

Auswirkung der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Erkennung, Behandlung, Verantwortung



PD Dr. med. Gregor Berger

Leitender Arzt Notfallzentrum KANT, Home Treatment

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

gregor.berger@pukzh.ch

Tel. 043 499 26 26

Coronapandemie und deren Folgen



Herausforderungen:

- Einschränkungen von Freiheiten (Familie, Schule, Freizeit)
- Verlust von Struktur, Veränderung von Routinen
- Finanzielle Einbussen (Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit)
- Überlastung & Überzeit in einzelnen Bereichen (Gesundheitswesen)
- Gefährdung Risikogruppen (Grosseltern, somatisch Vorerkrankte)

Positive Aspekte:

- Erleben von Solidarität über Generationen hinweg
- Nicht mehr alles ist selbstverständlich
- Entschleunigung (weniger Reisen, weniger Termine)

Herausforderungen der Pandemie

Klärung Betreuungssituation (z.B. Grosseltern als Betreuer fielen weg)

Umgang mit Risikogruppen (Kinder als Gefahr)

Anforderung inkl. Digitalisierung

- Verfügbarkeit von Computern
- Einrichten der digitalen Infrastruktur (z.B. Teams)
- Verfügbarkeit von Räumlichkeiten
- Angst, dass Kinder schulisch den Anschluss verlieren
- Unterschiedliche Unterstützungsangebote zwischen Schulen / Lehrern

Psychische Folgen des 1.Lockdowns Erwachsene

(z.B. Fancourt, Steptoe et al. 2021; Fisher, Tran et al. 2020)

Höchstes Niveau Depression / Angst anfangs 1.Lockdown

- Verbesserung in ersten 20 Wochen (v.a. Woche 2 – 5)

Risikofaktoren für schlechten Verlauf:

- weiblich
- jüngere Erwachsene
- niedrigerer Bildungsstand
- geringeres Einkommen
- vorbestehende psychische Erkrankungen
- allein oder mit Kindern leben

Multipler Stressoren / Risikofaktoren \Rightarrow schlechter Verlauf

Herausforderungen für Kinder und Jugendliche

Überforderte Eltern erleben

Kontakt mit Peergruppe erschwert (Einsamkeit, Langeweile)

Schulische Anforderungen während / nach Lock-down gerecht werden

Berufswahlprozess

Freizeitaktivitäten

Umgang mit veränderter Betreuungssituation

Veränderungen auf Elternebene (u.a. finanziell, Beruf)

Häusliche Probleme (häusliche Gewalt: E-E, E-K, K-K)

Kinder und Jugendliche fühlen sich nicht selten mitverantwortlich für Probleme

Verläufe bei Kinder sind sehr variabel

(Vizard, Sadler et al. 2020, Mohler Kuo et al, 2021)

Längsschnittstudien zeigen unterschiedliche Verläufe (MHCYP)

- ca. 1/3 profitierte in mind. einer Domäne
- ca. 1/3 unverändert oder nur leichte, transiente Beeinträchtigungen
- ca. 1/3 zeigen relevante Beeinträchtigungen, wobei ca. 50% psychiatrische Symptome und Entwicklungsprobleme zeigen, die eine klinische Störung wahrscheinlich machen (z.B. Depression, Angststrg., PTSD, Essstörungen)

Nach Lock-down hatten ca. 1-2/10 Minderjährigen Probleme die Schule/
Ausbildung wieder aufzunehmen, obwohl Strukturen wieder zugänglich waren

Geschichte zeigt «sleeper effects» bis zu mehrere Jahre nach Katastrophen

Sensitivierungseffekte bei wellenartigem Verlauf besonders bei Kindern

Auswirkungen des Covid 19 Lockdowns / Schulschliessungen für Gesundheitsversorgung

(Viner, Russell et al. 2021)



72 Studien aus 20 Ländern, konsistente Veränderungen:

- 18-60% erreichten Schwelle für Distress / psychische Störung (ca. 1/3)
- Rückgang **somatischer** Notfallkonsultationen (64-89% Rückgang) und Spitaleinweisungen (31-85%)
 - nach Schulöffnung jedoch Anstieg über das erwartete Mass
 - Behandlungsverzögerungen führten zu vermeidbaren Komplikationen bis hin zu einzelnen Todesfällen
- Auch **psychiatrische** Notfallpräsentationen und Einweisungen nahmen während Schulschliessung ab, aber danach deutlich zu (psychiatrischer Tsunami)

Kinder und Jugendliche litten unter Isolation

(Loades, Chatburn et al. 2020, Meichun Mohler et al 2021)

Meta-Analyse von 80 Studien (n=51,576; Alter 15.3 Jahre):

Einsamkeit / Isolation positiv assoziiert mit

- depressiver Verstimmung (r=0.21-0.81)
 - 5.8 - 40x erhöhtes Risiko den Cut-off für Depression zu erfüllen
- Ängstlichkeit (r=0.18-0.54)
- Suizidideation, Selbstverletzung
- Essstörungsrisikoverhalten

ABER: Während Schulschliessung zeigten Kinder mit sozialer Phobie einen Rückgang der Symptome (Morrissette 2021)

