozygotic females	2,180	875	35.49(18.32–86.42)
Dizygotic females	1,039	347	34.85(18.37–75.89)
Dizygotic opposite sex	1,173	340	
Brothers	569	—	
Sisters	997	—	
Total	7,233	—	

ADHS und Borderline Symptome  
nach Selbsteinschätzung

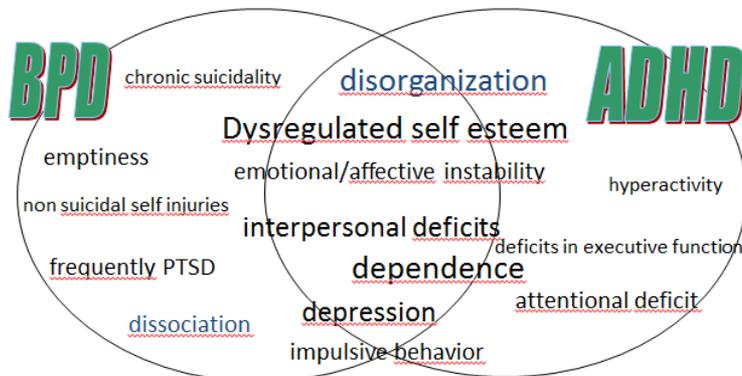
Phenotypic correlation ( $r_p$ ) 0.59

Genetic correlation 0.72

Environmental correlation 0.51

$r_p$  explained by genes 49%

$r_p$  explained by environmental factors 51%



# Weitere Prä- und perinatale Risikofaktoren

- Nikotin, Alkohol, Stress in utero
- Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht
- Umwelttoxine (z.B. Blei)
- Frühe und schwere Deprivation
- Immunologische Erkrankungen
- ..... Genexpression

*Nielsen et al., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 56(3):234-240.e1.*

*Harold et al., J Child Psychol Psychiatry. 54(10):1038-46.*

*Kennedy et al., J Child Psychol Psychiatry. 57:1113–25.*

*Momany et al. J Abnormal Child Psychol. 2017; doi: 10.1007/s10802-017-0371-9.*

# Auswirkungen auf Schwangerschaft und Erziehung ?

# Elterliches Erziehungsverhalten bei Kindern mit ADHS

- Kritisch
- Bestrafend-aggressiv
- Übersehen von funktionalem Verhalten
- Weniger supportiv
- Inkonsequent



Bei Eltern mit ADHS  
Chen & Johnston, 2007;  
Chronis-Toscano et al., 2008

## Elterntraining

Weniger effektiv bei Müttern mit ADHS

# Möglicher Circulus Vitiosus BPS

**Invalidierendes Umfeld  
als Kind**

Borderline typische Symptome  
im Jugend- und  
Erwachsenenalter

Eigenes dysfunktionales  
Erziehungsverhalten

Emotionale  
Instabilität des  
Kindes

**Verstärkung des  
dysfunktionalen  
Erziehungsverhaltens**

Feldman RE, et al. A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Compr Psychiatry*. 1999;36(2):157–63.

Gratz KL, et al. Emotion: empirical contribution: maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *J Pers Disord*. 2014;28(1):52–69.

Newman LK, et al. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(7):598–605.

Hobson RP, et al. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(2):329–47.

Hobson RP, et al. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *Br J Psychiatry*. 2009;195(4):325–30.

Schacht R, et al. The relation between mind-mindedness in mothers with borderline personality disorder and mental state understanding in their children. *Infant Child Dev*. 2013;22(1):68–84.

# Auswirkungen von BPS auf die Erziehung

## Schwangerschaft-Kleinkindalter-Kindesalter-Teenager

Frühere Schwangerschaften, Substanzkonsum, Geburtskomplikationen

Hemmung der Autonomientwicklung und Verbundenheit

↑ Depressivität, Alkohol- und Substanzkonsum, Suizidales Verhalten  
↓ Sensitivität gegenüber den Bedürfnissen und Gefühlen des Kindes  
↓ „theory of mind“

→ Risiko ↑ für inter-/externalisierende Störungen des Kindes und Teenagers

Häufiger alleinerziehend, wechselnde Partnerschaften, instabile Haushalte

# “There is not much help for mothers like me”: *Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder* – a newly developed group training program

Babette Renneberg\* and Charlotte Rosenbach

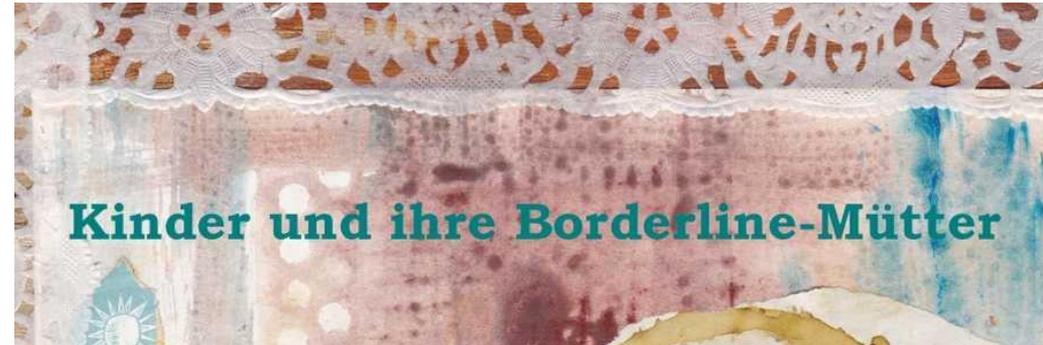
» **DBT-basiertes 12 Wochen Trainingsprogramm (à 2h)**

Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung

# Inhalte des DBT Programms

*Renneberg et al. BPDED 2016*

- » Psychoedukation
- » Achtsamkeit
- » Grundbedürfnisse des Kindes
- » Stress- und Stressmanagement
- » Struktur und Flexibilität
- » Konfliktmanagement
- » Emotionstraining
- » Körperliche Kommunikation
- » Dysfunktionale Grundannahmen gegenüber elterlichem Erziehungsverhalten
- » Selbstfürsorge



<https://www.borderline-muetter.de/cms/>

Bisher keine  
randomisierte Studie!

# Training für Behandler/innen

McCarthy et al. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*  
(2016) 3:10  
DOI 10.1186/s40479-016-0044-2

Borderline Personality Disorder  
and Emotion Dysregulation

RESEARCH ARTICLE

Open Access



## A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability

Kye L. McCarthy, Kate L. Lewis, Marianne E. Bourke and Brin F. S. Grenyer\*

### » Hürden für Behandler/innen:

- Hemmung, das Thema anzusprechen
- Unzureichende Skills für die Umsetzung

# Kernstrategien für Behandler

- » Sicherheit aller Familienmitglieder sicherstellen
- » Krisenplan für Familien
- » Kommunikationstraining – Trennung von Erziehung und Persönlichkeitsstörung
- » Skills, wie erkläre ich dem Kind eine PS
- » Mindful Parenting, Emotionserkennung schulen
- » Behandlungsadhärenz der Eltern stärken
- » Selbstvalidierung – /wirksamkeit erhöhen

