



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



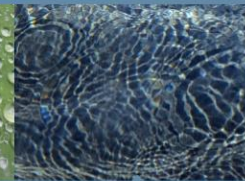
Bei auffälligem pränataldiagnostischem Befund



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 best

Sie müssen clean sein, wenn Sie bei uns entbinden

Da müssen sie ja
in ein Kissen beiß

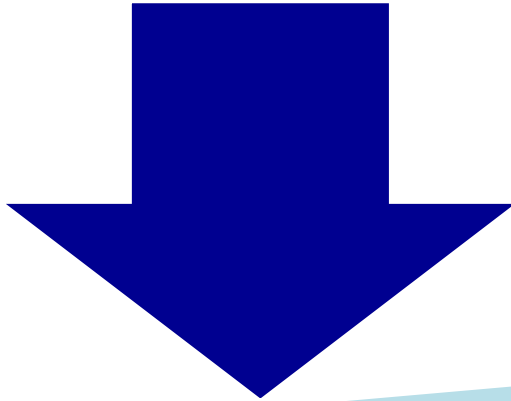
Das Schwangerschaftshormon ist genug Antidepressivum!

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

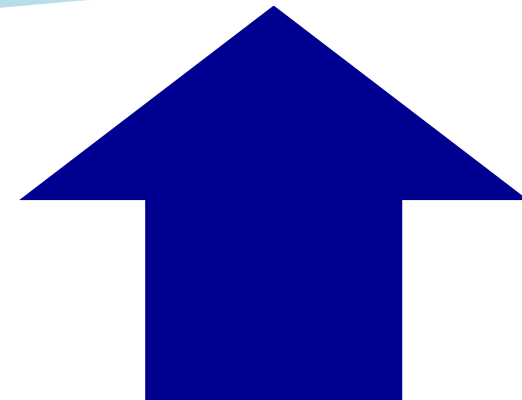
Rezidivgefahr/Gefahr der Chronifizierung

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



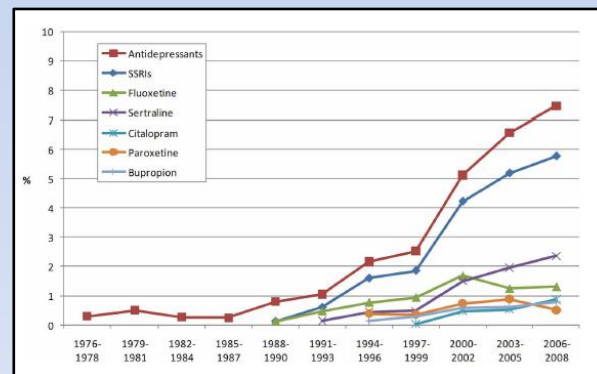
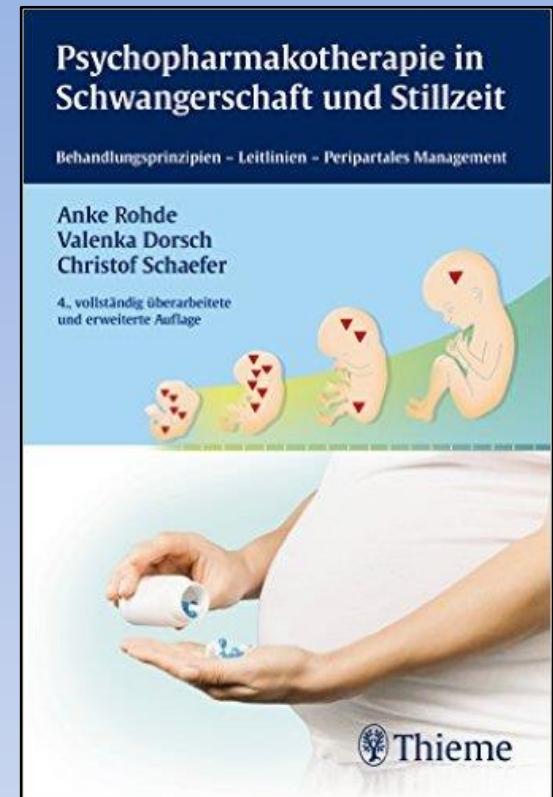
Rohde A. et al, 2014

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



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

Leitlinien können helfen!

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Therapie spezifisch1 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.	KKP

•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“

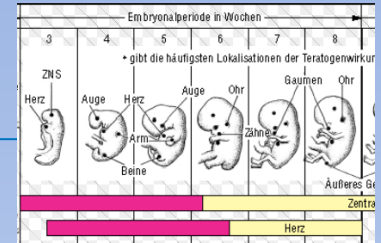
Depotpräparate

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

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Therapie-spezifisch6 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.	KKP
Therapie-spezifisch7 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.	KKP
Therapie-spezifisch8 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.	KKP
Therapie-spezifisch9 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	KKP

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](#), [Ornoy 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 YI¹, Mehralizade A², Mayer L³, Milanovic S³.

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 Diagnoseschüssel, 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



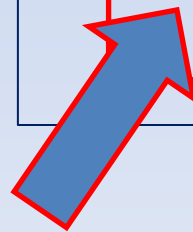
REIZABSCHIRMUNG

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/-Hebammen

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 www.embryotox.de
	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	Praepartal: Bei psychischer Stabilität ab 38.SSW Sertralin 100mg. Falls Zunahme der depressiven Symptomatik Beibehalt von 125mg
	Postpartal: 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



In Zusammenarbeit mit der Gynäkologischen
Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn



Mit freundlicher Unterstützung durch die Novitas BKK:



www.novitas-bkk.de,
Tel.: 0800 - 6648233
kostenlos rund um die Uhr,
E-Mail: info@novitas-bkk.de

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

RKI




Familienkreis ^{e.V.}

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

Familienkreis e.V. · Breite Straße 76 · 53111 Bonn · (0228) 18 46 42 04
info@familienkreis-bonn.de · 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

- 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



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



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

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

BEM
 Vindo!
 خۆر امید
 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

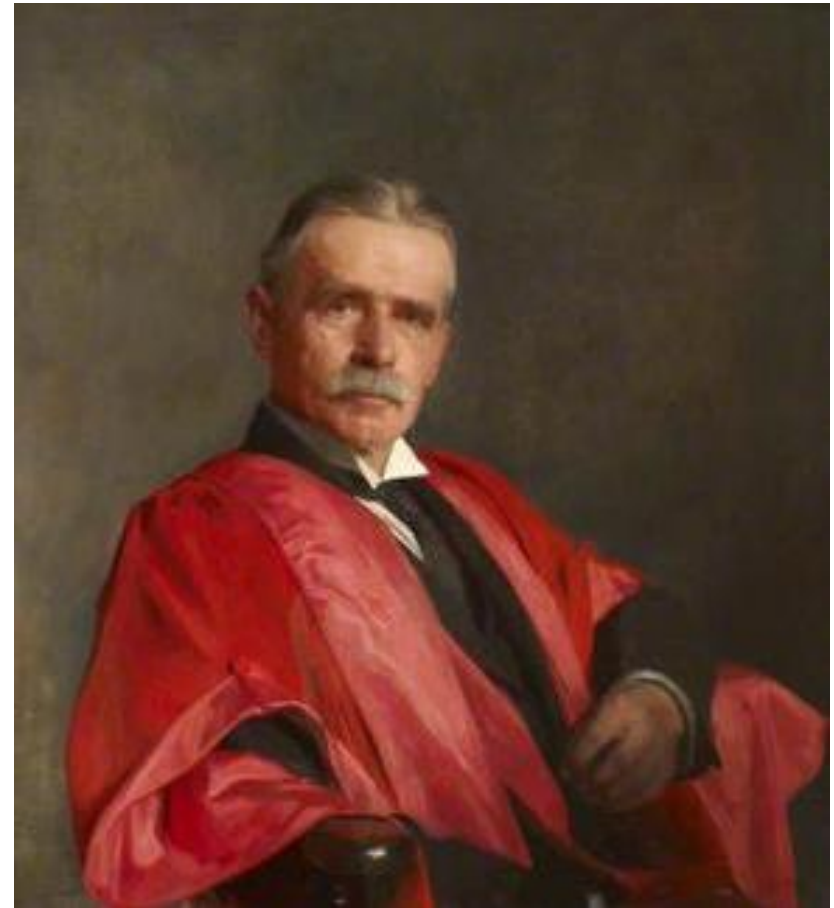
VT und DBT Supervisorin, Autorin von Buchartikeln und Büchern zur Behandlung der ADHS