Psychologische Veränderung bei Kindern / Jugendlichen

(Viner, Russell et al. 2021, Mohler Kuo et al, 2021)

Zunahme von:

- depressiver Verstimmungen, Depressionen
- Ängste (während dem Lockdown waren soziale Ängste jedoch rückläufig!)
- Schlafstörungen (verlängerte Schlafzeit, aber mehr Schlafprobleme)
- Unruhe, Reizbarkeit, Aggressionen
- Konzentrationsprobleme, erhöhte Abklenkbarkeit
- Risikosymptome für Traumafolgestörung
- Zwänge
- Hoffnungslosigkeit, Perspektivenlosigkeit
- Suizidgedanken
- selbstverletzendes Verhalten (initial Rückgang, dann Zunahme)

Was brauchen präpubertäre Kinder (2-6 Klasse)

(Matthew Morrissette, 2021, Berger et al, 2021)

Unterstützung von Eltern

Rollenmodelle

- wie mit Krisen/ Massnahmen umgegangen werden kann / soll
- wie z.B. zu Hause gelernt werden kann
- wie man sich vor Ablenkung schützen kann (z.B. Handy)
- Was wichtig ist, um gesund zu bleiben
 - Vermeidung Tag-Nachtumkehr durch übermässigen Medienkonsum
 - Vernachlässigung von Bewegung
 - Vernachlässigung prosozialer Kontakte

Besonders jüngere Kinder aus tieferen sozio-ökonomischen Schichten mit Migrationshintergrund litten unter den Folgen der Pandemie und den Massnahmen



Was brauchen Teenager (Oberstufe, Lehre)

(Matthew Morrissette, 2021, Berger et al, 2021)

Hilfe bei Erreichen von Entwicklungsaufgaben (Weichenstellungen)

- Peergruppenkontakte
- Berufliche Perspektive
- Identitäts- & Selbstwertentwicklung (kontextuelle Erfahrungen)
 - Kontextuelle Erfahrungen in allen Domänen
- Ablösung von zu Hause (Aussenorientierung)

In dieser Entwicklungsphase kann zu viel Familie (zu viel soziale Kontrolle, wenig Rückzugsmöglichkeiten, zu wenig Freiheit zum «Experimentieren») einen negativen Einfluss auf Entwicklung haben

2. Welle: Mostly worse, occasionally better

(Cost, Crosbie et al. 2021)

Verschlechterung in 67-70% der Minderjährigen in mindestens einer Domäne

- Depression 37–56%
- Angst 31–50%
- Reizbarkeit 40–66%
- Konzentration 40–56%
- Hyperaktivität 23–56%
- Zwangsgedanken und –handlungen 13–30%

Soziale Isolation führte zur stärksten Verschlechterung (all ORs 11.12–55.24)

Vorerkrankung führte zu grösserer Verschlechterung

ABER: 19-31% verspürte eine Verbesserung in mind. 1 Domäne

Familie und psychische Störungen im Coronajahr

(Vizard, Sadler et al. 2020)

Kinder psychisch kranker Eltern erlebten häufiger Probleme mit Alltagsbewältigung (25,3 %), als Kinder mit gesunden Eltern (11,1 %)

Eltern von **Kindern mit einer psychischen Störung** klagten häufiger über Probleme (28,3 %), als Kinder ohne psychische Störung (11,7 %)

- 63,8 % der Mädchen mit psychischen Störungen berichteten von Streit zwischen Erwachsenen im Vergleich zu 46,8 % ohne psychische Störungen

Eltern von Kindern < 16 Jahren zeigen grössere Resilienz gegenüber psychologischen Effekten von Covid-19 (Whang et al, 2020)

- whs. auf die gute Prognose von Covid-19 bei Kindern zurückzuführen ist

Was die Seele schützt...

(Courtney et al 2020)

Trait-Schutzfaktoren, die mit besseren Verläufen verbunden sind:

- Männlich
- In Beziehung leben
- Einen Glauben praktizieren
- In einer guten finanziellen Situation sein
- Eine konservative Grundhaltung haben
- Eine Verbundenheit mit dem Land verspüren

Stait-Schutzfaktoren

- Neue Routinen entwickeln
- Körperliche Aktivierung (z.B. online Training des Vereins)
- Kunstprojekte
- Video-basierte Kontakte

Aufmerksamkeits- & Hyperaktivitätsstörung

(Nonweiler 2020, Zhang 2020, Becker, 2020; Breaux, Dvorsky et al. 2021)

Zunahme ...

- der Konzentrationsstörungen
- der Ablenkbarkeit
- der Verhaltensprobleme
- von Lernschwierigkeiten (Home-Schooling)
- Des Mediengebrauchs / Missbrauchs
 - Gaming, Onlinespiele
 - Soziale Medien
 - You Tube
 - Netflix
- eines depressiogenen Lebensstils (weniger Bewegung ...)

Schlaf

(Bruni, Malorgio et al. 2021)

Verzögerung der Schlafens- und Aufstehzeit in allen Altersgruppen

Am extremsten war der Unterschied bei den 6-12-Jährigen, wo während des Lockdowns jeder Vierte nach 23Uhr ins Bett ging (im Vergleich zu 1 von 100 vor dem Lockdown)

Aufwachzeit war ebenfalls verzögert (nach 8Uhr)

Schlafdauer nahm ausser bei der 6-12jährigen Gruppe zu.