# Elterntraining bei ADHS

**EFFECTS AND MECHANISMS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) IN CHILDREN AND ADULTS**



SPONSORED BY THE



Federal Ministry  
of Education  
and Research

01GV0605, 01GV0606

Randomized: n = 2 x 144



Treatment group

Control group

← 12 months →

← 12 months →

**Treatment of maternal ADHD:  
Group psychotherapy + MPH**  
12 weekly sessions, followed by 10 4-weekly sessions

**Treatment of the child's ADHD:  
Parent training**  
12 weekly sessions, + 2 booster sessions

**Treatment of maternal ADHD:  
Clinical management**  
12 weekly sessions, followed by 10 4-weekly sessions

**Treatment of the child's ADHD:  
Parent training**  
12 weekly sessions, + 2 booster sessions

**T1: week 0  
Baseline**

t2 – week 8 minivisit

**T2: week 13**  
After 12 sessions of treatment of the mothers and before parent training

t3 – week 21 minivisit

**T3: week 26**  
After 12 sessions of parent training

t4 – week 40 minivisit

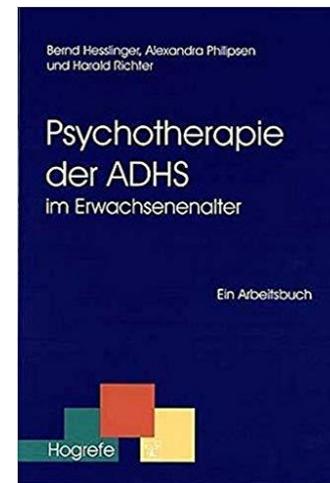
**T4: week 52**  
Follow-up: 12 months from baseline

**T5: week 104**  
Follow-up: 24 months from baseline

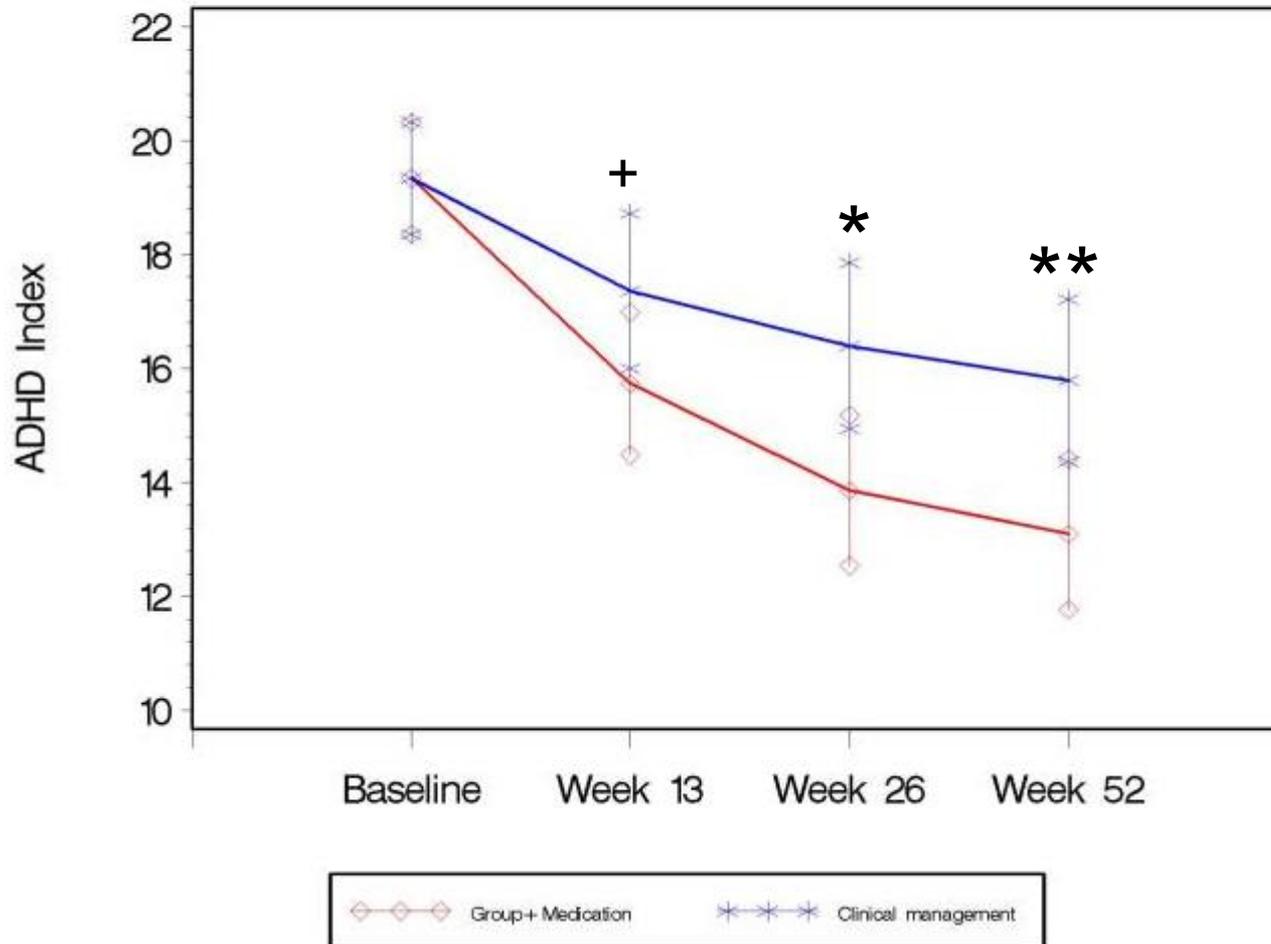


# DBT basiertes Gruppenprogramm

- Validierung – Commitment / Veränderung
- Skills
  - Achtsamkeit
  - Emotionsregulation
  - Stressmanagement
  - Soziale Fertigkeiten
  
- Hausaufgaben, Skillschart, schriftliche Materialien, sehr strukturiert und modular
- 2-h Sitzungen mit 15-20 Min. Pause



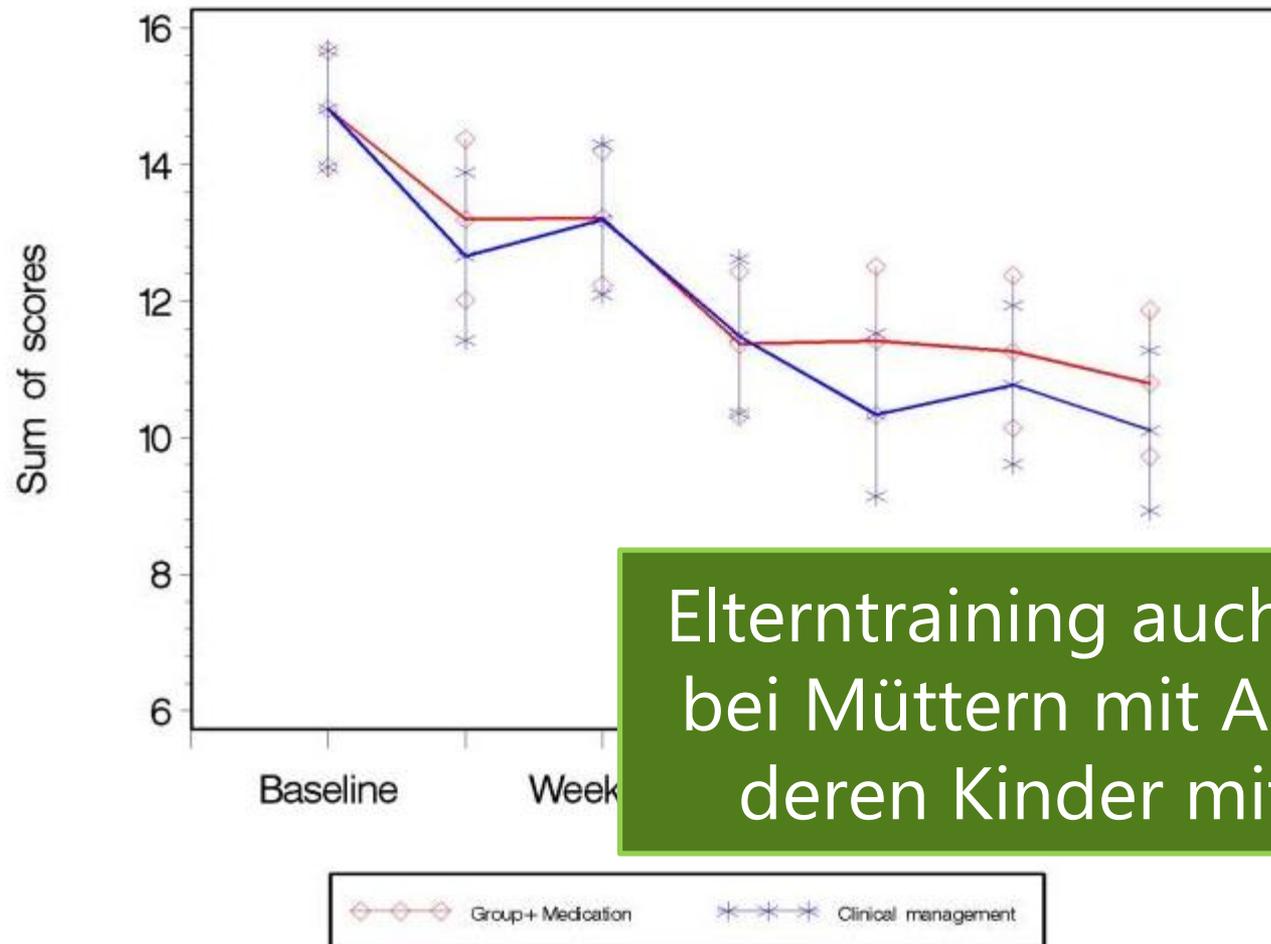
# Mütter Outcome: ADHD - Index 12 Items, N=143, LMCF