Übersicht

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

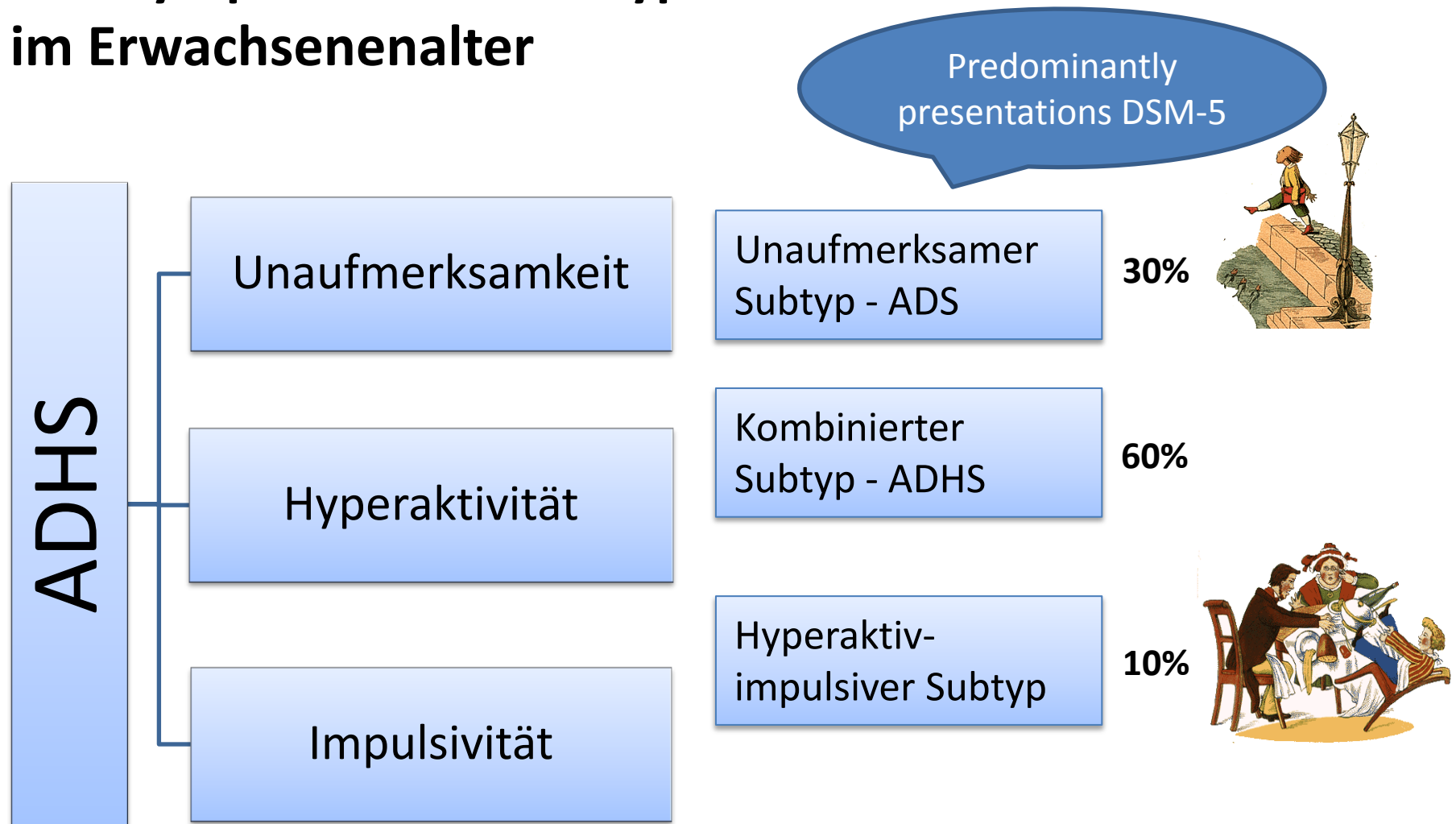
ADHS Symptomatik seit Jahrhunderten bekannt

- **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

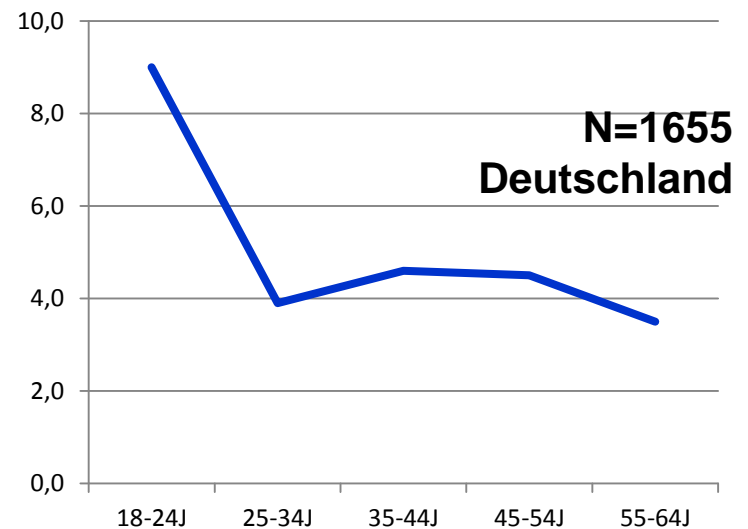
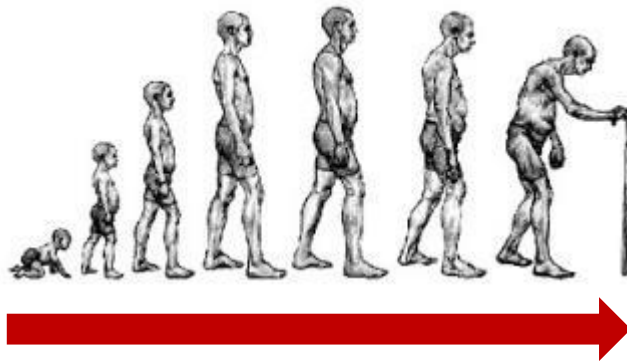
Kernsymptome und Subtypen im Erwachsenenalter