Schlafstörungen nahmen in allen Gruppen zu, jedoch nicht bei Jugendlichen.

Die jüngeren Gruppen hatten eine erhöhte Prävalenz von Einschlafschwierigkeiten, Angst vor dem Schlafengehen, nächtlichem Erwachen, Albträumen und Schlafterror.

Bildschirmzeit (ohne Online-Unterricht) stieg während des Lockdowns an, vor allem bei älteren Kindern, aber auch bei jüngeren Kindern.

Bildschirmzeit

(Sultana, Tasnim et al. 2021)

Zunahme Bildschirmzeit bei Müttern, Vätern und Kindern

- 74% Mütter, 61 % Väter, 87 % Kinder

Bildschirmzeit stieg bei europäischer multizentrischer Studie um 65% an (z.B. in Türkei bei 6,4 h /d, was viel höher als empfohlene 2 h / d (AACAP)

schlechtere psychische Gesundheit (Depression OR 1.3)

Assoziation mit erhöhtem BMI, Adipositas (OR 1.67), DM II und CVD

Körperliche Aktivität schützt vor negativen Folgen der Bildschirmzeit

Kinder und Jugendliche haben selten ausreichend Selbstkontrolle, die Bildschirmzeit zu regulieren oder limitieren

PUI, ADHS und Medien während Covid-19

(Werling, Walitza, Drechsler, 2021)

Geschlechterunterschiede

- Mädchen v.a. soziale Medien
- Jungs v.a. Gaming

In Gruppe von Mediengebrauch von >4h kam es zu einem deutlichen Anstieg während dem Lockdown (v.a. 14-18jährige)

- Smartphone 15% \Rightarrow 36%
- Tablet/PC 2 \Rightarrow 22%
- Gaming / Konsole 3 \Rightarrow 11% (bei Teenagern sogar bis zu 26%)

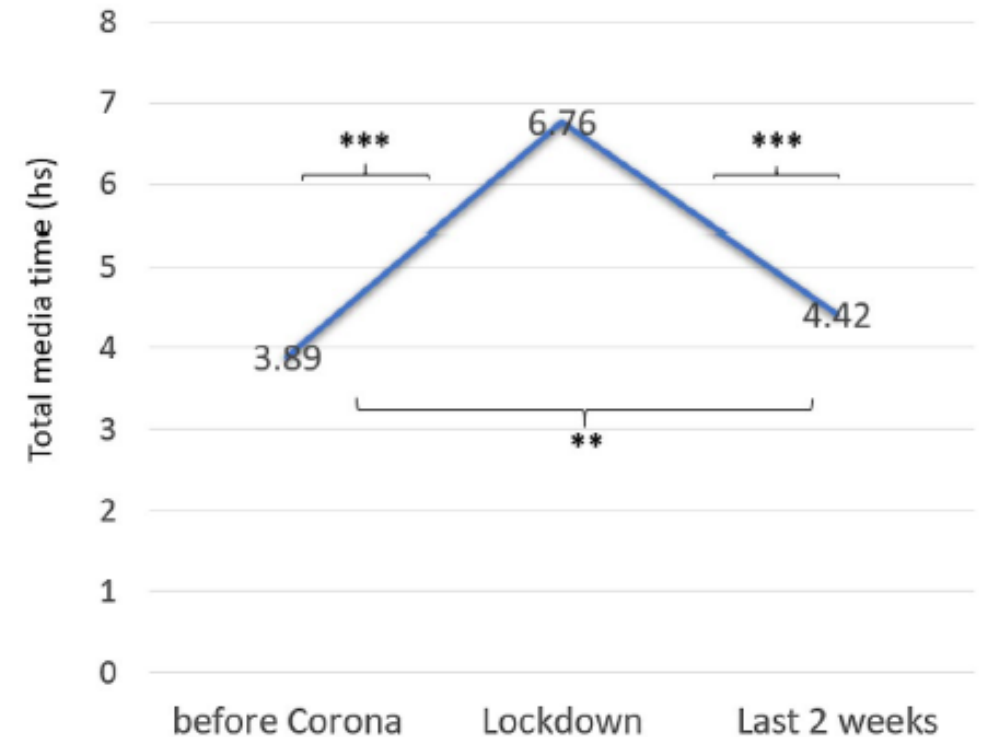


Fig.2 Mean estimated total media time (hours) in patients with ADHD before, during and after the lockdown ($N=126$). ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Suizidalität

(Pirkis, John et al. 2021)

- 21 Ländern (16 mit hohem Einkommen und 5 mit mittlerem Einkommen)
- Keinen Hinweis auf Zunahme des Suizidrisikos seit Beginn der Pandemie
- Rückgang der **Suizide Erwachsene** im Vergleich zur erwarteten Zahl
 - New South Wales, Australien (RR 0,81 [95% CI 0,72-0,91]);
 - Alberta, Kanada (0,80 [0,68-0,93]);
 - British Columbia, Kanada (0,76 [0,66-0,87]);
 - Chile (0,85 [0,78-0,94]);
 - Leipzig, Deutschland (0,49 [0,32-0,74]);
 - Japan (0,94 [0,91-0,96]);
 - Neuseeland (0,79 [0,68-0,91]);
 - Südkorea (0,94 [0,92-0,97]);
 - Kalifornien, USA (0,90 [0,85-0,95]);
 - Illinois (Cook County), USA (0,79 [0,67-0,93]);
 - Texas (vier Counties), USA (0,82 [0,68-0,98]);
 - Ecuador (0,74 [0,67-0,82]).