+ p < .1  
\* p < .05  
\*\* p < .01

# Kinder Outcome: ADHD-ODD

## 26 Items, N=143, LMCF



Elternteraining auch wirksam  
bei Müttern mit ADHS und  
deren Kinder mit ADHS



# Vielen Dank!



# Unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Verlauf des Lebens – vom entwickelnden Gehirn bis ins höhere Lebensalter

Univ.-Prof. Dr. med. Julia Stingl

# Arzneimittel während der Schwangerschaft

erwünschte oder unerwünschte  
pharmakologische Wirkung

- auf die Placenta
- direkt auf das Kind



in utero



post partum

**direkte Störungen in der  
Entwicklung des Kindes**



# Arzneimittel in der Schwangerschaft

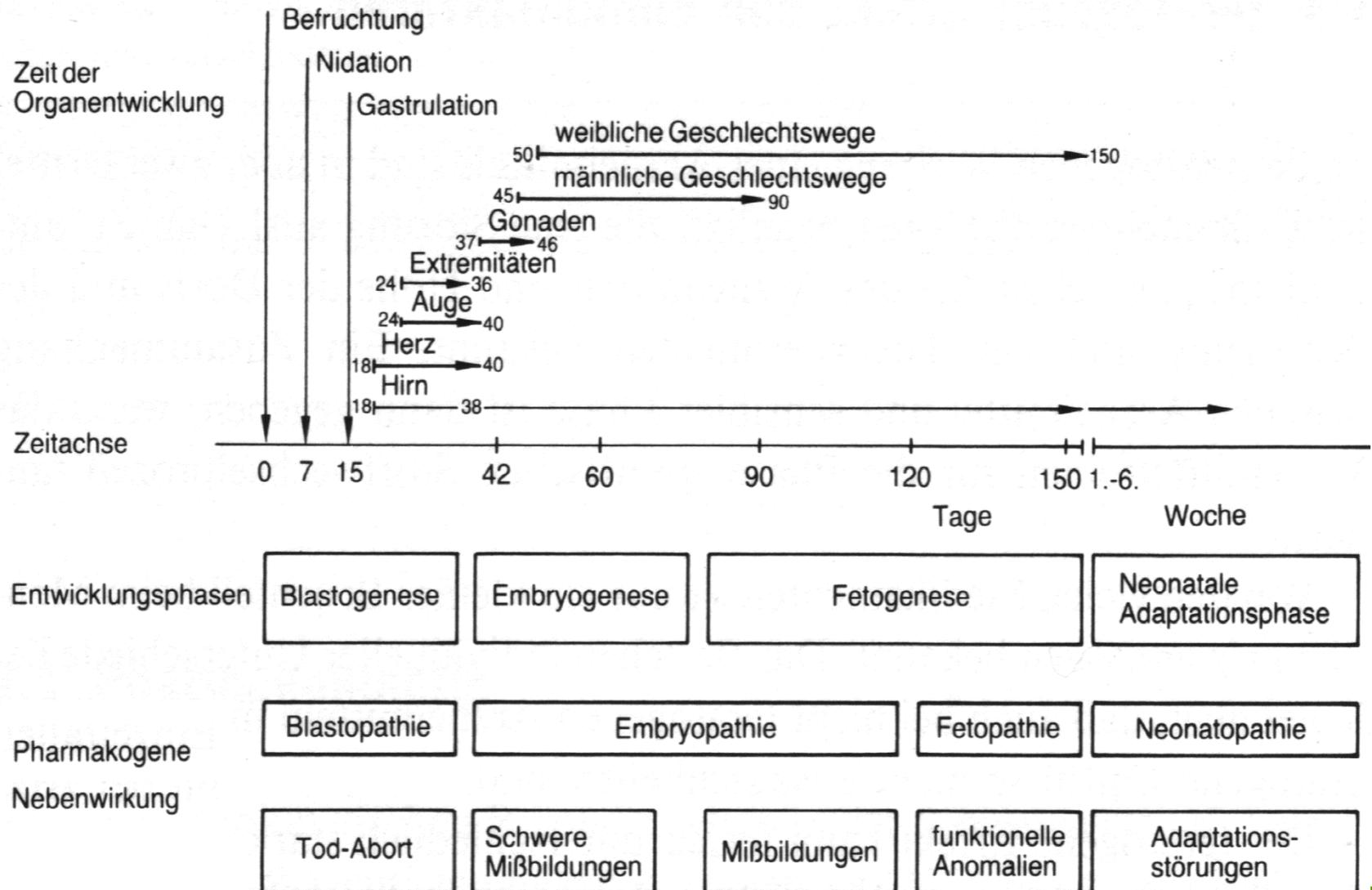
Fast alle Schwangere nehmen Arzneimittel ein

Anzahl Arzneimittel	Schwangere [%]
0	15,2
1	7,3
2	9,5
3	13,5
4	14,8
5	13,3
6	9,1

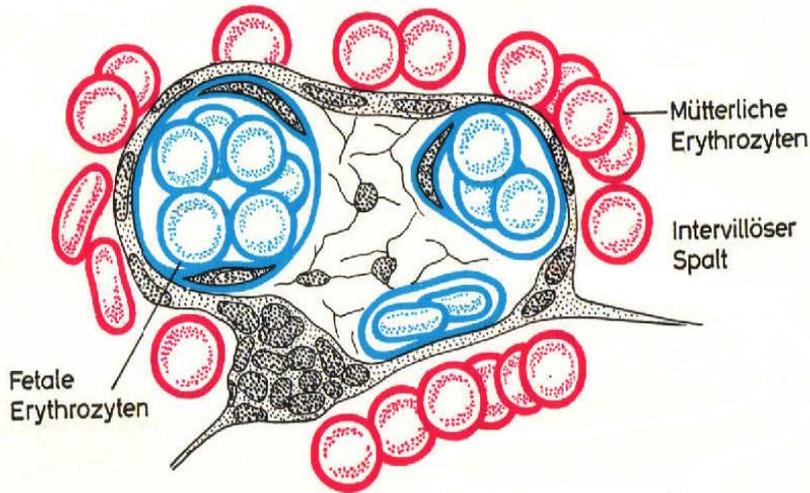
Irl C, Kipferler P, Hasford J; PEGASUS-project.  
Pharmacoepidemiol Drug Saf. 1997

- Mineralstoffe
- Jodid
- Eisen
- Folsäure
- Magen-Darm-Mitte
- Gynäkologische Antiinfektiva
- Husten-und Erkältungspräparate
- Analgetika
- Antibiotika
- ....