„...wächst sich aus“

Prävalenz im Erwachsenenalter

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

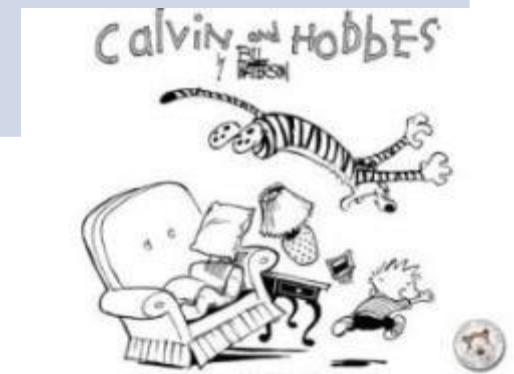


Besonderheit im Erwachsenenalter

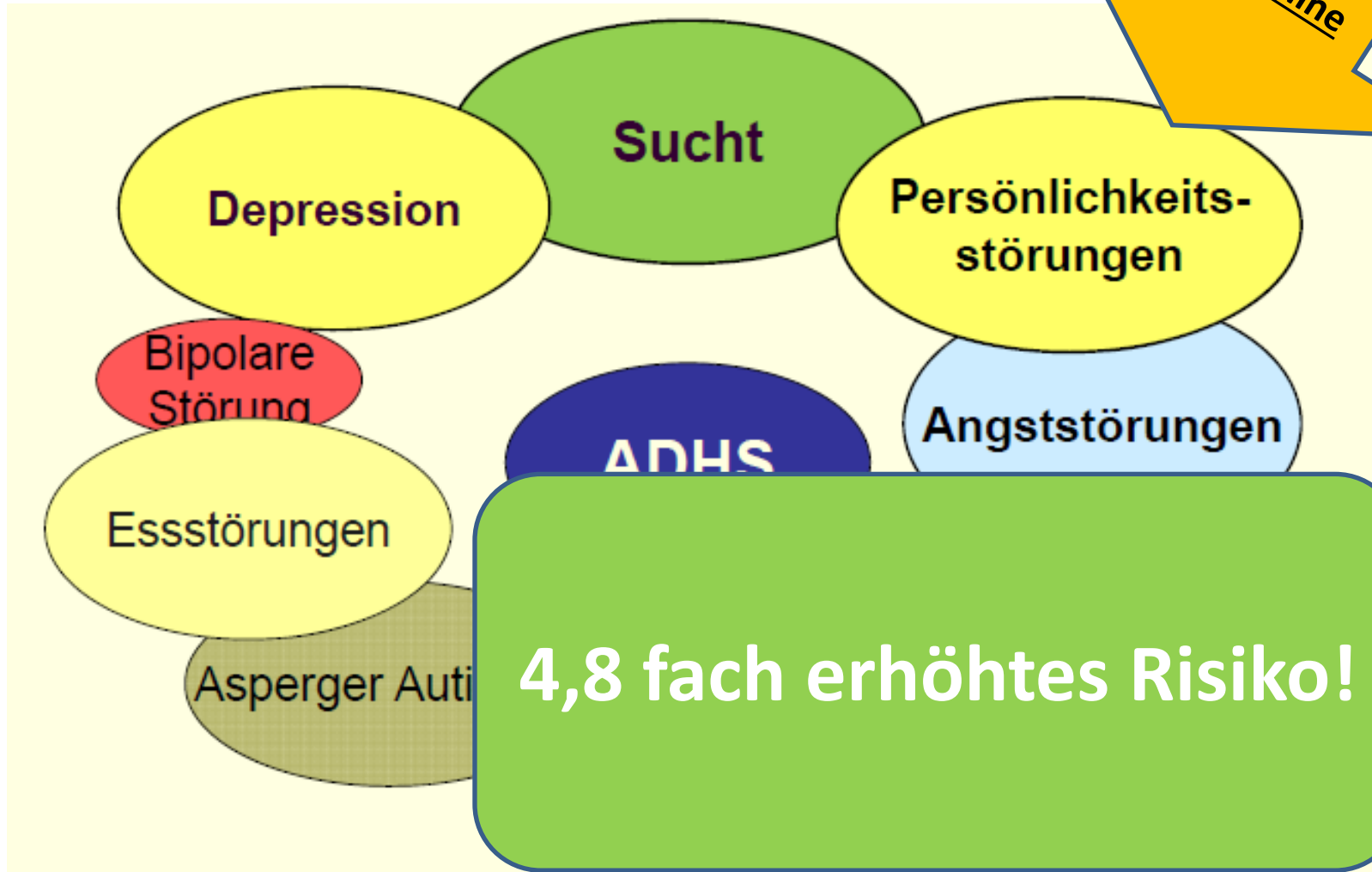
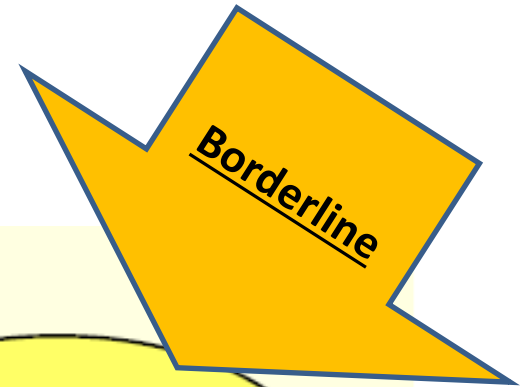
Emotionale Instabilität

Zentrale Symptome	Akzessorische Symptome
Aufmerksamkeitsstörung	Desorganisation
Hyperaktivität	emotionale Dysregulation (Labilität, mangelnde Affektkontrolle)
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



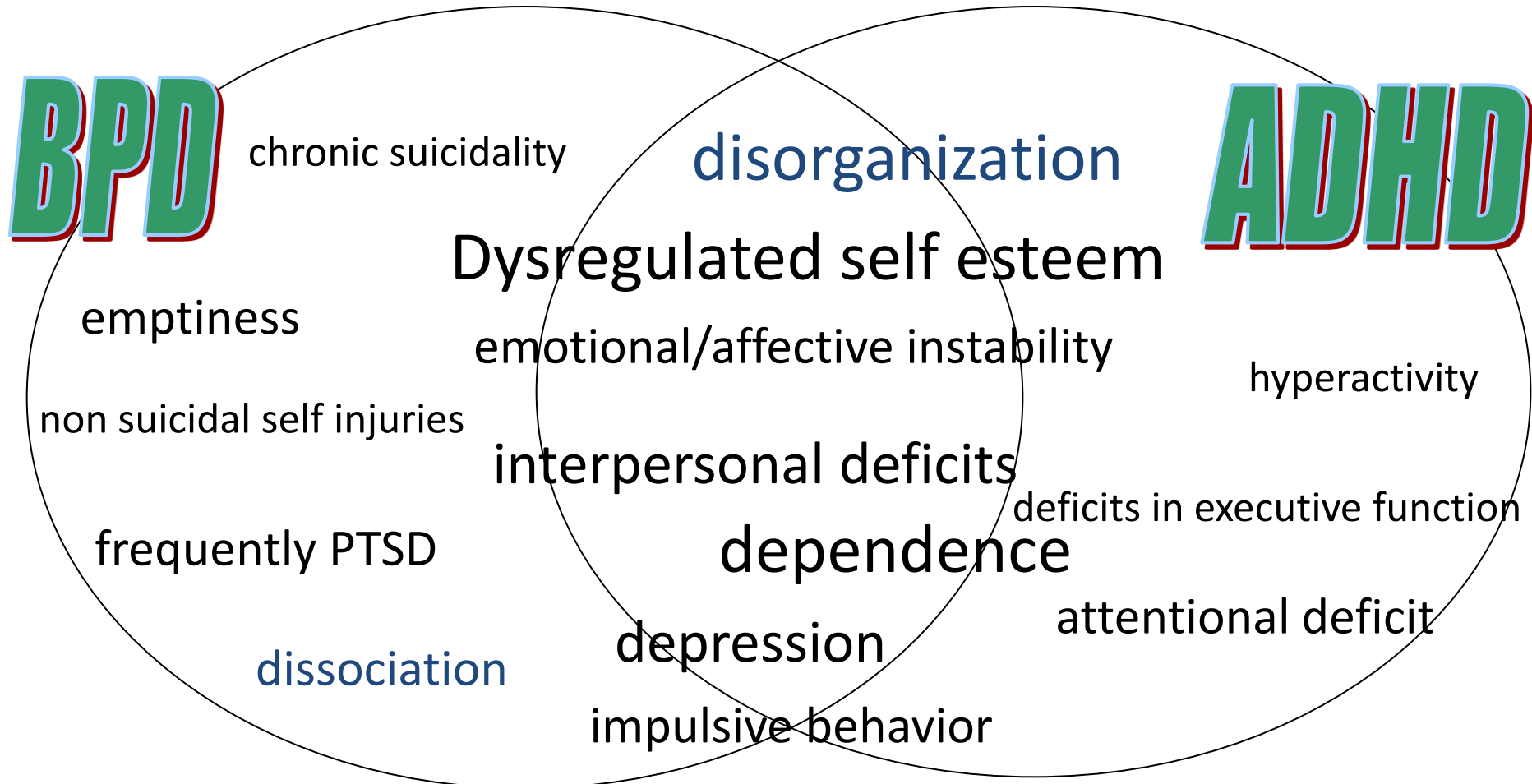
“ADHS kommt selten allein”



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 ^a (95% CI)
Within individual ^b	2,113,902	11.4 (10.9–11.9)	19.4 (18.6–20.4)
<i>Relatives</i>	<i>No. of pairs^c</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
^aAdjusted for sex, sex of relative, birth year, birth year of relative, birth order, and birth order of relative, wherever applicable
^bCluster-robust standard errors based on mothers as clusters
^cNumber 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