Aber bei Schülern in China mit langem Lockdown

(Zhang et al, Jama Network Open 2020) ...

- 1333 Schüler aus China
- Longitudinale Studie 4 bis 8 Klasse
- Schulbeginn von Jan 20 auf April 20 verschoben
- Alter 12.6 Jahre
- 1. Befragung kurz nach Lockdown
- 2. Befragung zwei Wochen nach Wiedereröffnung
- Häufigkeit der Symptome zw. 2. & 1 Welle
 - Depressive Symptome (24.9% vs 18.5%; aOR, 1.50)
 - NSSI (42.0% vs 31.8%; aOR, 1.35)
 - Suizidgedanken (29.7% vs 22.5%; aOR, 1.32)
 - Suizidpläne (14.6% vs 8.7%; aOR, 1.71)
 - Suizidversuche (6.4% vs 3.0%; aOR, 1.74).
 - Angstsymptome unverändert



Figure. Comparison of the Incidence of Mental Health and Suicidal Behaviors Between the Wave 1 and Wave 2 Groups

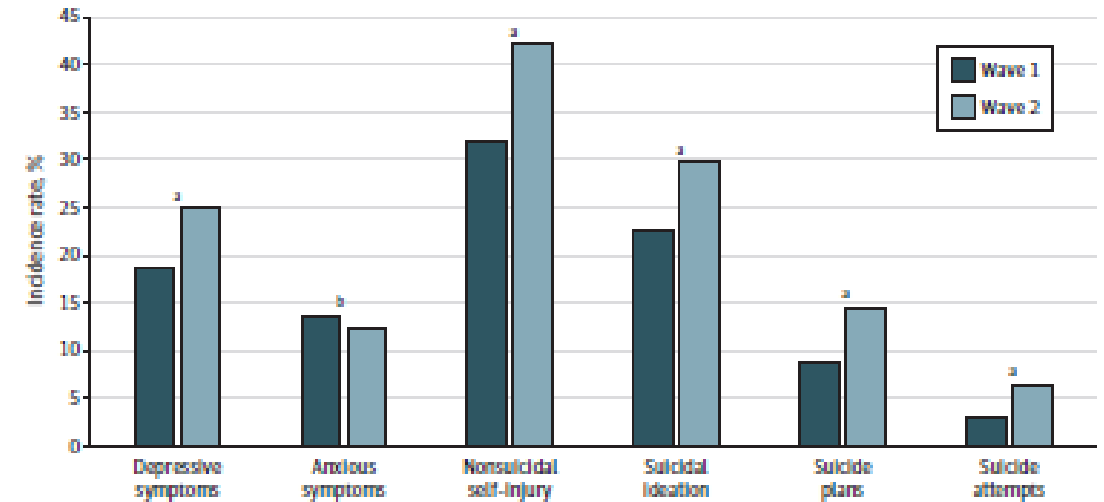
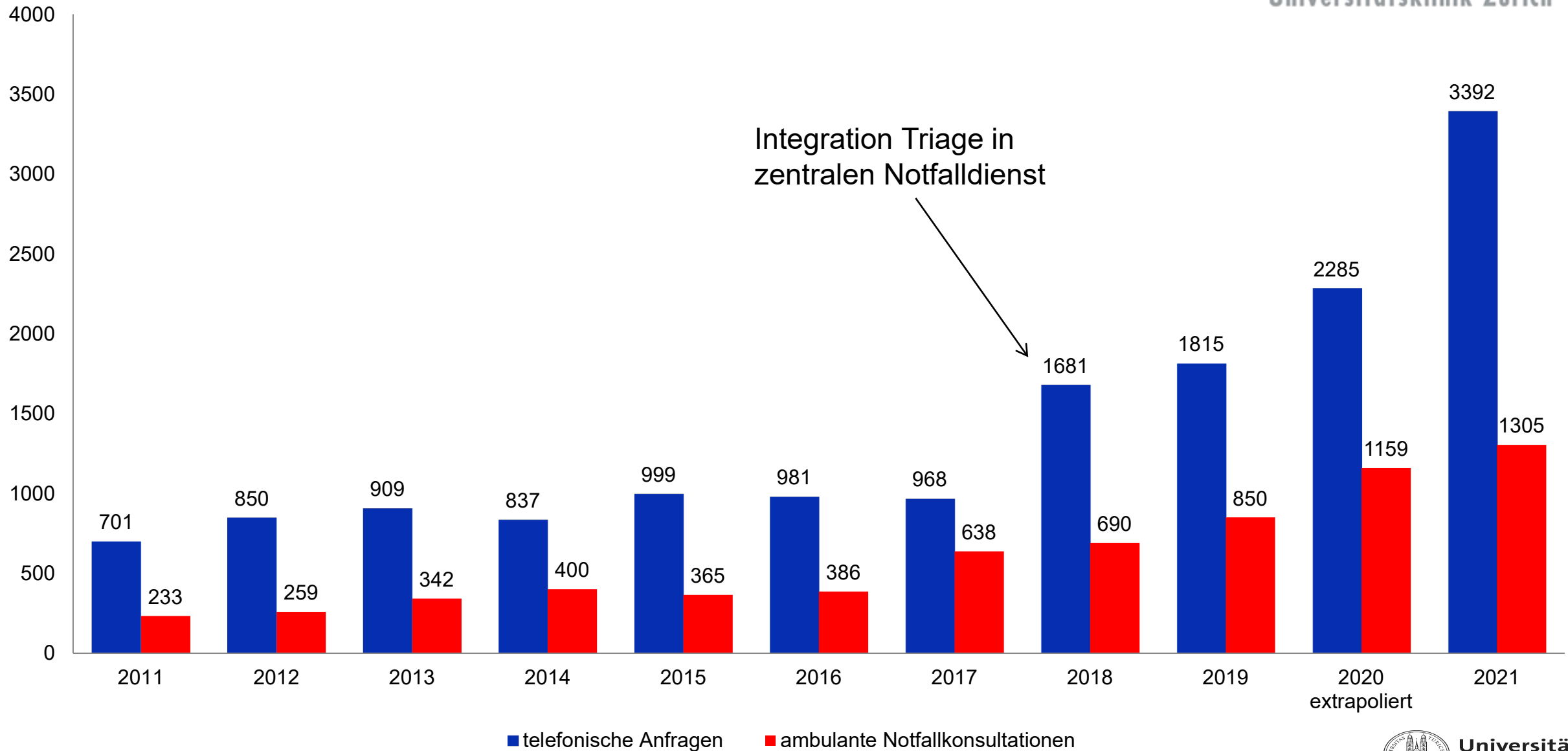