# Schädigungsmuster beim Kind



# Placenta: Verbindung und Barriere



Plazenta: Versorgung des Kindes  
Passage von Arzneimitteln durch  
Diffusion und aktiven Transport  
Für die meisten Arzneistoffe  
durchlässig

**Ausmaß und Geschwindigkeit des Arzneistofftransfers ist abhängig von:**

- Durchblutung der Placenta
- Aktiven Transport
- Lipophilie des Arzneistoffs
- Molaren Masse des Arzneistoffs
- Proteinbindung des Arzneistoffs

# Drugs during pregnancy

- Citalopram penetration into amnionic fluid

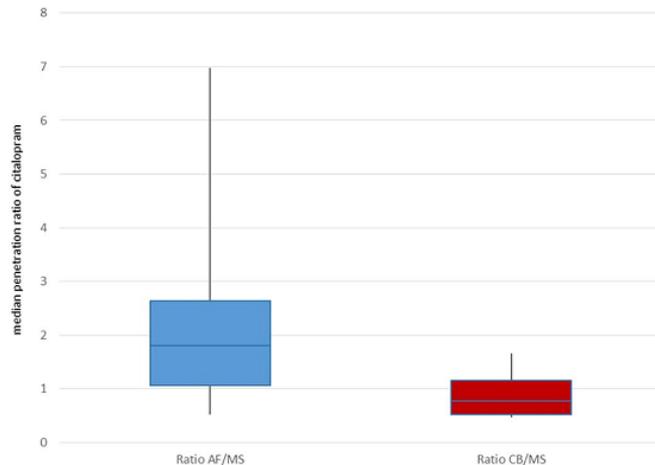
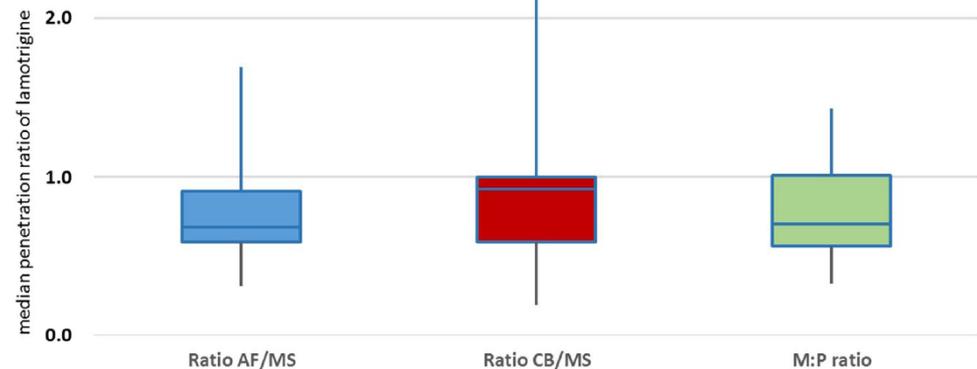


Fig. 1. Boxplot of the penetration ratios into amniotic fluid (left), n = 9, median 1.8, Q1: 1.07, Q3: 2.64, range 0.52–6.97, and into the fetal circulation (right), n = 12, median 0.78, Q1: 0.52, Q3: 1.16, range: 0.46–1.66.

- Lamotrigine penetration into amnionic fluid, umbilical cord, breast milk

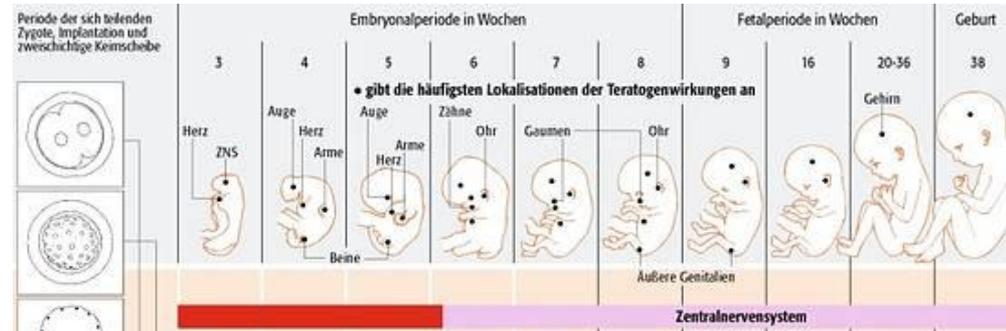


Paulzen M, Stingl JC, Augustin M, Saßmannshausen H, Franz C, Gründer G, Schoretsanitis G. Comprehensive Measurements of Intrauterine and Postnatal Exposure to Lamotrigine. Clin Pharmacokinet. 2018 Sep 25. doi: 10.1007/s40262-018-0713-y.

Michael Paulzen, Tamme W. Goecke, Julia C. Stingl, Geer Janssen, Elmar Stickeler, Gerhard Gründer, Georgios Schoretsanitis. Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry 79 (2017) 213–219

# Risiken für UAW auf Neurodevelopment

Exposition/Toxizität/Zeitspanne



Während vulnerabler Entwicklungsphasen

Exposition und Biotransformation im fetalen/neonatalen Gehirn

Effekte auf Neurogenese: Progenitorzellen, Proliferation, Neuronale Migration, Neuritenwachstum

# Animal research on behavioral effects of antenatal drug exposure

- Few studies, but predictive value of animal models for adverse effects higher than for clinical efficacy (Zucker, *Neurosci and Behavior Rev* 2017; 77: 107-121)

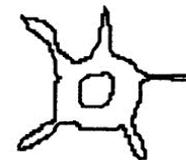
**Table 1**  
Behavioral effects of antenatal exposure to antidepressants and anxiolytics.

Drug	FDA approval date	Human data	Selected References	Rodent data	Selected References
Fluoxetine	1987	ASD; depression	Malm et al. (2016), Croen et al. (2011), Eriksson et al. (2012), Boukhris et al. (2015), Gidaya et al. (2014), Man et al. (2015), Alwan et al. (2016), Brown et al. (2016).	Increased anxiety; decreased social behavior	Zimmerberg and Germeyan (2015), Rodriguez-Portel et al. (2011), Ko et al. (2014), Olivier et al. (2011), Smit-Rigter et al. (2012), Vorhees et al. (1994), Ansgore et al. (2008), Svirsky et al. (2016), Zohar et al. (2016), Schaefer et al. (2013), Maciag et al. (2006), Harris et al. (2012), Rodriguez-Portel et al. (2011), Ansgore et al. (2008), Sprowles et al. (2016).
Citalopram	1998	-	-	Cognitive deficits; depression; ASD-like symptoms; decreased male sex behavior	Bourke et al. (2013), Ehrlich et al. (2015), Glover et al. (2015), Coleman et al. (1999), Christensen et al. (2000), Singh et al. (2015).
Escitalopram	2002	-	-	Normal behavior	Kumari et al. (2014); CDER 21-992.
Paroxetine	1992	-	-	Mostly normal behavior except increased depression	Rodriguez-Portel et al. (2011), Su et al. (2007), FDA, NDA 21-427
Venlafaxine	1993	Mostly normal behavior but more internalizing	Nulman et al. (2012).	Increased anxiety; stereotypy	No deficits
Desvenlafaxine	2008	-	-	Normal behavior, both increases and decreases in anxiety	Decreased exploration; decreased social behavior
Bupropion	1985	ADHD	Figuroa (2010);	Hyperactivity; increased social behavior	Hypoactivity; impaired memory as juveniles but not as
Duloxetine	2004	-	-	Increased locomotor activity with decreased habituation; learning deficits	FDA document
Levomilnacipran	2013	-	-	No deficits	Coyle and Singer (1975), Drago et al. (1985)
Imipramine	1984	-	-	Decreased exploration; decreased social behavior	Sahoo et al. (2010)
Mirtazapine	1996	-	-	Hypoactivity; impaired memory as juveniles but not as	