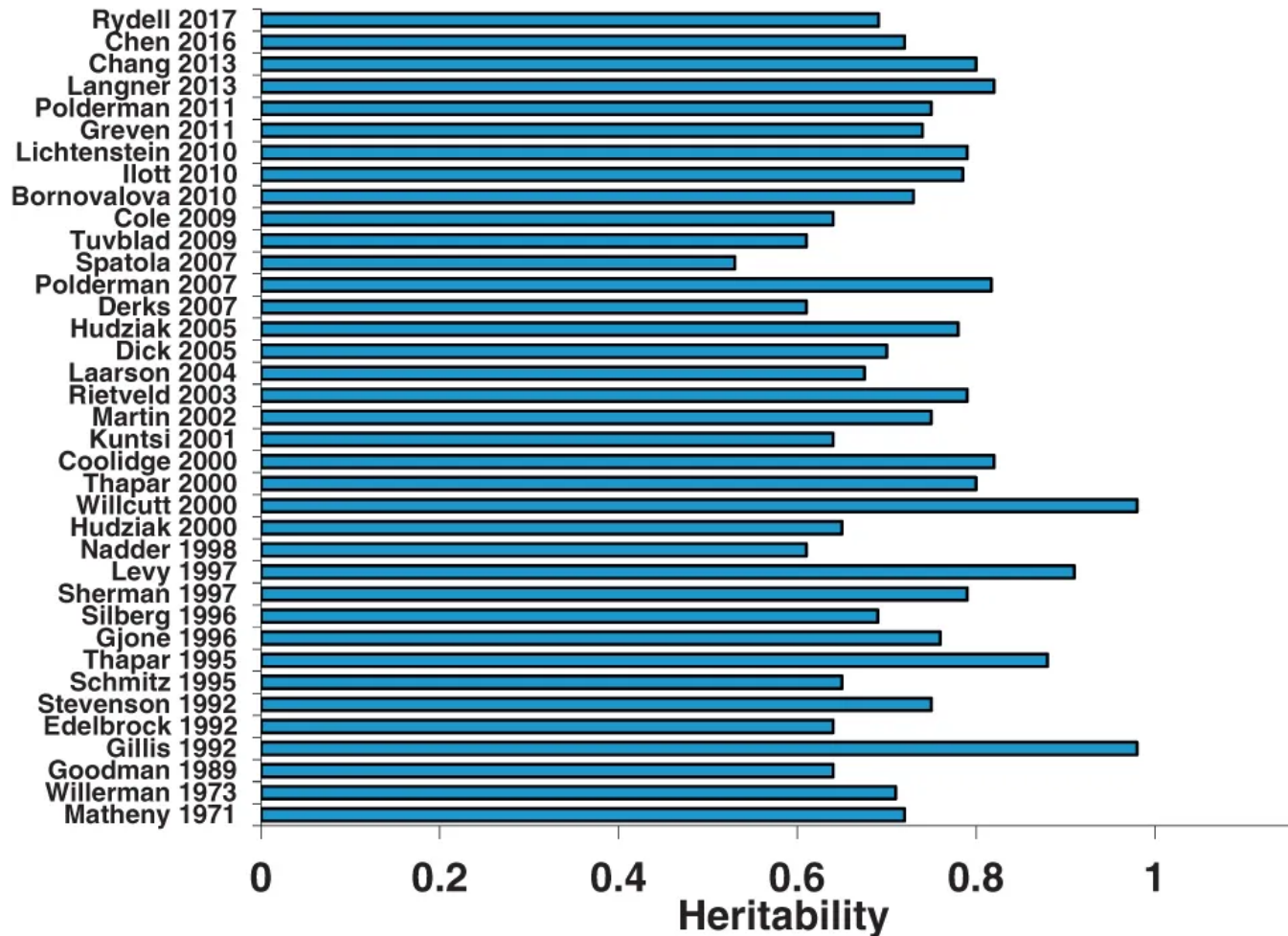
ADHS hohe Heritabilität

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

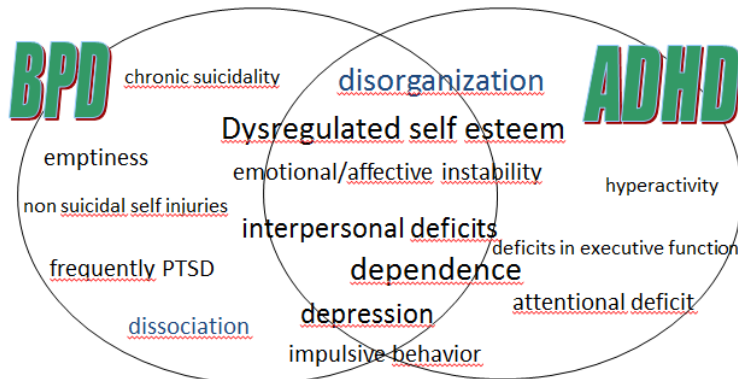
Phenotypic correlation (r_p) 0.59

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

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

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

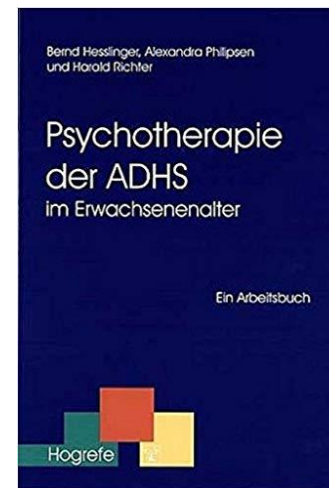
Treatment of the child's ADHD:
Parent training
12 weekly sessions, + 2 booster sessions