Table. Unadjusted and Adjusted Odds Ratios of Depressive Symptoms, Anxious Symptoms, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicidal Behaviors by Time of Survey

Table. Unadjusted and Adjusted Odds Ratios of Depressive Symptoms, Anxious Symptoms, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicidal Behaviors by Time of Survey

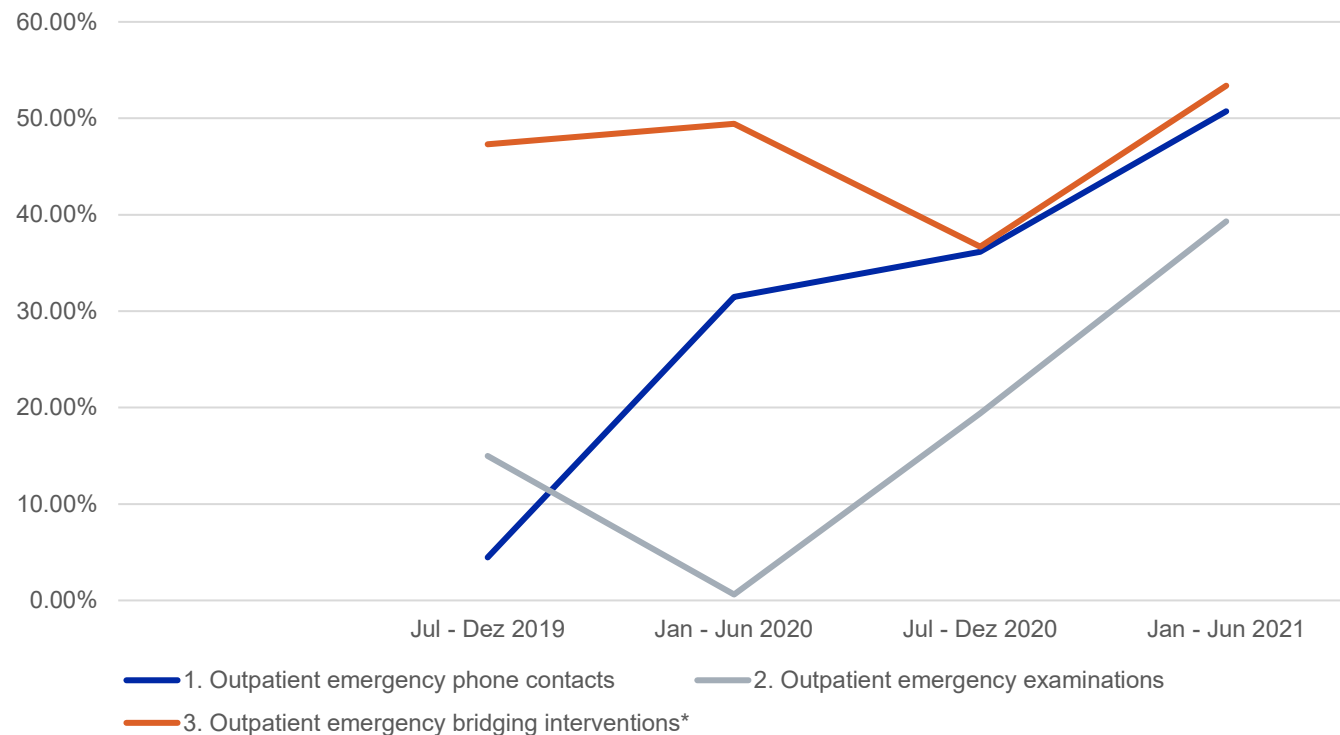
Mental health outcome	Odds ratio (95% CI) ^a	
	Unadjusted	Adjusted ^b
Symptom		
Depressive	1.46 (1.27-1.67)	1.50 (1.18-1.90)
Anxious	1.21 (1.02-1.44)	0.77 (0.58-1.03)
Nonsuicidal self-injury^c		
	1.55 (1.40-1.72)	1.35 (1.17-1.55)
Suicide^d		
Ideation	1.45 (1.27-1.67)	1.32 (1.08-1.62)
Plan	1.80 (1.47-2.21)	1.71 (1.31-2.24)
Attempt	2.20 (1.56-3.10)	1.74 (1.14-2.67)