# Drug exposure and neurodevelopment:

- **Differentiating neuronal stem cells**

- Characterization of metabolic activity in neuronal stem cells
- Developing phenotypes of neurogenesis in cell differentiation models
- Testing influences of drugs on neurodevelopment



**EFRE.NRW**  
Investitionen in Wachstum  
und Beschäftigung

**Leitmarktwettbewerb  
LifeSciences.NRW**



**EUROPÄISCHE UNION**  
Investition in unsere Zukunft  
Europäischer Fonds  
für regionale Entwicklung

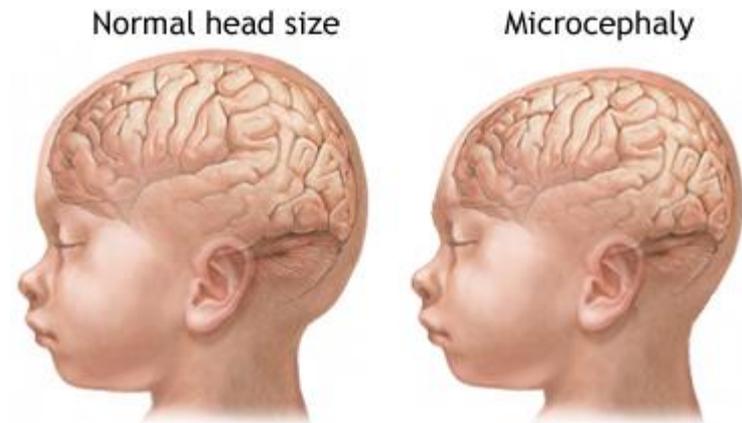
**Titel des Projektes: Standardisierte und integrierte Verfahren zur personalisierten stammzellbasierten Wirkstoffprädiktion mittels reprogrammierter Blutzellen**

**Kurzbezeichnung: StemCellFactory III**

**Konsortium Bonn, Aachen:  
(2017-2019)**

# Background: Zika Virus (ZIKV)

- Transmitted primarily by *Aedes* mosquitoes
- Can be a cause of microcephaly and Guillan-Barré-Syndrome
- Mechanisms not understood
- No therapy available



<https://harvardneuro.wordpress.com/2016/01/30/zika-virus-from-mosquito-bites-to-locating-centrosomes/>

# Toxic effects on neurogenesis

## Zika virus infection and effects on Neurogenesis in human stem cells

PHD Project:  
D. Tabari

PEI, Langen  
Prof. E. Hildt  
UKB Institut für rek. Neurobiol  
Prof. O. Brüstle  
Dr. A. Till

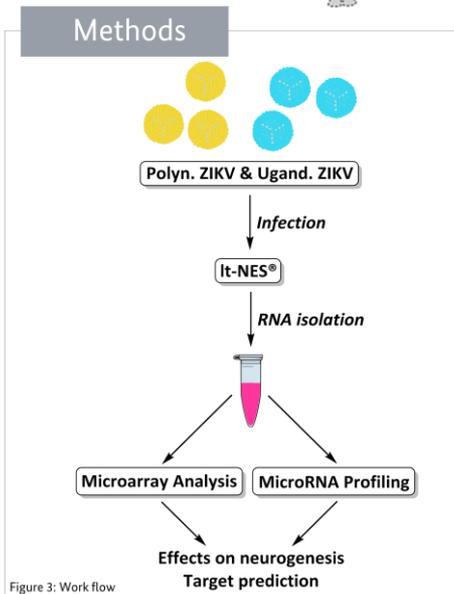
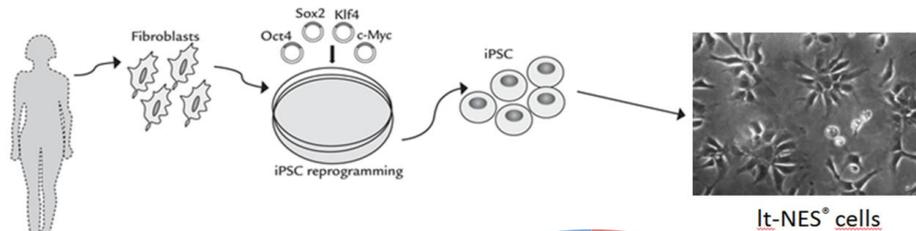
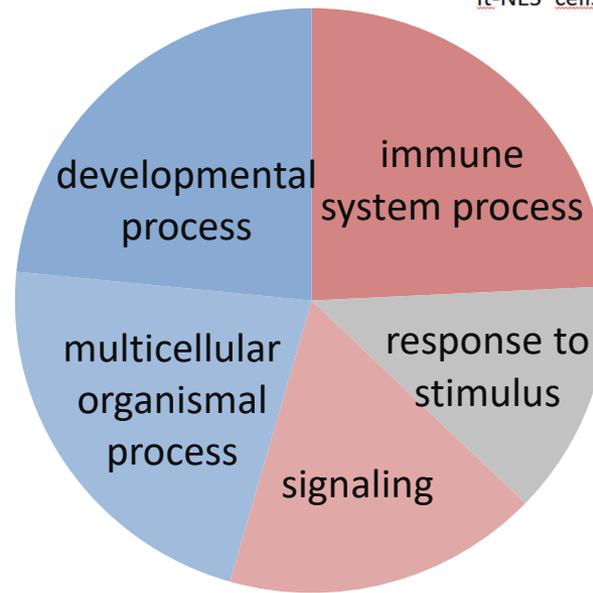


Figure 3: Work flow



Gene Ontology  
Analysis

Deregulated Genes:  
Ugand. & Polyn.  
ZIKV

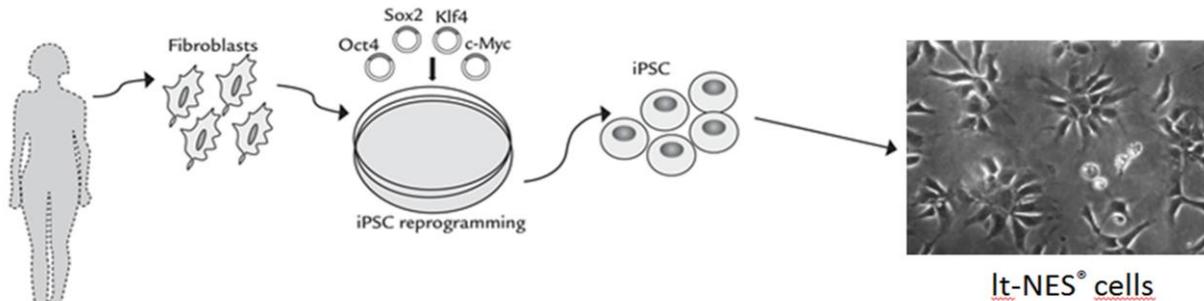
D. Tabari<sup>1</sup>, C. Scholl<sup>1</sup>, M. Steffens<sup>1</sup>, E. Hildt<sup>2</sup>, J. Stingl<sup>1</sup>