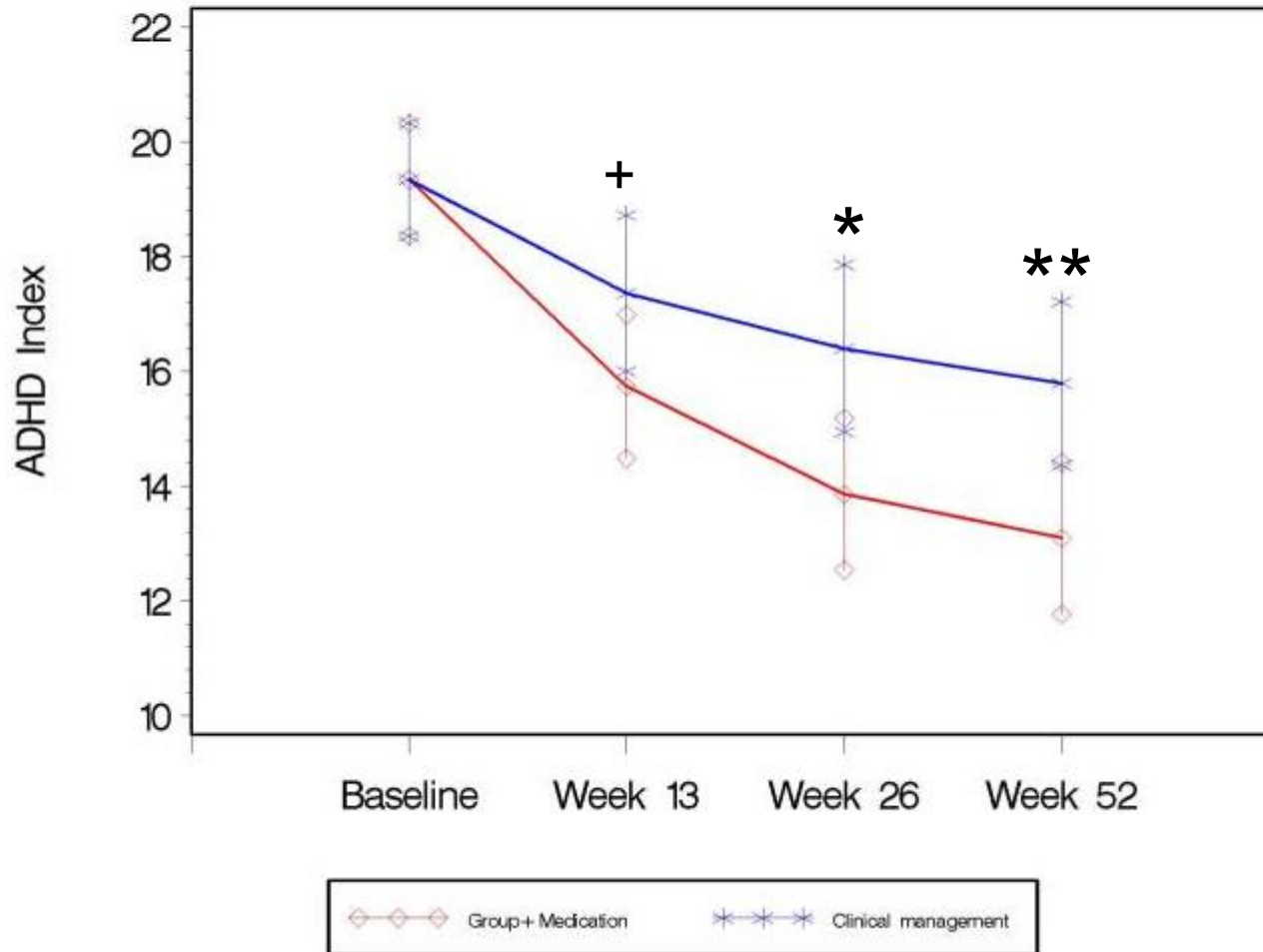
DBT basiertes Gruppenprogramm

- 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



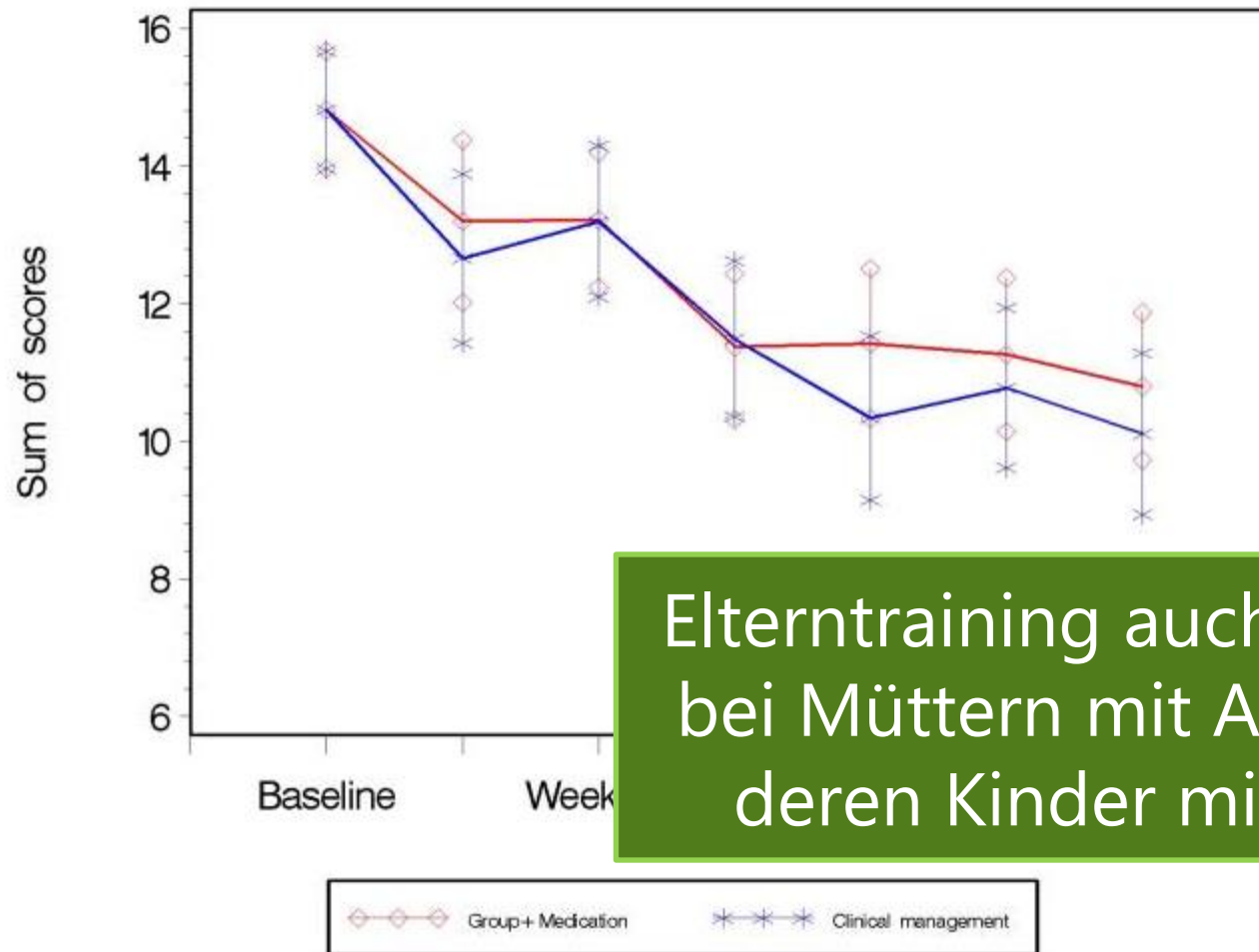
Mütter Outcome: ADHD - Index 12 Items, N=143, LMCF



+ 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

Zusammenfassung

- ADHS und Borderline überlappen klinisch und sind genetisch assoziiert
- gehäuftes Auftreten in Familien
- Auswirkungen auf Schwangerschaft und Erziehungsverhalten (Substanzkonsum, Emotionale Regulation, transgenerational)
- Elterntraining bei ADHS (auch bei Müttern mit ADHS) wirksam
- Daten zu BPS noch gering
- Verzahnung KJP und Erwachsenenpsychiatrie und komplementäre Dienste bedeutsam



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

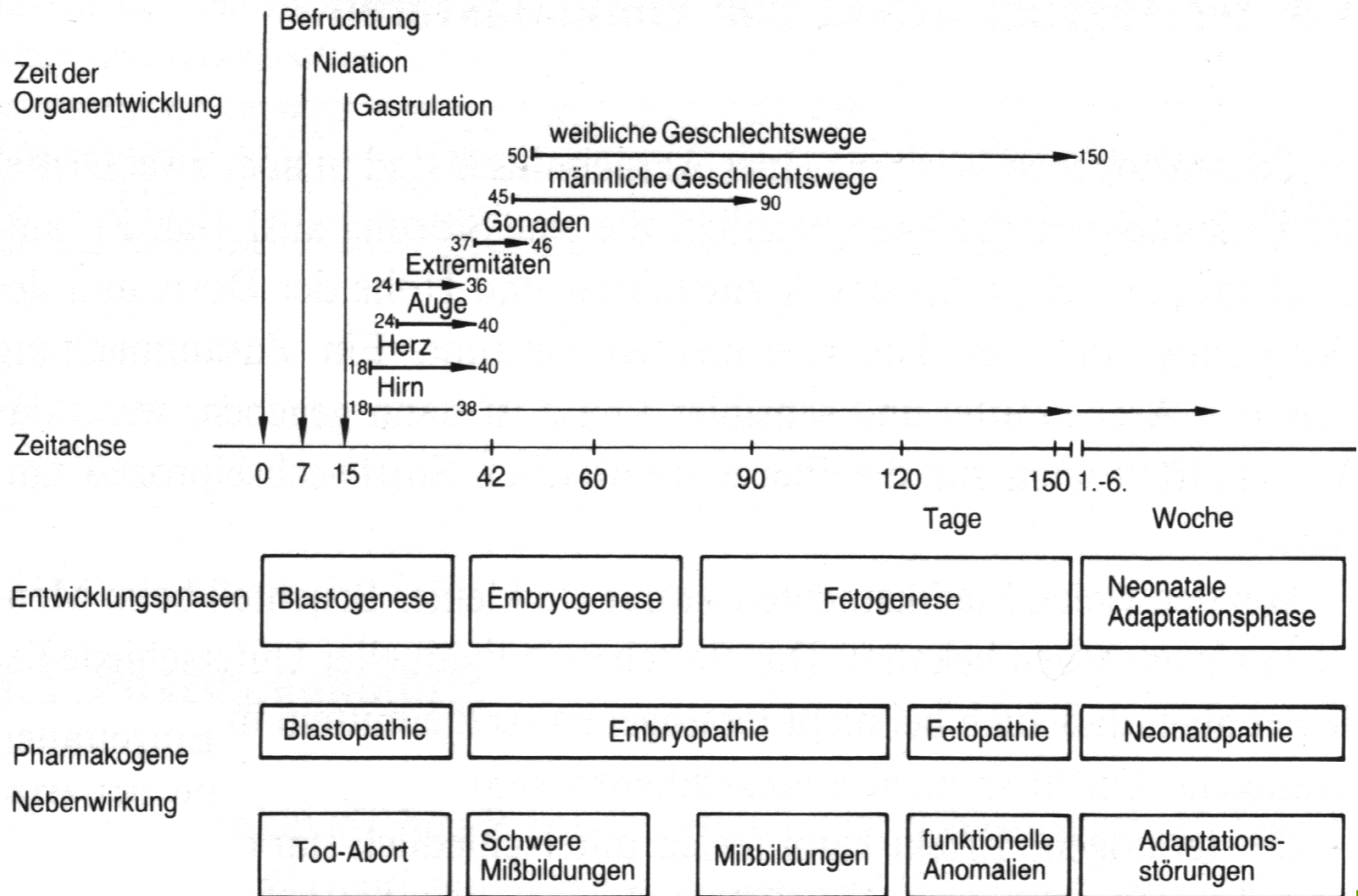
Fast alle Schwangere nehmen Arzneimittel ein

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

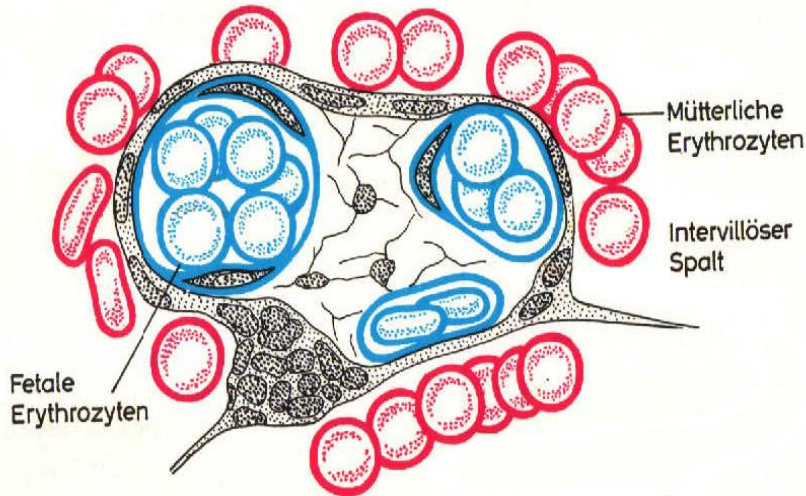
Irl C, Kipferler P, Hasford J; PEGASUS-project.
Pharmacoepidemiol Drug Saf. 1997

- 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

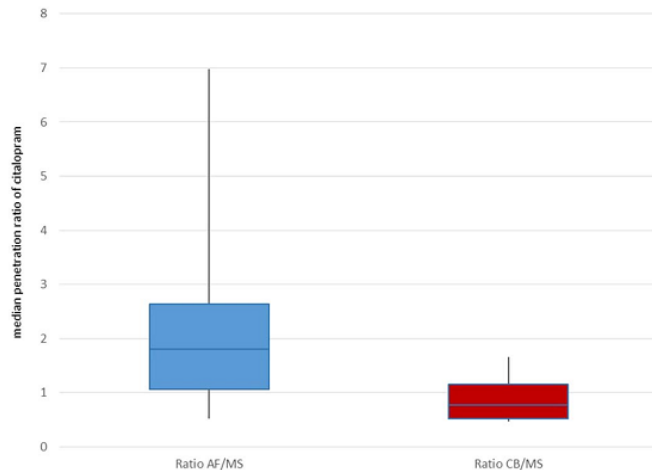
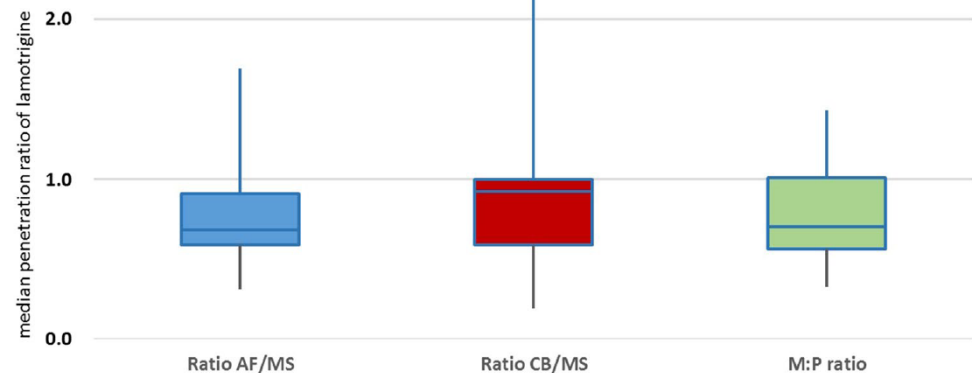


Fig. 1. Boxplot of the penetration ratios into amniotic fluid (left), n = 9, median 1.8, Q1: 1.07, Q3: 2.64, range 0.52–6.97, and into the fetal circulation (right), n = 12, median 0.78, Q1: 0.52, Q3: 1.16, range: 0.46–1.66.

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

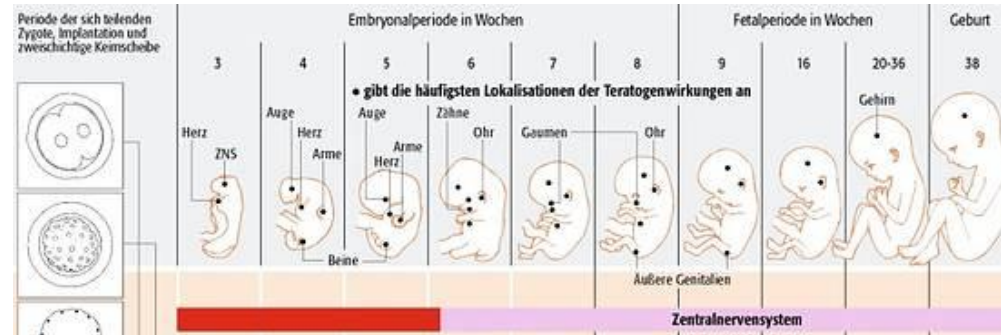


Paulzen M, Stingl JC, Augustin M, Saßmannshausen H, Franz C, Gründer G, Schoretsanitis G. Comprehensive Measurements of Intrauterine and Postnatal Exposure to Lamotrigine. Clin Pharmacokinet. 2018 Sep 25. doi: 10.1007/s40262-018-0713-y.

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)

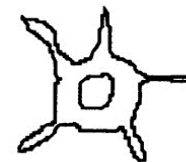
Table 1
Behavioral effects of antenatal exposure to antidepressants and anxiolytics.

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).
Citalopram	1998	-	-	Cognitive deficits; depression; ASD-like symptoms; decreased male sex behavior	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).
Escitalopram	2002	-	-	Normal behavior	Bourke et al. (2013), Ehrlich et al. (2015).
Paroxetine	1992	-	-	Mostly normal behavior except increased depression	Glover et al. (2015), Coleman et al. (1999), Christensen et al. (2000), Singh et al. (2015).
Venlafaxine	1993	Mostly normal behavior but more internalizing	Nulman et al. (2012).	Increased anxiety; stereotypy	
Desvenlafaxine	2008	-	-	Normal behavior, both increases and decreases in anxiety	Kumari et al. (2014); CDER 21-992.
Bupropion	1985	ADHD	Figuroa (2010);	Hyperactivity; increased social behavior	Rodriguez-Portel et al. (2011), Su et al. (2007).
Duloxetine	2004	-	-	Increased locomotor activity with decreased habituation; learning deficits	FDA, NDA 21-427
Levomilnacipran	2013	-	-	No deficits	FDA document
Imipramine	1984	-	-	Decreased exploration; decreased social behavior	Coyle and Singer (1975), Drago et al. (1985)
Mirtazapine	1996	-	-	Hypoactivity; impaired memory as juveniles but not as	Sahoo et al. (2010)

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

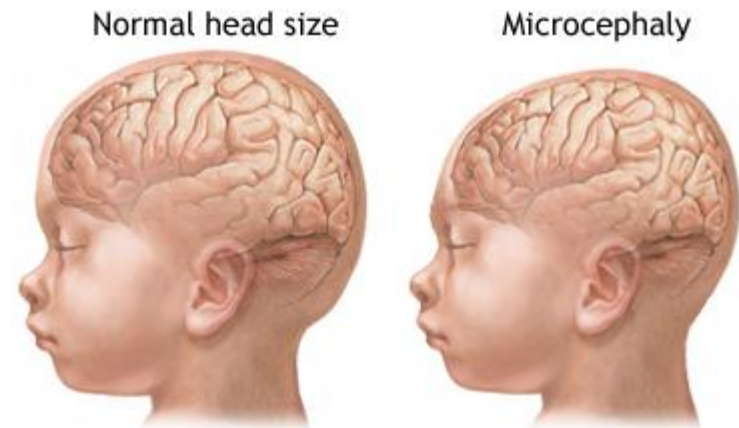
Titel des Projektes: Standardisierte und integrierte Verfahren zur personalisierten stammzellbasierten Wirkstoffprädiktion mittels reprogrammierter Blutzellen

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

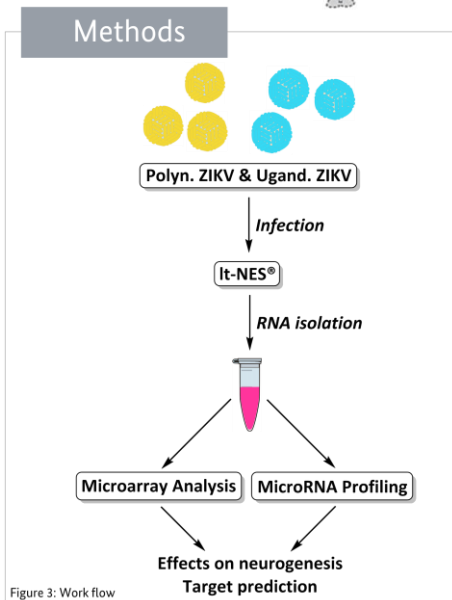
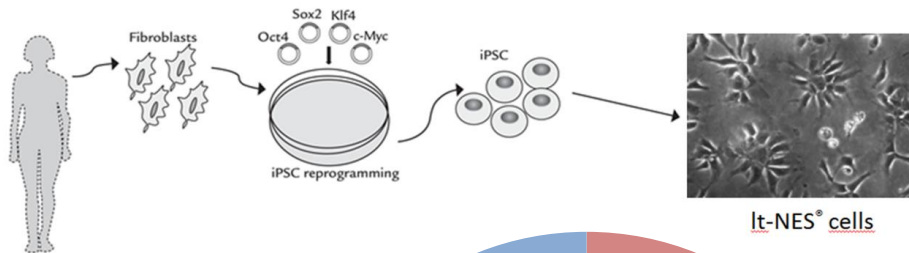
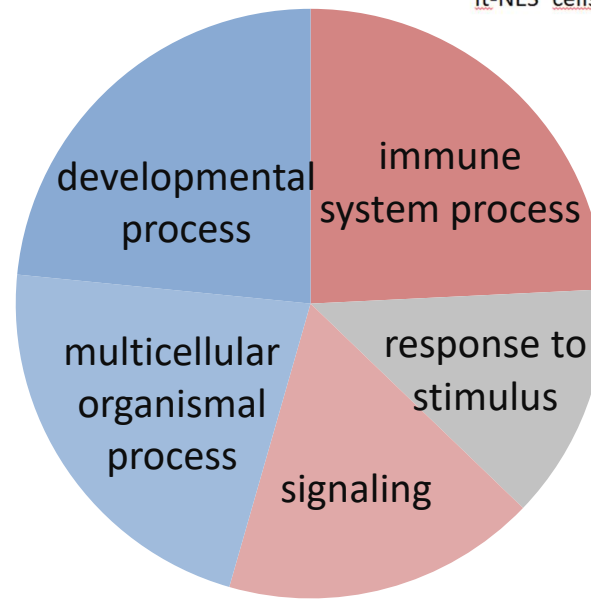


Figure 3: Work flow



Gene Ontology
Analysis

Deregulated Genes:
Ugand. & Polyn.
ZIKV

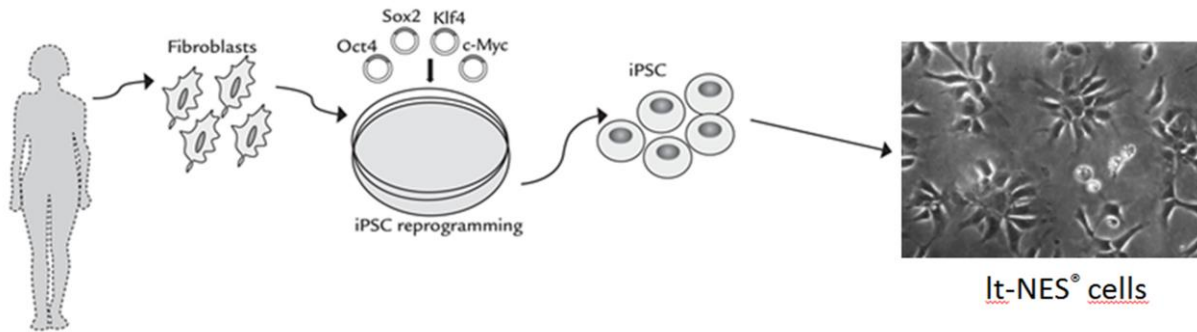
D. Tabari¹, C. Scholl¹, M. Steffens¹, E. Hildt², J. Stingl¹

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

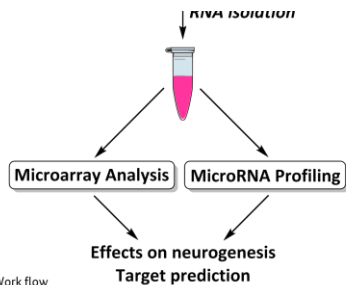


Figure 3: Work flow



Gene Ontology Analysis

Gene expression

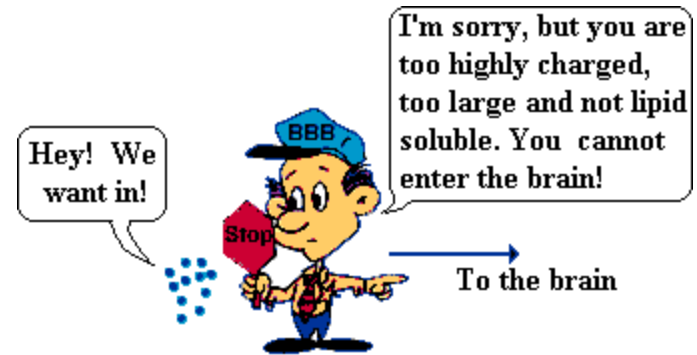
Cell proliferation

Cell differentiation



CNS: Target organ and vulnerability site in drug therapy

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



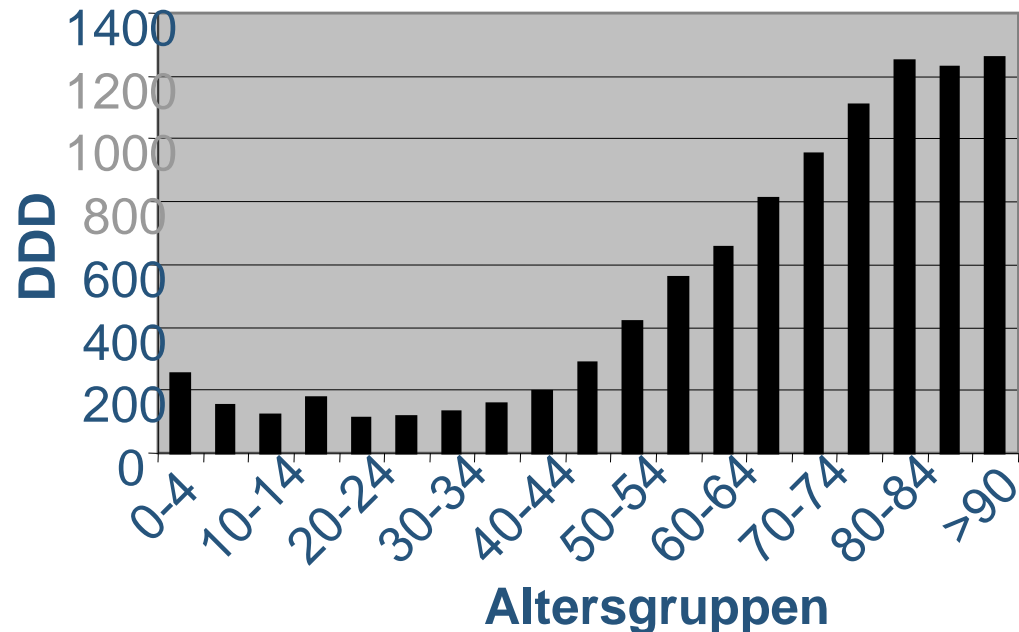
➔ Severe adverse drug effects

➔ 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

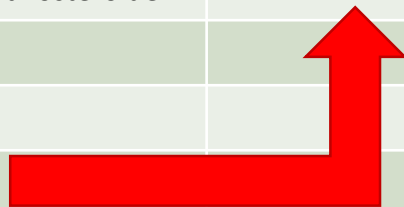
....Σ 24 Medikamente

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

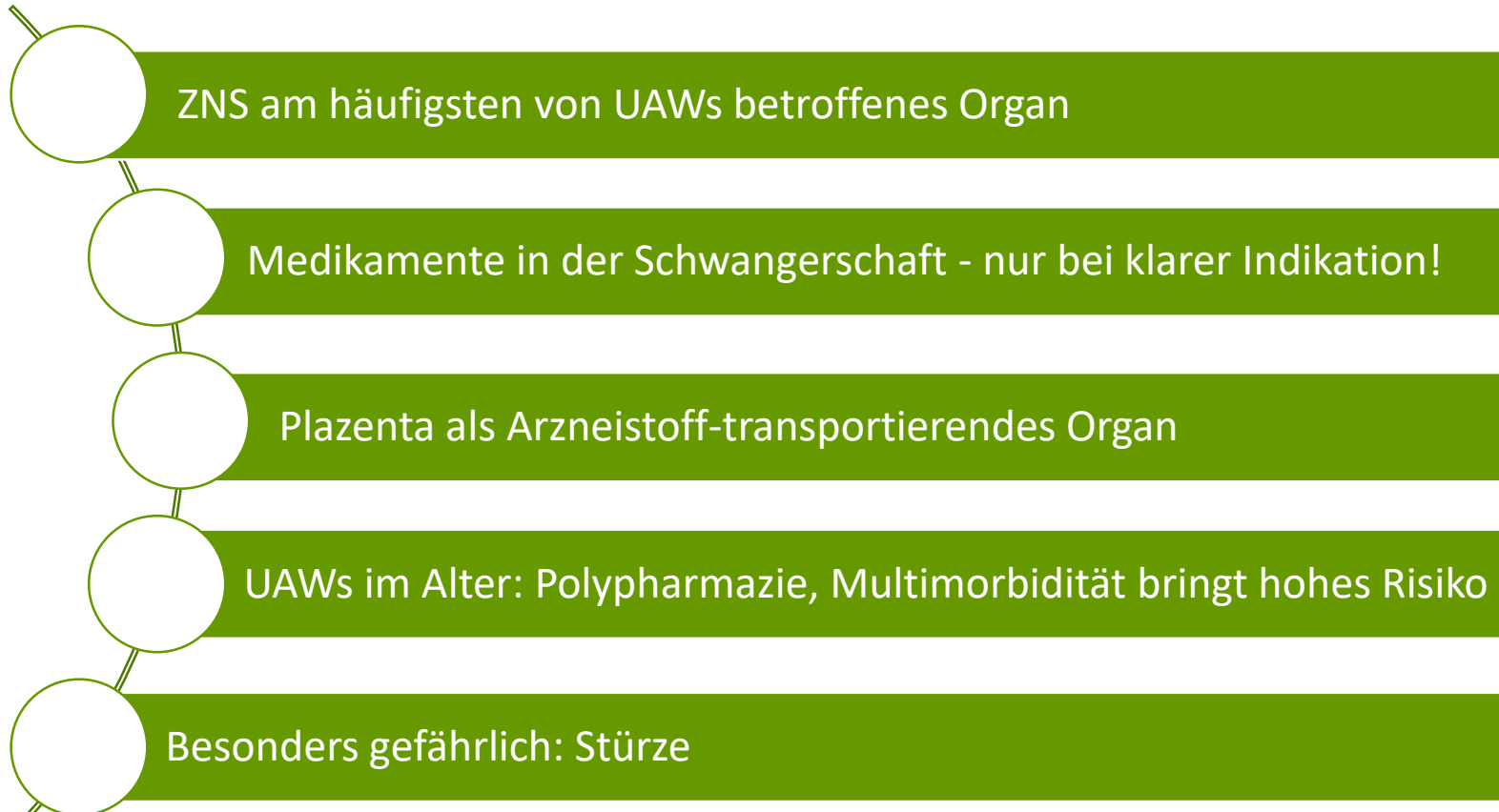
- älter (75J),
- weiblich,
- polypharmaziert (n=9)



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

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

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)

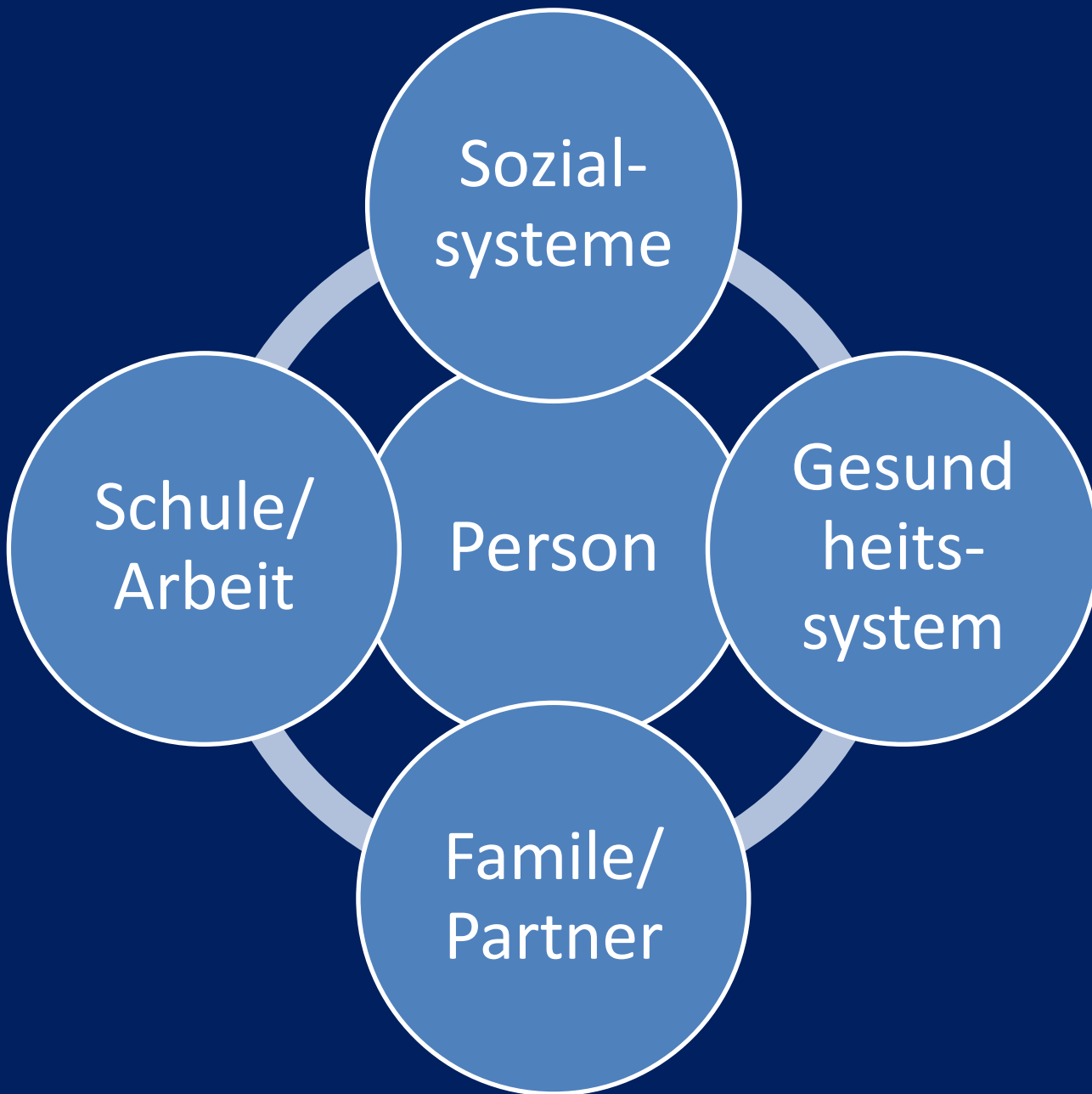
Störungsgruppe	Beispiel
Verhaltensvarianten und Belastungsreaktionen	Anpassungsstörung, akute Belastungsreaktion
Früh beginnende Störungen mit überdauernder Beeinträchtigung	Autismus, Intelligenzminderung
Entwicklungsabhängige Störungen	Enuresis, altersspezifische Phobien
Altersspezifische beginnende 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**



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

**Verlaufsorientierung
statt
Symptomorientierung**

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!