Auswirkung auf Inanspruchnahme der ZH Notfallversorgung





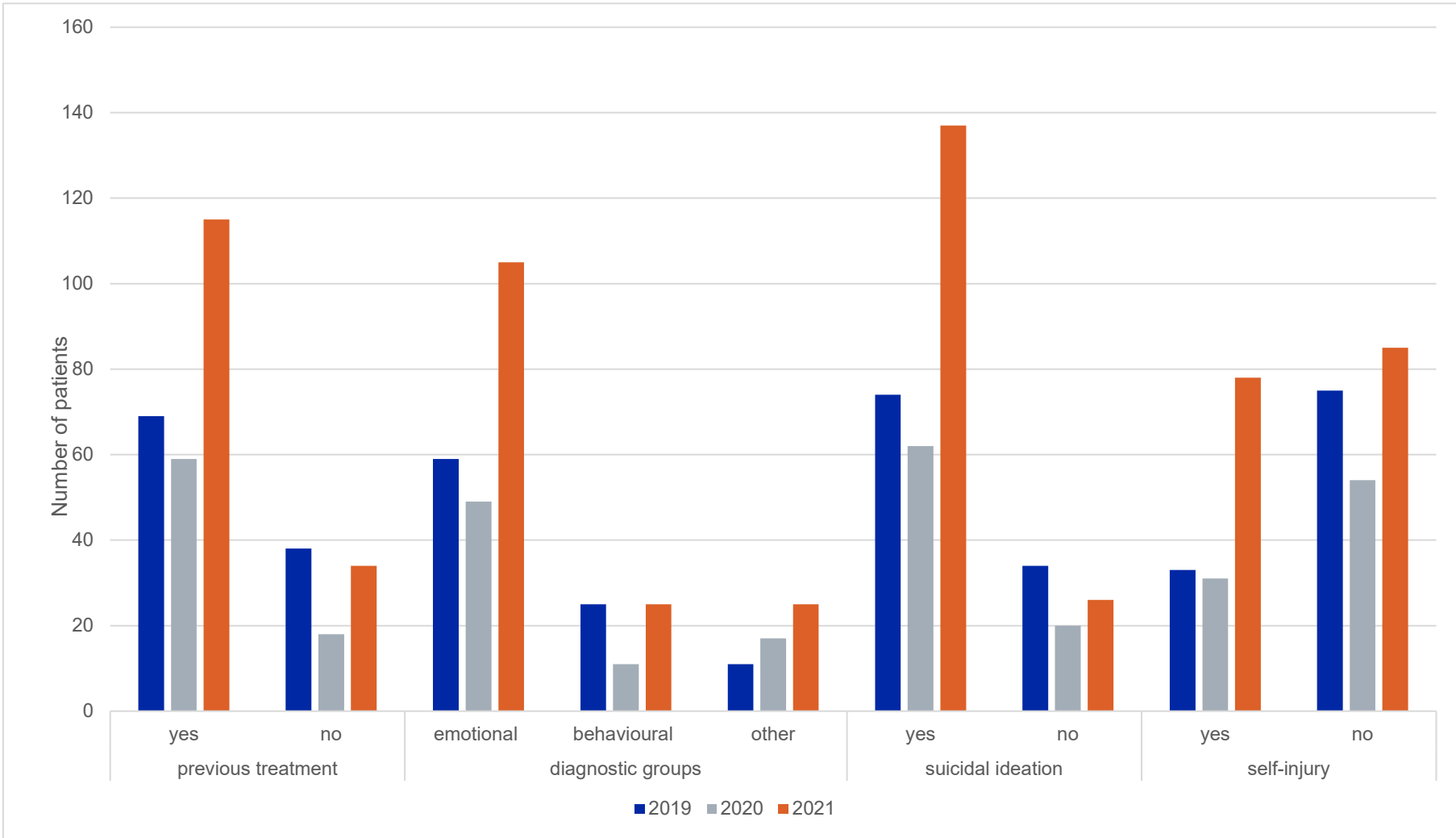
% Anstieg Notfallkontakte im Vergleich zur Vorjahresperiode (Berger et al, SMW, 2021)