# Drug effects on neurogenesis

## Drug effects on differentiation of human stem cells

PHD Project:  
M. Hajo

UKB Institut für rek.  
Neurobiol  
Prof. O. Brüstle  
Dr. A. Till



### Methods

Incubation with  
CNS  
drugs/metabolites

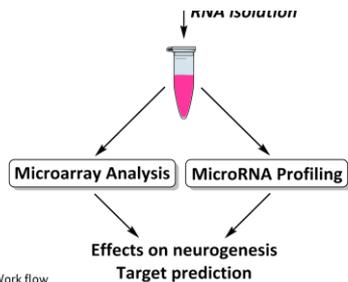


Figure 3: Work flow



Gene Ontology Analysis

Gene expression

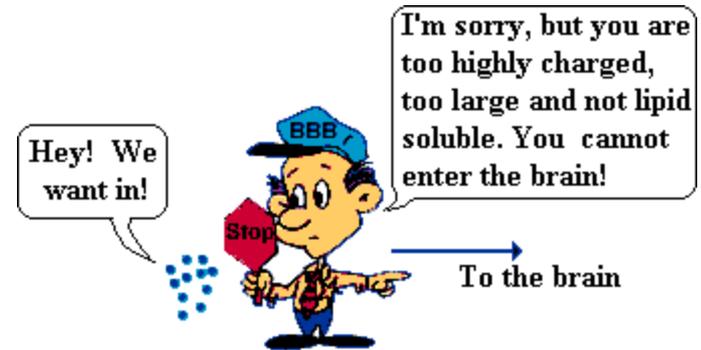
Cell proliferation

Cell differentiation



# CNS: Target organ and vulnerability site in drug therapy

- Deep compartment
- Blood brain barrier
- Elimination difficult
- Brain local metabolism



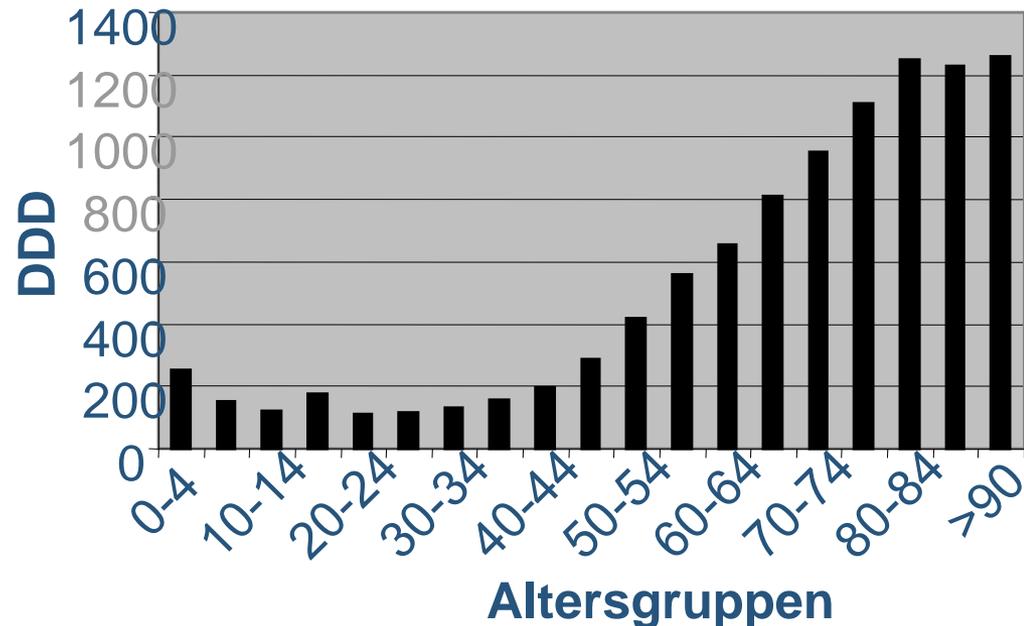
➔ Severe adverse drug effects

➔ off-target activities of metabolites

- BIA 10-2474: **off-target effect**: inhibition of lipid hydrolases within neuronal cells (van Esbroeck et al., Science 2017: 356, 1084-879)

- Nierenleistung sinkt
- Körperfett/ Wasser Quotient steigt
- Compliance ?
- Mobilität sinkt
- Multimorbidität
- Medikamenteninteraktionen
- Polypharmazie

→ Erhöhtes Risiko für  
UAWs, niedrigere  
Dosierung



## Die häufigsten Krankheitsbilder im Alter:

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Diabetes und metabolisches Syndrom
- Psychiatrische Erkrankungen
- gastrointestinale Erkrankungen
- Obstruktive Lungenerkrankungen
- Ophthalmologische Erkrankungen (Glaucom)
- Infektionen
- Neoplasien



## Die häufigsten Krankheitsbilder im Alter:

- Herz-Kreislaufkrankungen ~ 7 Medikamente
- Diabetes und metabolisches Syndrom ~ 2 Medikamente
- Psychiatrische Erkrankungen ~ 3 Medikamente
- gastrointestinale Erkrankungen ~ 2 Medikamente
- Obstruktive Lungenerkrankungen ~ 2 Medikamente
- Ophthalmologische Erkrankungen (Glaucom) ~ 1 Medikament
- Infektionen ~ 2 Medikamente
- Neoplasien ~ 5 Medikamente

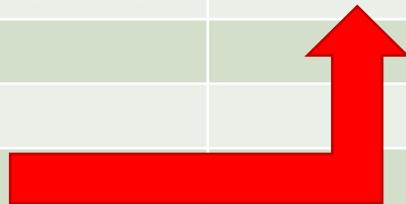
....Σ 24 Medikamente

# Nicht als solche erkannte Arzneimittelnebenwirkungen und deren Ursachen

Verwirrheitszustände	Depression	Stürze	Obstipation	Inkontinenz	Parkinsonismus
Hypnotika	Methyldopa	Hypnotika	Codein	Schleifendiuretika	Antipsychotika
Tranquilizer	Reserpin	Tranquilizer	Diuretika	Hypnotika	Methyldopa
Antidepressiva	β-Blocker	Antidepressiva	zentral wirksame Analgetika	Tranquilizer	Metoclopramid
Antipsychotika	Tranquilizer	Antipsychotika	Ca-Antagonisten	Antipsychotika	
Anticholinergika	L-Dopa	Antiepileptika	Antidepressiva	β-Blocker	
NSAIDs	Kortikosteroide		Antipsychotika	Lithium	
L-Dopa					
Bromocriptin					
Antidiabetika					
Kortikosteroide					
Digitalisglykoside					
Antikonvulsiva					
Cimetidin					

# Nicht als solche erkannte Arzneimittelnebenwirkungen und deren Ursachen

Verwirrheitszustände	Depression	Stürze	Obstipation	Inkontinenz	Parkinsonismus
Hypnotika	Methyldopa	Hypnotika	Codein	Schleifendiuretika	Antipsychotika
Tranquilizer	Reserpin	Tranquilizer	Diuretika	Hypnotika	Methyldopa
Antidepressiva	β-Blocker	Antidepressiva	zentral wirksame Analgetika	Tranquilizer	Metoclopramid
Antipsychotika	Tranquilizer	Antipsychotika	Ca-Antagonisten	Antipsychotika	
Anticholinergika	L-Dopa	Antiepileptika	Antidepressiva	β-Blocker	
NSAIDs	Kortikosteroide		Antipsychotika	Lithium	
L-Dopa					
Bromocriptin					
Antidiabetika					
Kortikosteroide					
Digitalisglykoside					
Antikonvulsiva					
Cimetidin					



# Unerwünschte Arzneimittelwirkungen in Notaufnahmen und Psychopharmaka



1. In 33% der n=2215 UAW-Fälle wurden Psychopharmaka eingenommen

2. Am häufigsten (54% der Fälle) Antidepressiva

3. Patienten mit UAW-Fällen mit Psychopharmaka

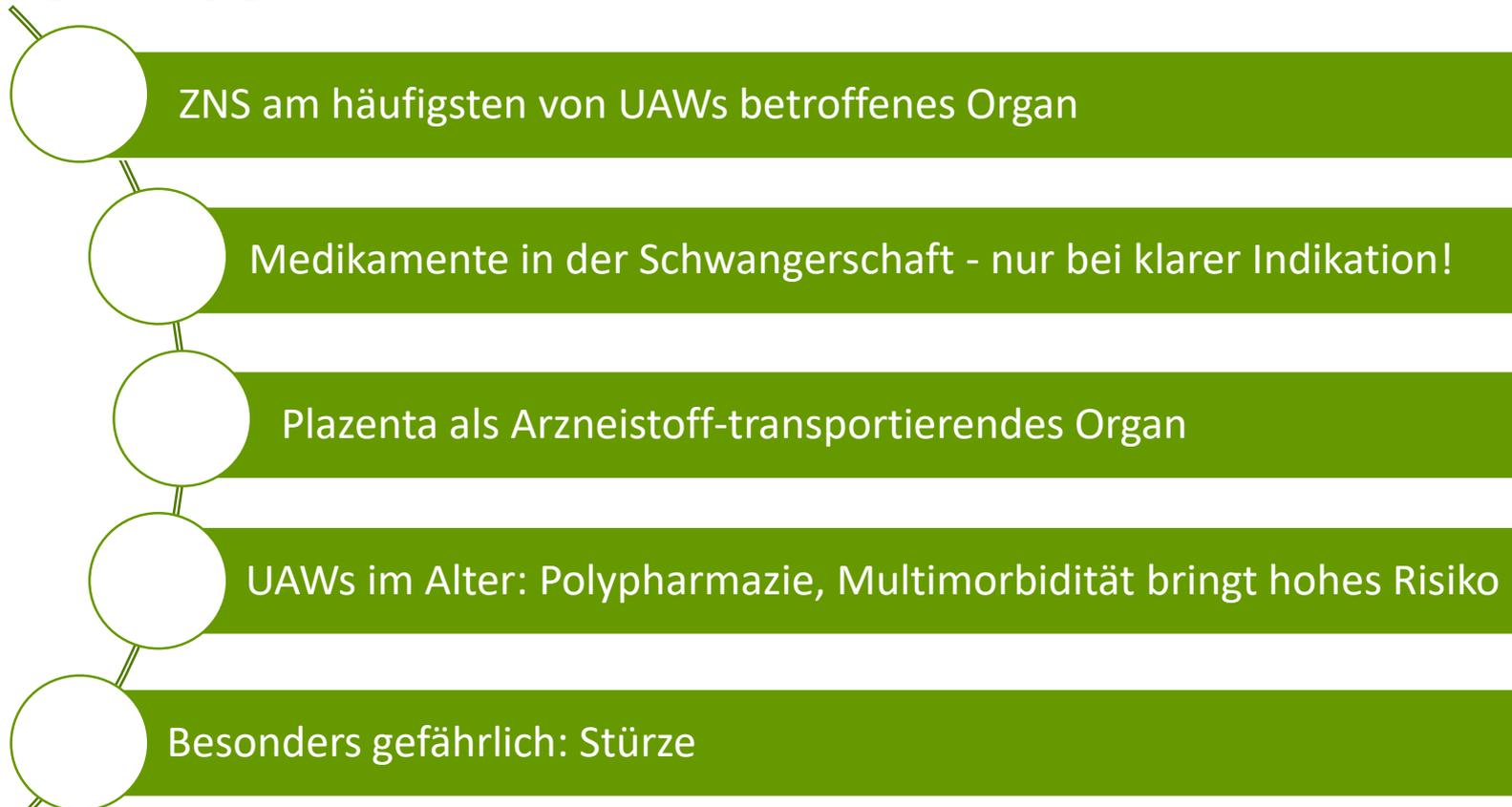
- älter (75J),
- weiblich,
- polypharmaziert (n=9)



4. UAW „Sturz“, „Synkope“

- Psychopharmakaeinnahme häufiger: Psychopharmaka oft (43%) als ursächlich verdächtigt (nur 13% in Gesamt UAW)

# Unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf Mental Health



## Links und Adressen

- Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie Berlin
- <http://www.reprotox.de>
- <http://www.frauen-und-psychiatrie.de> Uniklinik RWTH Aachen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

# Was ist denn schon normal – bei Kindern und Jugendlichen?

*Prof. Dr. med. Judith Sinzig*

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie, LVR-Klinik Bonn

# Normalität



# Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

(KIGGS-Studie, 2018)

# 20 %

Jungen > Mädchen

niedriger > höherer ökonomischer Status

# Epidemiologische Längsschnittstudien zur Gesamtprävalenz und –persistenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Autoren	Name der Studie, Studienort	N	Alter in Jahren	Prävalenzrate
Anderson et al. (1987), Mc Gee et al. (1990), Feehan et al. (1994), Newman et al. (1996)	Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, Dunedin, Neuseeland	792	11, 15, 18, 21	28,8 (17,6 – 40,4)
Esser et al. (1990, 1992, 2000), Ihle et al. (2000)	Kurpfalzerhebung Study Mannheim Deutschland	399	8, 13, 18, 25	17,1 (16,2 – 18,4)
Costello et al (1988, 1993)	Pennsylvania, USA	300	7-11, 12-18	24,3 (22 – 26,6)
Richman et al (1982)	London, Großbritannien	212	3, 8	23,9 (22,3 – 25,5)
Rutter et al. (1970), Graham & Rutter (1973)	Isle of Wight Studies, Isle of Wight, Großbritannien	2199	10-11, 14-15	13,9 (6,8 – 21,0)
Velez et al. (1989), Cohen et al. (1993a, 1993b)	New York Child Longitudinal Study, New York State, USA	776	9-18	11-20 (15,8 – 17,7)

# Diagnosen-, Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

(Esser et al., 1996)

Alter (m/w)	8 Jahre (n=216)	13 Jahre (n=191)	18 Jahre (n=181)
Emotionale Störungen	6.0 (7/5)	5.8 (8/3)	7.2 (5/10)
Dissoziale Störungen	1.8 (4/0)	8.4 (9/7)	6.6 (9/4)
Hyperkinetische Störungen	4.2 (8/0)	1.6 (3/0)	1.1 (1/1)
Andere	4.2 (3/6)	2.1 (1/3)	1.1 (0/2)

# Krankheitsverlauf beeinflusst wovon:

- Genetische Faktoren
- Risikofaktoren
- Protektive Faktoren
- Eigengesetzlichkeit der Erkrankung
- Entwicklungsfaktoren
- Alter und Geschlecht
- Therapeutische Einwirkungen
- Zufällige Einwirkungen

# **Multiaxiales kategoriales Klassifikationssystem**

<b>Achse I</b>	<b>Klinisch psychiatrisches Syndrom</b>
<b>Achse II</b>	<b>Umschriebene Entwicklungsstörungen</b>
<b>Achse III</b>	<b>Intelligenzniveau</b>
<b>Achse IV</b>	<b>Körperliche Symptomatik</b>
<b>Achse V</b>	<b>Aktuelle assoziierte abnorme psychosoziale Umstände</b>
<b>Achse VI</b>	<b>Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung</b>

# Entwicklung



# Psychopathologie

Patient verhält sich in der Untersuchungssituation offen und antwortet adäquat auf die ihm gestellten Fragen. In der Untersuchungssituation fallen ... auf. Anamnestisch wird berichtet von ... (ggfs. durch, ggfs. in der Schule bzw. zu Hause). Kein Anhalt für Interaktionsstörungen, Störungen der Psychomotorik, Aufmerksamkeit oder Affektivität, kein Anhalt für Störungen des Sozialverhaltens, kein Anhalt für Angst, Zwangs- oder Essstörungen, somatoforme Störungen, inhaltliche oder formale Denkstörungen, Wahnphänomene, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken oder –handlungen.

# Bedeutsame Symptome des Kindesalters (8 Jahre) zur Vorhersage psychischer Störungen des jungen Erwachsenenalters 25 Jahre (n = 321) (Esser et al., 1996)

	Odds ratio	P
Disziplinstörungen in der Schule	4.4	<.001
Wutanfälle	2.4	<.01
Schulschwänzen	7.4	<.01
Mutismus	7.4	<.01
Enkopresis	6.3	<.05
Ablenkbarkeit	1.9	<.05
Allgemeine Ängstlichkeit	1.8	<.05
Depressive Verstimmung	2.1	<.05
Hyperkinetisches Verhalten	1.7	<.05

# Verlauf spezifischer Störungen (Gesundung nach ca. 5 Jahren)

	Mit Behandlung	Ohne Behandlung
Suchterkrankung	50 %	10 %
Angststörungen		
- Phobien	90 %	50-80 %
- GAS ?	30-70 %	20 %
- Panikstörung/ Agoraphobie	?	50 %
- Trennungsangst	50-100 %	10-80 %
- Sonstige Ängste	70 %	30 %
Anorexie	30-70 %	0-20 %

# Verlauf spezifischer Störungen (Gesundung nach ca. 5 Jahren)

	Mit Behandlung	Ohne Behandlung
Autismus	0-30 %	0-10%
Depression	50-100 %	0-80 %
Enkopresis	50-80 %	0-80 %
Enuresis	60 – 100 %	70-80 %
Mutismus	50 %	30 %
Stg. d. Sozialverhaltens	30-70 %	10-50 %
Stottern	?	75-80 %
Tic-Störung	30-70 %	5-70 %
Zwangsstörung	50-80 %	10-40 %

# Mögliche Klassifikation unter Verlaufsaspekt (Remschmidt&Schmidt)

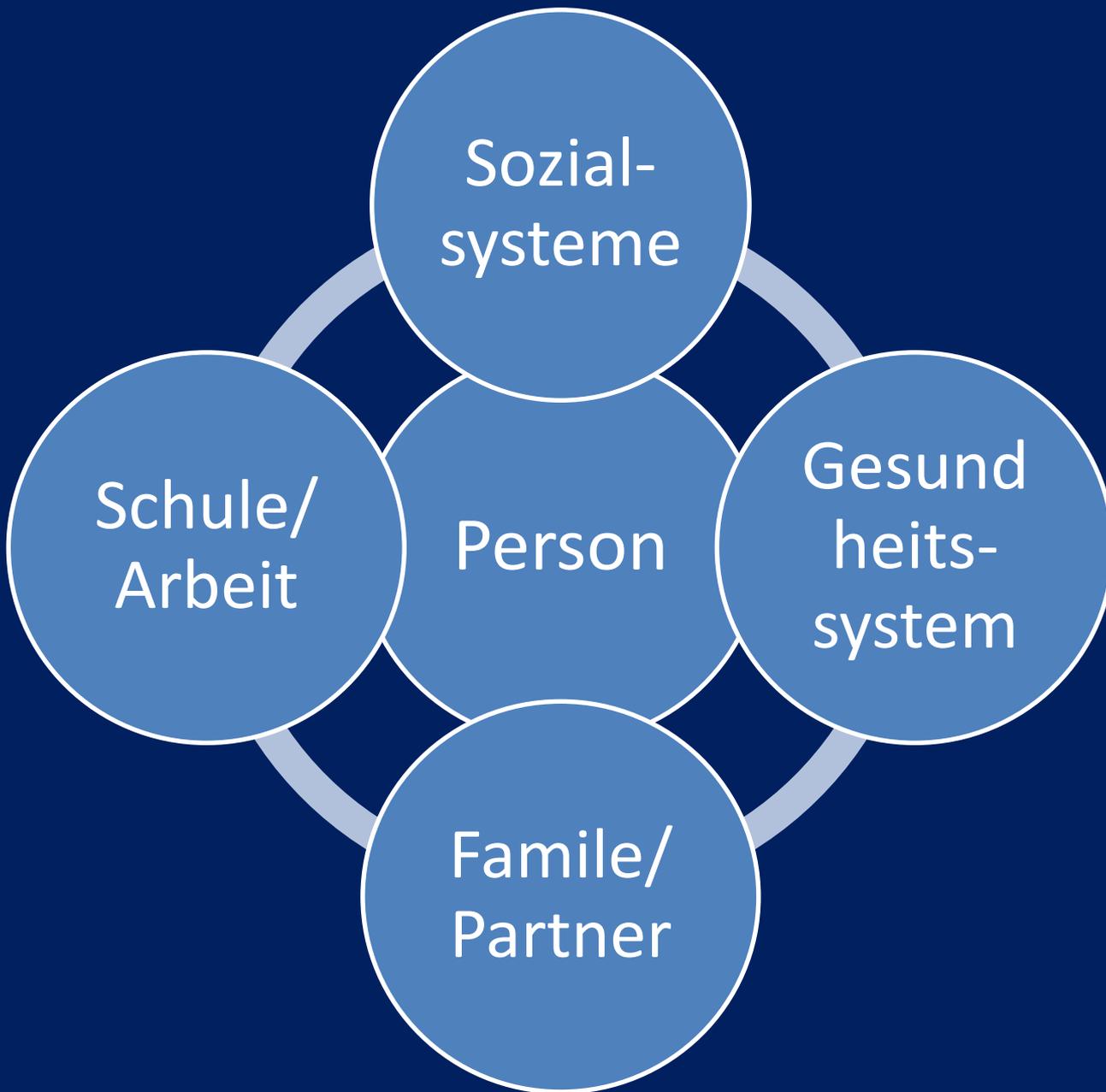
Störungsgruppe	Beispiel
Verhaltensvarianten und Belastungsreaktionen	Anpassungsstörung, akute Belastungsreaktion
Früh beginnende Störungen mit überdauernder Beeinträchtigung	Autismus, Intelligenzminderung
Entwicklungsabhängige Störungen	Enuresis, altersspezifische Phobien
Altersspezifische beginnende Störungen	Stottern, Tic-Störungen, Essstörungen
Entwicklungsabhängige Interaktionsstörungen	Fütterstörungen, Trennungsangststörungen
Früh beginnende erwachsenentypische Störungen	Schizophrenie, affektive Störungen

# Chronizität psychischer Auffälligkeit (n=174) (Esser et al., 1996)

Unauffällig 8 - 25 Jahre	60,3 %
Auffällig zu einem Zeitpunkt	19,4 %
Auffällig zu drei Zeitpunkten (10 J.)	8,0 %
Auffällig 8 – 25 Jahre (17 J.)	2,3 %

**Chronifizierung psychischer  
Störungen führt zu hohen  
Belastungen**

**Das Auftreten psychischer Störungen  
erfordert rechtzeitige Interventionen**



Sozial-  
systeme

Schule/  
Arbeit

Person

Gesund  
heits-  
system

Familie/  
Partner

**Verlaufsaspekt in  
Klassifikationssystemen  
unterrepräsentiert (z.B. ADHS)**

**Verlaufsorientierung  
statt  
Symptomorientierung**

Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!