	Jul - Dez 2019	Jan - Jun 2020	Jul - Dez 2020	Jan - Jun 2021
1. Telefonkontakte	4.5%	31.5%	36.1%	50.7%
2. Ambulante Notfalluntersuchungen	15.0%	0.6%	19.4%	39.3%
3. Notfallverlaufsuntersuchungen	47.3%	49.4%	36.7%	53.4%



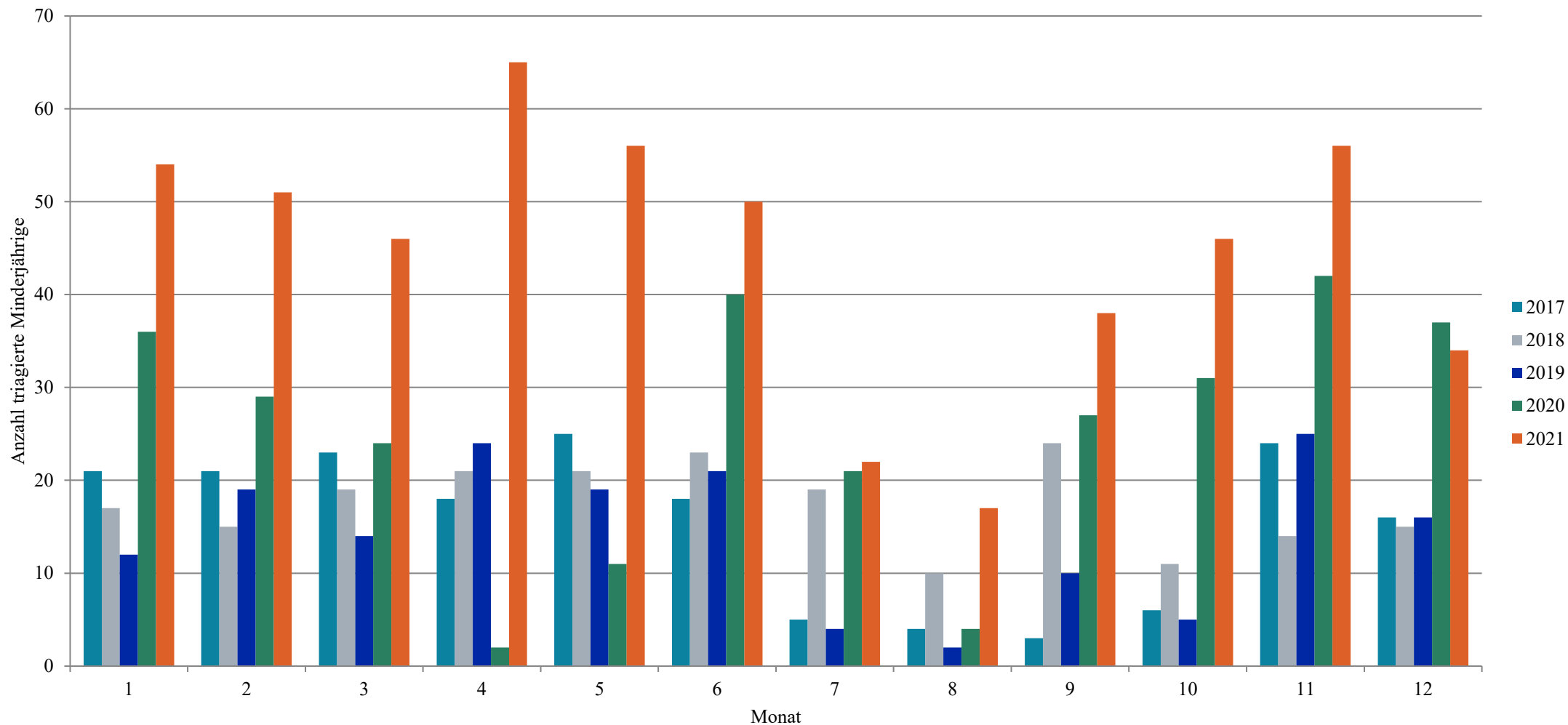
Relativer Anstieg emotionaler Störungen, Suizidgedanken, Selbstverletzung (Vergleich zwischen März/ April 2019, 2020, 2021) (Berger et al, SMW, 2021)





Anzahl Triagierungen Erwachsenenpsychiatrie (nach Monaten)

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Behandlung: Was können/ sollten wir machen?

Ressourcen auch für psychisch kranke Kinder und ihre Familien schaffen

Zugang zu Behandlungsangeboten verbessern (inkl. Telemedizin)

Kinder:

- Zugrundliegende Störungen behandeln (das Gegenteil passierte)
- Aufsuchende Unterstützung etablieren (Kinderspitex, Home Treatment)
- Strukturen aufrechterhalten (Tag-Nachtrhythmus)
- Freizeitaktivitäten und körperliche Bewegung (Outdoor)

Eltern:

- Risikogruppen identifizieren und unterstützen
- Achtsamkeit-basierte präventive Programme



Sekundärprävention

AdoASSIP

(Attempted Suicide Short Intervention Program)

Ein Projekt zur Suizidprävention für
Adoleszenz nach Suizidversuchen





Die drei Säulen von AdoASSIP

Identifikation

Sensibilisierung
Verbreitung
Überweisung

Vernetzung

Intervention

Briefing-Session
Vorgespräch
& Behandlungsvereinbarung

Session 1
Narrativ (Video)

Home work

Session 2
Suizidmodus
Negative Emotionen/ Gedanken/ Dissoziation

Session 3
Brief Fallverständnis/ Grundbedürfnisse
Sicherheitsplan
Planung Familiensitzung

Session 4
Famillinesitzung

Nachbehandlung

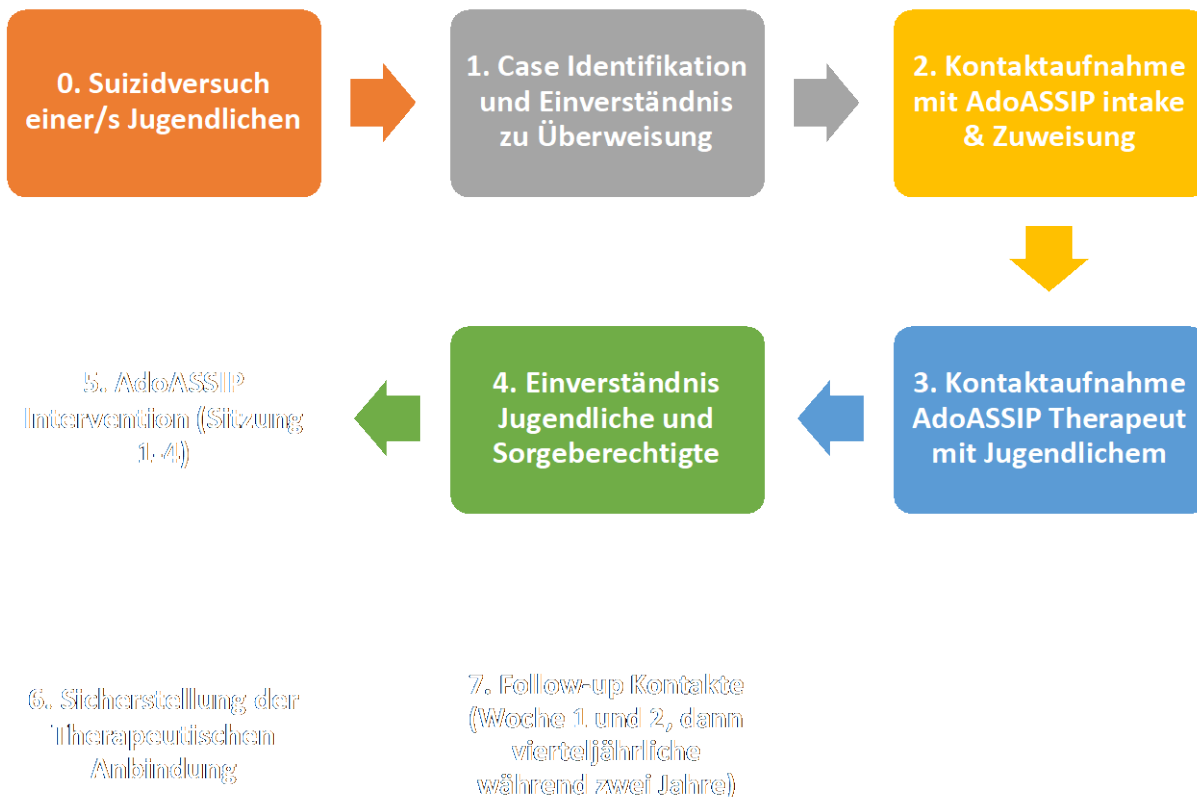
Nachbehandlung
(besonders nach
Entlassung)

Outreach





Übergeordneter AdoASSIP Prozess innerhalb Versorgungskette:



0. **Suizidversuch der/des Jugendlichen findet statt** (z.B. zu Hause, in Klinik, in der Natur etc.)
1. **Case Identifikation und Einverständnis zu Überweisung** → Verantwortlich: Zuweisende Organisationen, Partnerorganisationen
2. **Kontaktaufnahme mit AdoASSIP intake und Zuweisung** → Verantwortlich: Zuweisende Organisationen
3. **Kontaktaufnahme AdoASSIP Therapeut*in mit Jugendlichen** → Verantwortlich: Umsetzende Organisationen
4. **Einverständnisprozess Jugendliche und Sorgeberechtigte** → Verantwortlich: Umsetzende Organisationen, AdoASSIP Therapeut
5. **Umsetzung Intervention** → Verantwortlich AdoASSIP Therapeut
6. **Information Nachbehandelnde** → Verantwortlich: Umsetzende Organisationen
7. **Follow-up Kontakte** → Verantwortlich: AdoASSIP Therapeut

Alle in einem Boot, das Mantra zum Erfolg



Psychiatrische
sklinik Zürich



Universität
Zürich^{UZH}



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

Zentraler Notfalldienst KANT, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie &
Psychotherapie, Zürich, Tel. 043 499 26 26

[E-Mail: gregor.berger@pukzh.ch](mailto:gregor.berger@pukzh.ch)



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit