



Übersichtsarbeit

«The Child is Father of the Man»

Review von relevanten Studien zur Epidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Martin Fuchs¹, Angelika Bösch¹, Armand Hausmann¹ und Hans Steiner²

¹Department Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Innsbruck

²Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine

Zusammenfassung. Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Häufigkeit und der Art des Auftretens von Erkrankungen in bestimmten Gruppen der Gesellschaft. Umfangreiche Studien mit solider Datenlage können mittlerweile zeigen, dass psychische Störungen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen weltweit häufige Phänomene sind. Im vorliegenden Review soll ein Überblick über aktuelle und relevante Studien geboten werden. Internationale und deutschsprachige Arbeiten zu Häufigkeit, Diagnoseverteilung, Verlauf sowie zur unterschiedlichen geschlechtlichen Verteilung von psychischen Störungen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen werden vorgestellt. Weiters wird auf methodische Herausforderungen in der Befunderhebung Bezug genommen. Originalarbeiten werden mit Zitaten aus aktuellen Lehrbüchern ergänzt.

Schlüsselwörter: Epidemiologie, psychische Störung, Prävalenz, Kind, Jugendlicher

Abstract: «The child is father of the man» – review of literature on epidemiology in child and adolescent psychiatry

One of the goals of epidemiological research is to describe the frequency and patterns in the distribution of diseases among certain groups of a statistical population. According to the literature available, mental disorders in children and adolescents are a common phenomenon worldwide. This article provides a review of the most important and recent international studies on the magnitude, on patterns of distribution, on the course and on gender differences of psychiatric disorders in children and adolescents. Additional data from scientific textbooks are added to the original articles.

Keywords: epidemiology, children, adolescent, mental health, psychiatric disorder

Einleitung

Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Häufigkeit des Auftretens und der Verteilung von Erkrankungen und Krankheitsfolgen in bestimmten Gruppen der Gesellschaft, wie z. B. in der Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen.

Somit liefern epidemiologische Studien wichtige Argumentationsgrundlagen für die Planung und Ausstattung von Behandlungseinrichtungen. Epidemiologische Studien können einen Beitrag zur Lösung der Frage leisten, ob Versorgungsstrukturen in einer bestimmten Gegend ausreichend sind oder nicht (Ihle & Esser, 2002).

Epidemiologische Studien führten zu einem Paradigmenwechsel in der Frage der Existenz, Häufigkeit und Behandlungsbedürftigkeit von psychischen Problemen in Kindheit und Jugend. Mittlerweile gilt als gesichert, dass in etwa die Hälfte aller psychisch erkrankten Erwachsenen

weltweit im Teenager-Alter bereits erkrankt waren. Durch Entwicklung und Einsatz standardisierter Interviewverfahren wurden Resultate international vergleichbar und reproduzierbar (Kessler et al., 2007; Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009).

Nicht zuletzt konnte durch epidemiologische Studien gezeigt werden, dass der Anteil an psychisch kranken Menschen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen in etwa gleich groß ist wie in der Gruppe der Erwachsenen (Steinhausen, 2010).

Gesamtprävalenz

In einer amerikanischen Übersichtsarbeit (Merikangas et al., 2009) geben die Autoren an, dass in etwa 1/4 der in die

Metaanalyse eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung leiden (1-Jahres-Prävalenz), und in etwa 1/3 aller Kinder und Jugendlichen bis zum Erreichen des Erwachsenenalters an einer psychischen Störung erkranken (Lebenszeitprävalenz).

Ihle und Esser (2002) fassten in ihrer Übersichtsarbeit international ähnliche Studien mit gewissen Mindestanforderungen an methodischer Umsetzung zusammen. Sie berechneten in ihrer Arbeit eine mittlere 6-Monats-Prävalenz für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen von 18 %, wobei 3/4 der Prävalenzraten der eingeschlossenen Studien zwischen 15 und 22 % lagen.

In einer Übersichtsarbeit über deutsche Studien zur Prävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter geben die Autoren eine mittlere Prävalenz von 17.2 % an (Barkmann & Schulte-Markwort, 2004).

In einem US-amerikanischen Sample von über 10.000 Jugendlichen erbrachten die Autoren den Befund, dass ungefähr jeder 5. Jugendliche im Zeitraum zwischen 13–18 Jahren an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung mit schwerer Beeinträchtigung und hohem Leidensdruck erkrankt (Merikangas, He, Burstein et al., 2010).

Die deutsche BELLA-Studie schließlich zeigte, dass bei 21.9 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen (n = 2863) «Hinweise» auf psychische Auffälligkeiten gefunden werden können (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). In einer weiteren Auswertung desselben Datensatzes berechneten die Autoren den Anteil der Kinder und Jugendlichen mit spezifischen oder unspezifischen psychischen Auffälligkeiten, die auch mit einer tatsächlichen Beeinträchtigung verbunden waren. Dabei wurde eine Gesamtprävalenz von 14.5 % gefunden (Ravens-Sieberer et al., 2008).

In einer konservativen Interpretation der vorliegenden Daten könnte man also von einer Punktprävalenz für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter von mindestens 15 % ausgehen.

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind somit im Vergleich mit vielen somatischen Erkrankungen der Pädiatrie keine Seltenheiten (Ihle & Esser, 2002; Steinhausen, 2010).

Prävalenz einzelner Störungen

Das Spektrum der psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist ein völlig anderes als im Erwachsenenalter. Dies hängt mit der longitudinalen Entwicklung von bestimmten Störungsmustern zusammen, aber auch mit der Tatsache, dass manche Erkrankungen wie Störungen durch Substanzgebrauch oder Schizophrenie im späten Adoleszenzalter einen Ersterkrankungsgipfel zeigen.

Übereinstimmend zeigen große Übersichtsarbeiten, dass Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen die häufigsten psychischen Störungen sind, gefolgt von aggressiv-

Tabelle 1

Vergleich von durchschnittlichen Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in einer Metaanalyse (Ihle, 2002) sowie in europäischen und US-amerikanischen Samples (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; Merikangas, He, Brody et al., 2010; Merikangas, He, Burstein et al., 2010; Kessler, Avenevoli, Costello, Georgiades et al., 2012)

| | Durchschnittliche 6-Monats-Prävalenz im Kindes- und Jugendalter, Metaanalyse international (Ihle, 2002) | 7–17 jährige deutsche Kinder und Jugendliche, BELLA-Studie (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007) | 8–15 jährige US-amerikanische Kinder, 12-Monats Prävalenz, DSM-IV (Merikangas, He, Brody et al., 2010) | 13–18 jährige US-amerikanische Jugendliche Lebenszeitprävalenz DSM-IV (Merikangas, He, Burstein et al., 2010) | 13–18 jährige US-amerikanische Jugendliche, 1-Jahres-Prävalenz, DSM-IV (Kessler et al., 2010) |
|--------------------------------------|---|--|--|---|---|
| | N = 2863 | N = 3042 | N = 10123 | N = 10148 | |
| Zahl der eingeschlossenen Individuen | – | – | – | – | – |
| Angststörungen | 10.4 % | 10.0 % | 0.7 % | 31.9 % | 24.9 % |
| Aggressiv-dissoziale Störungen | 7.5 % | 7.6 % | 2.1 % | – | – |
| Emotionale Störungen | 4.4 % | 5.4 % | 3.7 % | 14.3 % | 10.0 % |
| Hyperkinetische Störungen | 4.4 % | 2.2 % | 8.6 % | – | – |
| Störungen durch Substanzgebrauch | – | – | – | 11.4 % | 8.3 % |
| «Behaviour Disorders» | – | – | – | 19.1 % | 16.3 % |
| Gesamtprävalenz («any disorder») | 18 % | 21.9 % | 13.1 % | 49.5 % | 40.3 % |

dissozialen Störungen, wiederum gefolgt von *affektiven* sowie *hyperkinetischen* Störungen. Da manche amerikanischen Autoren die beiden externalisierenden Störungsmuster hyperkinetische Störung bzw. aggressiv-dissoziale Störung zur Gruppe der «behaviour disorders» zusammenfassen, rangiert diese Gruppe in einer Übersichtsarbeit an 2. Stelle. In dieser Arbeit werden auch Störungen durch Substanzgebrauch an 4. Stelle gereiht, die in vielen anderen Übersichtsarbeiten bisher nicht erwähnt werden (Ihle & Esser, 2002; Kessler, Avenevoli, Costello, Georgiades et al., 2012; Merikangas, He, Brody et al., 2010; Merikangas, He, Burstein et al., 2010). Die «BELLA»-Studie, die in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) durchgeführt wurde, zeigt ähnliche Prävalenzzahlen für eine Stichprobe von knapp 3000 Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al., 2007, 2008).

Die weitgehend übereinstimmenden Ergebnisse der großer US-amerikanischen Studien, der deutschen BELLA-Studie sowie der Übersichtsarbeit von Ihle and Esser sind in Tabelle 1 dargestellt. Hierbei fällt die vergleichsweise sehr niedrige 12-Monats-Prävalenzrate von 0.7 % für Angststörungen in der Kinder-Studie von Merikangas (Merikangas, He, Brody et al., 2010) auf. Diese ist darauf zurückzuführen, dass die Autoren in dieser Studie lediglich «general anxiety» sowie «panic disorder» in die Diagnosegruppe der Angststörungen integrierten, während in den meisten anderen Studien eine viel breitere Definition von Angsterkrankungen verwendet wird.

Für Kinder bis zum Alter von 13 Jahren zeigen sich in vielen Studien deutlich niedrigere Raten für internalisierende Störungen. Diese scheinen im Kindesalter im Vergleich zum jugendlichen Alter vergleichsweise seltener aufzutreten, erst ab der Adoleszenz steigt die Prävalenz von internalisierenden Störungen steil an (Esser, 2008; Ihle & Esser, 2002, Merikangas, He, Burstein et al., 2010).

Im Übergang von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter finden ebenfalls Veränderungen statt: Erkrankungen aus dem *schizophrenen Formenkreis*, die bis zu diesem Alter eine Rarität sind, haben ab dem 17. Lebensjahr einen ersten Erkrankungsgipfel. Auch treten *Störungen durch Substanzgebrauch* in der Adoleszenz deutlich in den Vordergrund (Kessler et al., 2007).

In der deutschen BELLA-Studie berichteten 6.1 % der befragten 11–17-Jährigen von problematischem Alkoholkonsum, sowie 3.5 % von regelmäßigem Drogenkonsum. Beide Konsummuster traten häufiger bei männlichen Jugendlichen auf (Ravens-Sieberer et al., 2008). In einem großen US-amerikanischen Sample berichteten 8.3 % der befragten Jugendlichen (13–18 Jahre) über problematischen Substanzkonsum innerhalb des letzten Jahres, auch hier war die Zahl der männlichen Jugendlichen mit Konsumproblemen höher (Merikangas, He, Burstein et al., 2010).

Sozialverhaltensstörungen, die analog im Erwachsenenalter nicht mehr diagnostiziert werden, können sich in bis zu einem Viertel der Fälle zu dissozialen Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter entwickeln (Steinhausen,

2010). Die neuseeländische Dunedin-Studie erbrachte den Befund, dass eine Störung des Sozialverhaltens bei einem Großteil von psychisch kranken Erwachsenen mit unterschiedlichsten Diagnosen als «Vorläufererkrankung» auftritt (Kim-Cohen et al., 2003).

Essstörungen treten vorwiegend beim weiblichen Geschlecht auf, bei Mädchen bzw. jungen Frauen werden Prävalenzraten für Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störungen zusammengerechnet von ungefähr 3 % berichtet (Ihle & Esser, 2002). Insgesamt wird in der Literatur ein starker Anstieg von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, auch beim männlichen Geschlecht berichtet. Beachtenswert an diesem Anstieg ist der hohe Anteil von Jugendlichen, die Symptome einer Essstörung aufweisen aber noch nicht eindeutig einer diagnostischen Gruppe zuordenbar sind oder «switchen» (Rosen, 2010).

Auch die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit *Adipositas* hat in den vergangenen Jahren einen deutlichen Anstieg sowohl in den USA als auch in Europa erfahren. (Lobstein & Frelut, 2003; Ogden et al., 2006). Hinweise aus dem Erwachsenenbereich, dass das Vorliegen einer Adipositas mit psychischen Störungen assoziiert sein könnte, sollten auch für die Gruppe der adipösen Kinder und Jugendlichen ernst genommen werden (Inclendon, Wake & Hay, 2011).

Eine nach wie vor andauernde Kontroverse betrifft die Prävalenz von *bipolaren Störungen* im Kindes- und Jugendalter. In den USA ist seit Mitte der neunziger Jahre ein starker Anstieg der Diagnose «Bipolar» in dieser Altersgruppe zu verzeichnen. Eine Studie, die ein fast 40-faches Ansteigen der Diagnose einer bipolaren Erkrankung bei ambulanten 0–19-jährigen US-amerikanischen Patienten im Zeitraum 1994–2003 berichtete, erregte Aufsehen (Moreno et al., 2007). Umgekehrt erhalten Kinder in anderen Ländern vergleichsweise selten die Diagnose einer bipolaren Störung (Soutullo et al., 2005). Auffällig sind vor allem deutliche Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von bipolaren Störungen in klinischen Populationen: Während Studien aus den USA z. B. berichten, dass die Diagnose «Bipolar» mehr als ein Drittel aller psychiatrischen Entlassungsdiagnosen bei stationär aufgenommenen 5 bis 13-jährigen Kindern darstellte (Blader & Carlsson, 2007), scheinen diese Kinder in unserer europäischen Versorgungswirklichkeit wenig aufzutreten. Während zwischen 1996 und 2004 die Entlassungsdiagnose «Bipolar» von 63.7 auf 100.3 pro 10.000 stationären Aufnahmen in den USA anstieg, zeigen deutsche Daten ein Ansteigen von 0.113 auf 0.191 pro 10.000 stationären Aufnahmen im Zeitraum 2000 bis 2007 (Blader & Carlsson, 2007; Holtmann et al., 2010). Wahrscheinlich erhält eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Symptomen wie leichter Reizbarkeit, aggressivem Verhalten, Stimmungsschwankungen sowie Angst/Depression in den USA bevorzugt die Diagnose einer bipolaren Erkrankung. Dieselbe Gruppe würde in Europa eher Diagnosen wie «Störung des Sozialverhaltens», «Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen» «ADHS» oder «Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens» erhalten. Ein Kritikpunkt an der Art der

Diagnostik von manchen US-amerikanischen Forschungsgruppen ist auch, dass auf das Vorliegen von distinkten Episoden als wichtiges Kennzeichen von Bipolarität weitgehend verzichtet wird (Holtmann, Goth, Wöckel, Poustka & Bölte, 2008; Volk & Todd, 2007). Die Einführung von neuen diagnostischen Entitäten wie beispielsweise der «Severe Mood Dysregulation» (Leibenluft, 2011) oder der «Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria» im DSM-V (Stringaris, 2011) könnte einen Schritt in Richtung besserer Beschreibung und diagnostischer Einordnung dieser «diagnostic orphans» bedeuten. Ob die Neueinführung einer Störung ohne vorangegangene Grundlagenforschung ein nützlicher Beitrag zu einem besseren Verständnis von Affektschwankungen in Kindheit und Jugend ist, wird allerdings momentan auch kontrovers diskutiert (Axelson et al., 2011).

Analog zur Debatte um die bipolaren Störungen verzeichnen *Autismus-Spektrum Erkrankungen* stark ansteigende Prävalenzzahlen. Auch hier ist zum gegenwärtigen Stand unklar, ob dieser Trend durch eine tatsächliche Zunahme der Erkrankung oder durch veränderte bzw. verbesserte Diagnosegewohnheiten ausgelöst wurde (Al-Qabandi, Gorter & Rosenbaum, 2011; Fombonne, 2009; Kogan et al., 2009; Nassar et al., 2009; Rutter, 2011a).

Die Frage, ob *Persönlichkeitsstörungen* im Jugendalter diagnostiziert werden sollen, und wenn ja, wie dies geschehen kann, wird gegenwärtig intensiv diskutiert. Einerseits liegen Studienergebnisse vor, die die prinzipielle Anwendbarkeit von Diagnoseinstrumenten, die für Erwachsene konzipiert wurden, auch im Jugendalter bestätigen. Andererseits besteht die Gefahr, dadurch jugendspezifische Besonderheiten nicht zu berücksichtigen. (Krischer, Sevecke, Petermann, Herpertz-Dahlmann & Lehmkuhl, 2010; Shiner, 2009; Westen, Shedler, Durrett, Glass & Martens, 2003). Unter Anwendung von Diagnoseverfahren für Erwachsene können in der Altersgruppe der Jugendlichen in etwa gleich hohe Prävalenzzahlen wie im Erwachsenenalter gefunden werden (Shiner, 2009). Studien aus dem Erwachsenenbereich zeigen, dass Persönlichkeitsstörungen weit weniger diagnostische Stabilität als bisher angenommen sowie hohe Komorbidität untereinander aufweisen, zugrundeliegende Persönlichkeitsmerkmale («traits») aber relativ stabil sind (Shiner, 2009). Untersuchungen aus dem Kinder- und Jugendbereich zeigen eine hohe Rate an Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit Störungen wie ADHS oder Essstörungen. Das komorbide Vorliegen von Persönlichkeitspathologie stellt einen negativen prognostischen Faktor für diese Störungen dar (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005). Aus diesem Grund scheint die dimensionale Untersuchung von Beeinträchtigungen von Persönlichkeitsfunktionen in der Jugendperiode besonders wichtig.

Zusammenfassend weisen epidemiologische Studien auf 4 große psychiatrische Diagnosegruppen in Kindheit und Jugend hin: Angststörungen, aggressiv-dissoziale Störungen, emotionale Störungen sowie hyperkinetische Störungen (Tab. 1).

Persistenz und Verlauf

Psychische Störungen in Kindheit und Jugend sind kein vorübergehendes Phänomen und können sich auf das gesamte restliche Leben von Patienten auswirken. In der Literatur werden zwei mögliche Entwicklungsmuster der Psychopathologie vom Kindes- bzw. Jugendalter ins Erwachsenenalter beschrieben:

Einerseits sog. *homotypic continuity*, welche sich dadurch auszeichnet, dass eine bestimmte Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter einer gleichartigen Erkrankung im Erwachsenenalter vorangeht. Homotype Entwicklung von Psychopathologie wurde für dissoziale Störungen, depressive Störungen sowie Angststörungen gefunden.

Die andere mögliche Weiterentwicklung der Psychopathologie folgt einer sog. *heterotypic continuity*, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass eine psychische Störung im Kindes- und Jugendalter einer völlig anderen Störung im Erwachsenenalter vorangeht. Heterotyper Zusammenhang von Psychopathologie wurde beispielsweise für die Entwicklung von affektiven Erkrankungen, Angststörungen sowie psychotischen Störungen im Erwachsenenalter aus externalisierenden Störungen im Kindes- und Jugendalter gefunden (Kim-Cohen et al., 2003; Reef, van Meurs, Verhulst & van der Ende, 2010; Rutter, Kim-Cohen & Maughan, 2006).

Psychische Störungen in Kindheit und Jugend persistieren in bis zu 50 % der Fälle über einen Zeitraum von 2–5 Jahren (Esser, Ihle, Schmidt & Blanz, 2000; Ihle & Esser, 2002). Somit sind diese Störungen keine passageren oder entwicklungsbezogenen Phänomene, sondern müssen als ernstzunehmende und auch gesundheitspolitisch äußerst relevante Erkrankungen angesehen werden (Fuchs, Bösch, Kemmler & Hausmann, 2009; Ihle & Esser, 2002).

In einer Längsschnittstudie mit knapp 400 Jungen aus Mannheim, die im Alter von 8 Jahren erstmals untersucht und dann im Alter von 18 Jahren bzw. im Alter von 25 Jahren nachuntersucht wurden, fanden die Autoren eine Rate von 10 % bis ins junge Erwachsenenalter chronisch kranker Patienten. Kinder mit einer im Volksschulalter beginnenden externalisierenden bzw. dissozialen Störung zeigten besonders ungünstige Prognosen. Die Gruppe der emotionalen Störungen zeigte deutlich bessere Prognosen, auch bei Beginn der Störung im Volksschulalter (Esser et al., 2000).

Besonders eine Gruppe mit einer Kombination aus männlichem Geschlecht, einer vor dem 10. Lebensjahr beginnenden Sozialverhaltensstörung («early starter» nach DSM-IV), komorbider hyperkinetischer Störung, reduziertem Angsterleben, früh beginnender Delinquenz sowie inkonsistenter Erziehung und broken-home-Situation scheint ein hohes Risiko für das spätere Entwickeln einer dissozialen Persönlichkeitsstörung aufzuweisen und für therapeutische Interventionen wenig zugänglich zu sein. Vermehrte «gesunde» Angstbereitschaft könnte hingegen ein protek-

tiver Faktor sein (Vloet, Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2006).

Eine psychische Störung in Kindheit oder Jugend hat unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung und das Erlernen von bewältigungsrelevanten und schützenden Fertigkeiten, und erhöht die Wahrscheinlichkeit deutlich, auch im Verlauf des weiteren Lebens als Erwachsener vielfältige gesundheitliche, ökonomische und soziale Nachteile davonzutragen (Colman et al., 2009; Esser, 2008). Althoff und Mitarbeiter zeigten mit einem aus einer holländischen Geburtskohorte gewonnenen Sample, dass auch eine Gruppe mit relativ breit definierter «Dysregulation» von Affekten im Kindesalter im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe als Erwachsene Schwierigkeiten mit Affektregulation, Verhalten und Kognition aufweisen (Althoff, Verhulst, Rettew, Hudziak & van der Ende, 2010).

Für das Auftreten von Suchterkrankungen, Suizidalität und Delinquenz im Erwachsenenalter stellen insbesondere aggressiv-dissoziale oder andere externalisierende Störungen einen bedeutenden Risikofaktor dar. Die psychische Gesundheit allgemein ist in der Gruppe der «erwachsen gewordenen Problemkids» im Vergleich zu Kontrollgruppen deutlich herabgesetzt. Dieser Befund ist durch eine Reihe von Kohortenstudien mit großen Fallzahlen und langen Beobachtungszeiträumen abgesichert (Althoff et al., 2010; Clark, Caldwell, Power & Stansfeld, 2010; Colman et al., 2009; Fergusson, Horwood, & Ridder, 2005; Kim-Kohen et al., 2003; Reef et al., 2010).

Berücksichtigung klinischer Relevanz und echter Beeinträchtigung

Um die Prävalenz von tatsächlich behandlungsbedürftigen psychischen Störungen in Kindheit und Jugend nicht gravierend falsch einzuschätzen, muss neben einem Screening für Symptome auch die subjektive Belastung durch die erfassten Symptome beurteilt werden. Dies ist deshalb wichtig, da Screeninginstrumente aufgrund ihrer Konstruktion und in Abhängigkeit der gewählten Cut-Off-Kriterien automatisch einen bestimmten Anteil an «pathologischen» Probanden berechnen.

In der deutschen BELLA-Studie beispielsweise diente ein Algorithmus aus einem Screening-Verfahren (SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire) und einem zusätzlichen «Impact Supplement» dazu, diejenigen Kinder und Jugendlichen herauszufiltern, bei denen eine psychische Belastung «wahrscheinlich» (9.7 %) bzw. «möglich» (12.2 %) war. Diese beiden Gruppen, also insgesamt 21.9 % wurden auf das Vorliegen von spezifischen psychischen Störungen weiter untersucht (Ravens-Sieberer et al., 2007; Wille, Bettge, Wittchen & Ravens-Sieberer, 2008). In einer weiteren Berechnung wird eine Gesamtprävalenzrate für psychische Störungen von 14.5 % angegeben. Diese Zahl erfasst Kinder und Jugendliche mit spezifischen

oder unspezifischen psychischen Auffälligkeiten und tatsächlicher Belastung (Ravens-Sieberer et al., 2008).

In den großen US-amerikanischen epidemiologischen Studien werden ebenfalls Methoden eingesetzt, um die subjektive Belastung durch die erhobene Psychopathologie zu erheben. In der NHANES-Studie verwendeten die Autoren 6 «impairment questions» für verschiedene Lebensbereiche (persönliche Belastung, interpersonelle Belastung mit Familie oder peer-group, Probleme in der Ausbildung). Bei starker Belastung in einem Lebensbereich oder mittelstarker Belastung in zwei Lebensbereichen ist für die Autoren das Kriterium «schwere Beeinträchtigung» erfüllt (Merikangas, He, Brody et al., 2010).

In der NCS-A-Studie (13–18-jährige US-amerikanische Jugendliche) verwendeten die Autoren den Schweregrad der Symptomatik, welcher in den strukturierten Interviews miterhoben wurde, um ein Kriterium für «severe impairment» zu operationalisieren. Starke Beeinträchtigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens und/oder stark ausgeprägter persönlicher Leidensdruck waren für die Autoren notwendig, um das Kriterium zu erfüllen. Weiters war bei externalisierenden Störungen eine entsprechende Bewertung der Jugendlichen und ihrer Eltern notwendig (Merikangas, He, Burstein et al., 2010).

Die Tabelle 2 zeigt, wie sich Prävalenzraten in verschiedenen epidemiologischen Studien verringern, wenn nicht nur die cut-off-Grenzen der verwendeten Screeninginstrumente, sondern auch die in den Studien operationalisierten Kriterien für Beeinträchtigung zur Beurteilung der «case-ness» herangezogen werden.

In einer weiteren rezenten Publikation der NCS-A – Arbeitsgruppe operationalisierten die Autoren Kriterien für SED (Serious Emotional Disturbance) als einen Punktwert von 50 oder weniger in der CGA (Children's Global Assessment Scale). Nur diejenigen Kinder und Jugendlichen wurden als schwere Fälle mit starker klinischer Beeinträchtigung bezeichnet, die dieses Kriterium erfüllten. Mit dieser Berechnungsmethode wurden nur 18.8 % der Probanden mit einer Diagnose auch als schwerer Fall identifiziert. Insgesamt lag die Häufigkeit von schweren Fällen in der Gesamtstichprobe daher lediglich bei 8.0 %. Ohne Kriterien für Beeinträchtigung lag die Gesamtprävalenz für psychische Störungen für diese Stichprobe bei 42.6 % (Kessler, Avenevoli, Costello, Green et al., 2012).

Die Anwendung von Untersuchungsinstrumenten, die psychosozialen Stress bzw. Belastung von untersuchtem Kind/Jugendlichen und erwachsenen Bezugspersonen abbilden, ist also in zweierlei Hinsicht wichtig. Zum einen können Informationen über Psychopathologie mit Informationen zu subjektiver Belastung ergänzt werden. Diese Kombination minimiert das Risiko, «artificial morbidity» zu messen und erfasst tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit besser. Zum anderen werden damit auch Kinder und Jugendliche erfasst, die (oder deren Eltern) eine psychische Beeinträchtigung angeben, gleichzeitig die berichteten Symptome aber nicht ausreichen, um in eine spezifische Diagnosegruppe zu fallen. Mit einer rein kategorialen Ab-

Tabelle 2
Veränderung von Prävalenzraten unter Anwendung von Impairment-Kriterien

| Studie | Störung | Prävalenz ohne Impairment-Kriterien | Prävalenz mit Impairment-Kriterien |
|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| BELLA-Studie, D (Ravens-Sieberer et al., 2008) Alter: 7–10 Jahre | Emotionale Störung | 10.7 % | 5.6 % |
| | Angststörung | 14.3 % | 6.3 % |
| | ADHS (CRS) ¹ | 10.3 % | 6.4 % |
| | ADHS (FBB-HKS) ² | 4.5 % | 3.9 % |
| | Störung des Sozialverhaltens | 15.5 % | 8.7 % |
| NHANES-Studie, USA (Merikangas, He, Brody et al., 2010) Alter: 8–15 Jahre 12-Monats-Prävalenz | Emotionale Störung | 3.7 % | 2.9 % |
| | Angststörung | 0.7 % | 0.4 % |
| | ADHD | 8.6 % | 7.8 % |
| | Störung des Sozialverhaltens | 2.1 % | 1.7 % |
| NCS-A-Studie, USA (Merikangas et al., 2010b) Alter: 13–18 Jahre Lebenszeitprävalenz | Emotionale Störung | 14.3 % | 11.2 % |
| | Angststörung | 31.9 % | 8.3 % |
| | «Behaviour Disorders» (ADHD, ODD, CD) ³ | 19.6 % | 9.6 % |
| NCS-A-Studie, USA (Kessler et al., 2012) Alter: 13–18 Jahre 12-Monats-Prävalenz | | | |
| | Gesamtprävalenz («any disorder») | 42.6 % | 8.0 % |

1: CRS = Conner's Rating Scale

2: FBB-HKS = German ADHD Rating-Scale (DISYPS-KJ)

3: von den Autoren werden ADHS und die 2 Diagnosen des DSM-IV für Sozialverhaltensstörungen CD (Conduct Disease) sowie ODD (Oppositional Defiant Disorder) zur Gruppe der «Behaviour Disorders» zusammengefasst, was «externalisierenden Störungen» entspricht

fragung von Symptomen würde man diese Patienten nicht erfassen können. Wille und Mitarbeiter berechneten in ihrer Analyse der BELLA-Daten einen Anteil von 12 % von Kindern und Jugendlichen mit psychischer Beeinträchtigung aber ohne eindeutige Kriterien für eine Diagnosegruppe (Wille et al., 2008).

Echte Komorbidität oder «artificial comorbidity»?

Komorbidität, d. h. das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren Störungen gleichzeitig, spielt auch bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle. Mit 45–50 % ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen sehr hoch, bei denen man nach derzeit gültigen Klassifikationen mindestens zwei Störungen gleichzeitig diagnostizieren kann. Ob diese hohen Zahlen tatsächlich

das Vorliegen von mehreren Störungen reflektieren oder Ausdruck von «artificial comorbidity» aufgrund von nicht-geeigneten Klassifikationssystemen sind, ist Gegenstand von wissenschaftlichen Kontroversen (Esser, 2008; Ihle & Esser, 2002; Rutter, 2011b).

Besonders häufige Komorbiditäten scheinen zu sein: bei hyperkinetischer Störung komorbide dissoziale Störung (46.9 %), bei depressiver Störung komorbide Angststörung (38.9 %) oder dissoziale Störung (24.7 %), bei dissozialer Störung komorbide Angststörung (19.2 %). Weiter scheinen Störungen durch Substanzgebrauch hohe Raten von Komorbidität mit dissozialen Störungen aufzuweisen (Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2000; Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2007). Die stärksten Zusammenhänge scheinen somit zwischen aggressiv/dissozialen Symptomen und hyperkinetischen Symptomen einerseits und zwischen depressiven Symptomen und Symptomen einer Angststörung andererseits zu bestehen. Damit bestätigen Studien letztlich klinisch schon länger bekannte Zusammenhänge im Sinne

von zwei dimensionalen «Erkrankungsklustern»: internalisierende Störungen und externalisierende Störungen.

Die Ursache für die Häufigkeit von komorbiden Störungen könnte aber auch daran liegen, dass kategoriale Erwachsenen-Klassifikationen nicht gut geeignet sind, das Phänomen der psychischen Erkrankungen in Kindheit und Jugend zu beschreiben. Psychische Erkrankungen als Entitäten, die sich nicht mehr verändern, könnten sich erst im Laufe der Entwicklung genau herauskristallisieren. Der Ansatz der «developmental psychopathology» betont, die gleiche Erkrankung könnte sich in unterschiedlichen Lebensabschnitten völlig unterschiedlich präsentieren. Die Psychopathologie von Erkrankungen wäre also keine statische Einheit, sondern je nach Altersstufe und Entwicklungsgrad charakteristischen Veränderungen unterworfen. Somit würden andere Klassifikationen mit dimensionalem Ansatz der sich entwickelnden Psychopathologie eher gerecht (Merikangas et al., 2009; Rutter, 2011b; Rutter & Sroufe, 2000; Steiner, 2004).

Geschlechtsunterschiede

Psychische Störungen in Kindheit und Jugend treten bei Mädchen und Jungen in unterschiedlicher Art auf. Die meisten Störungen im Kindesalter zeigen ein deutliches Überwiegen von Jungen im Verhältnis von etwa 2:1. Insgesamt zeigen Jungen durchgehend höhere Raten von hyperkinetischen Störungen, dissozialen Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch, aber auch von Störungen wie Tics oder Enkopresis (Ihle & Esser, 2002; Steinhausen, 2010).

Mit dem Eintreten in die Adoleszenz gleichen sich die Raten psychischer Auffälligkeit quantitativ ab dem 13. Lebensjahr bei Jungen und Mädchen wieder an (Esser, 2008; Ihle et al., 2000; Ihle & Esser, 2002; Steinhausen, 2010).

Gleichzeitig bilden sich stärkere Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Verteilung von einzelnen Störungen heraus, sodass männliche Jugendliche vor allem an externalisierenden Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch leiden, während weibliche Jugendliche gehäuft Essstörungen, depressive Erkrankungen, psychosomatische Störungen und andere internalisierende Störungen aufweisen (Esser, 2008; Hayward & Sanborn, 2002; Ihle & Esser, 2002). Hayward und Sanborn (2002) konnten zeigen, dass bei Mädchen vor allem der Eintritt in die Pubertät und weniger das Alter selbst der Zeitpunkt ist, ab dem sich die oben angeführten Geschlechtsunterschiede herausbilden.

Während depressive Störungen in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern auftreten, treten diese noch im Volks(Grund)schulalter häufiger bei Jungen auf. Es tritt also im Altersverlauf eine Abnahme internalisierender Störungen bei Jungen und eine gleichzeitige Zunahme bei den Mädchen auf. Ab der Pubertät beginnt sich sozusagen die aus der Erwachsenenwelt bekannte Geschlechtsverteilung

der affektiven Erkrankungen herauszubilden (Esser 2008; Hayward & Sanborn, 2002; Ihle & Esser, 2002).

Inwieweit diese Unterschiede in Verhaltensmustern wirklich biologisch oder geschlechtlich determiniert sind, oder erwartete gesellschaftliche Rollenmuster abbilden, muss noch geklärt werden. Möglicherweise werden internalisierende Störungen bei kleinen Mädchen aber auch eher übersehen, da die Symptomatik von Eltern und Bezugspersonen als «normal» gewertet wird, und im Vergleich zu Buben seltener als Ausdruck einer möglichen Erkrankung gesehen wird (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Die Tatsache, dass externalisierende bzw. dissoziale Verhaltensweisen in Kindheit und Jugend eher «männlicher» Psychopathologie zuordenbar sind, könnte einen mitverursachenden Faktor für den vielfach replizierten Befund darstellen, dass männliche Jugendliche bzw. Erwachsene in Kriminalitäts- und Gefangenenstatistiken deutlich überrepräsentiert sind. Kriminologische Self-Report-Studien («Hast du schon einmal eine kriminelle Tat begangen?»), polizeiliche Anzeigenstatistiken, Verurteilungsstatistiken sowie – gewissermaßen als Endpunkt eines Ausfilterungsprozesses strafrechtlicher Sozialkontrolle – Gefangenenstatistiken sprechen eine klare Sprache: in all diesen Datenquellen findet man einen hochsignifikant geringeren Anteil von weiblichen Jugendlichen bzw. Frauen. Dies sei hier anhand ausgewählter deutscher, österreichischer und europäischer Zahlen veranschaulicht: Der Anteil von weiblichen Jugendlichen, die bei einer aktuellen, für Deutschland repräsentativen Schülerbefragung angeben, innerhalb der letzten zwölf Monate eine kriminelle Tat begangen zu haben, beträgt 23.6 %; männliche Jugendliche kommen hingegen auf einen Anteil von 43.7 %. Dies entspricht einer «Frauenquote» delinquenter Jugendlicher von ca. 35 % (Baier, Pfeiffer, Simonson & Rabold, 2009), was gut im Einklang mit den Ergebnissen einer international vergleichenden Self-Report-Studie steht (Junger-Tas et al., 2010). Im Jahr 2009 betrug der Frauenanteil unter allen tatverdächtigen Personen in Österreich laut polizeilicher Kriminalstatistik des Bundesministeriums für Inneres 20.0 % (Kinder und Jugendliche: 21 %). Der österreichischen Verurteilungstatistik für dasselbe Jahr zufolge sind 14.1 % der Personen, die bei Gerichtsverfahren auch tatsächlich verurteilt werden, weiblich (Bundesministerium für Justiz, Sicherheitsbericht 2009). Laut einem jährlich erscheinenden Survey des Europarates (Aebi & Delgrande, 2010) beträgt der Mittelwert an weiblichen Gefangenen – inklusive Untersuchungshäftlinge – für die Mitgliedsländer des Europarates im Jahr 2008 schließlich lediglich 4.8 %.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass vor allem Jungen bis zum Alter von 13 Jahren deutlich häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als Mädchen in dieser Altersgruppe. Einzelne Störungen wie aggressiv-dissoziale Sozialverhaltensstörungen, hyperkinetische Störungen, Autismus-Spektrum-Erkrankungen oder problematischer Substanzkonsum zeigen während der gesamten Kindheit und Jugend ein deutlich gehäuftes Auftreten beim männlichen Geschlecht (Ihle & Esser, 2002, Kessler, Avenevoli et al., 2012; Kogan et al., 2009). Eine Übersicht bietet Tabelle 3.

Tabelle 3
(nach Esser 2008)

| | |
|---|----------------------|
| Störungen die häufiger bei Jungen auftreten: | Jungen > Mädchen, |
| Intelligenzminderung | 1.6:1 |
| Autismus | 2.25–5:1 |
| Umschriebene Entwicklungsstörungen | 2:1 |
| Lernstörungen | 2–2.5:1 |
| Hyperkinetische Störungen | 3–9:1 |
| Störungen des Sozialverhaltens | M > W |
| Delinquenz | 6–9:1 |
| Ausscheidungsstörungen (Enuresis, Enkopresis) | M > W |
| Störungen durch Substanzgebrauch | M > W |
| Störungen die häufiger bei Mädchen auftreten: | Jungen < Mädchen |
| Depressive Störungen | 1:2 (ab Jugendalter) |
| Angststörungen | 1:2 (ab Jugendalter) |
| Essstörungen | 1:9 |
| Somatisierungsstörungen | M < W |

Unterschiedliche Bewertungen und Sichtweisen: Herausforderung in der Befunderhebung

Die Aussagen von Kindern, Eltern und Lehrern zeigen häufig nur teilweise Übereinstimmungen: Kinder sind hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion und Auskunftsfähigkeit naturgemäß häufig eingeschränkt, deshalb ist man in der Bewertung von Verhaltensweisen bei den jüngsten Patienten immer auch auf eine Außenanamnese angewiesen. Jugendliche wiederum, die kognitiv in der Lage wären, über ihr Befinden und ihre Verhaltensweisen exakter Auskunft zu geben, tendieren eher dazu, Informationen, die für den Untersucher pathologisch oder riskant wirken könnten, herunterzuspielen. Speziell ältere Jugendliche an der Schwelle zum Erwachsenenalter besprechen ihre psychischen Probleme eher in der peer-group als mit den Eltern. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen selbst scheinen oft die besseren Informanten über intrapsychische Vorgänge und internalisierende Erkrankungen zu sein, während Eltern und Lehrer oft zuverlässigere Informanten über externalisierendes Verhalten sind (Barkmann & Schulte-Markwort 2004; Renou, Hergueta, Flament, Mouren-Simeoni & Lecrubier, 2004; Rutter & Sroufe, 2000; Steiner, 2004).

Somit spielt die Datenquelle (Selbstbeurteilung oder Fremdbeurteilung) eine große Rolle und kann Ergebnisse entscheidend beeinflussen. In der BELLA-Studie zeigten sich beispielsweise gleichbleibende bzw. deutlich niedrigere Prävalenzraten in der Altersgruppe der Jugendlichen im Vergleich zur Altersgruppe der Kinder. Dies steht im Ge-

gensatz zu anderen epidemiologischen Untersuchungen, die durchwegs das Gegenteil berichteten (Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Merikangas, He, Brody et al., 2010; Merikangas, He, Burstein et al., 2010; Kessler, Avenevoli et al., 2012). Die Autoren führen diesen widersprüchlichen Befund darauf zurück, dass in ihre Berechnungen lediglich die Elternperspektive mit eingeschlossen wurde. Möglicherweise entspricht aber der Informationsstand der Eltern (speziell bei älteren Jugendlichen oder internalisierenden Erkrankungen) aufgrund von oben angeführten Ursachen nicht der tatsächlichen Häufigkeit von psychischen Problemen. Die Wahl der Informationsquelle hätte also die Prävalenzrate von psychischen Störungen bei Jugendlichen beeinflusst (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Ein weiterer gravierender Befund aus dieser Publikation ist, dass weniger als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, die selbst Suizidgedanken angaben, von ihren Eltern als behandlungsbedürftig eingeschätzt wurden (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Zuletzt sei noch erwähnt, dass natürlich auch unterschiedliche Screening-Instrumente zu divergierenden Resultaten in derselben Stichprobe führen können. In einem großen deutschen Sample zeigten unter Anwendung der publizierten Cut-off-Grenzen für die Conner's Scale 10.3 % der untersuchten Kinder erhöhte Werte für ADHS, unter Anwendung eines anderen Testverfahren (FBB-HKS) zeigten dieselben Kinder in nur 4.5 % erhöhte Werte (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Die Gewichtung von solch unterschiedlichen Sichtweisen desselben Sachverhaltes ist ein Problem, welches in der epidemiologischen Forschung bisher noch nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte (Rutter & Sroufe, 2000).

Transkulturelle Aspekte

Nach wie vor wird epidemiologische Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig mit der Brille der westlichen Welt gesehen. Die meisten epidemiologischen Studien beziehen sich auf Europa, USA, Kanada und Australien/Neuseeland, einfach deshalb weil Daten aus anderen Gegenden der Welt (Asien, Afrika) fehlen oder nur langsam entstehen. Das WHO-Atlas-Projekt (Belfer & Saxena, 2006) wies auf lückenhafte epidemiologische Datenerhebung und große Unterschiede zwischen Ländern mit hohem und mit niedrigem Einkommen hin. Aufgrund der voraussetzungsreichen Methodik, finanziellen Hürden, dem Fehlen von ausgebildetem Personal und dem Fehlen von nationalen Handlungsplänen ist epidemiologische Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schwellenländern sowie Entwicklungsländern schwer durchführbar. Diese Tatsache steht in traurigem Gegensatz dazu, dass vor allem in diesen Ländern defizitäre Entwicklungsbedingungen und von massiven Traumata geprägter Alltag vorherrschen. Welchen schädlichen Einfluss auf die psychische Kindergesundheit Lebensbedingungen wie Krieg, Hunger,

chronische Erkrankung (H. I. V), Dienen als Kindersoldat, Kinderprostitution, schwere körperliche Arbeit haben, und wie es Kinder und Jugendliche unter solchen Voraussetzungen trotzdem schaffen, irgendwie weiterzumachen (Resilienz) sollte auf der Forschungsagenda für die nächsten Jahre stärker berücksichtigt werden (Belfer, 2008; Srinath, Kandasamy & Golhar, 2010). Lobenswert erwähnt werden sollen Untersuchungen, die beispielsweise die Psychopathologie von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen untersuchen (Huemer et al., 2011).

Perspektiven

Die Erkenntnisse zu Häufigkeit, Bedeutung und weitreichender Konsequenz von psychischen Erkrankungen stehen in auffälligem Gegensatz zu mangelndem Zugang oder mangelnder Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen sind in Behandlung, was zu intensiver Ursachenforschung Anlass geben sollte (Ihle et al., 2002; Kessler et al., 2007; Merikangas et al., 2009; Merikangas, He, Brody et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2008).

In Zukunft wird verstärkt gefordert sein, nicht nur kategorial Psychopathologie zu zählen, sondern auch die subjektive Belastung durch erfasste Symptome zu beurteilen. Eine dimensionale Sichtweise wird z. B. im Falle der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen Eingang in das DSM-5 finden, und Beeinträchtigungen von verschiedenen Persönlichkeitsfunktionen beschreiben (www.dsm5.org). Im Fall der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint der Einbezug von Kriterien zur Messung der subjektiven Beeinträchtigung sowie das Denken in Erkrankungsdimensionen aus mehreren Gründen wichtig: zum einen relativieren sich Prävalenzzahlen deutlich nach unten, wenn in Studien auch die klinische Relevanz oder die tatsächliche Beeinträchtigung durch angegebene Symptome zur Beurteilung der «caseness» herangezogen wird (Kessler, Avenevoli, Costello, Green et al., 2012; Merikangas, He, Brody et al., 2010; Merikangas, He, Burstein et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2008). Zum anderen gibt es eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen oder deren Eltern, die starke psychische Beeinträchtigung angeben, bei einer rein kategorialen Abfrage von Symptomen jedoch nicht ausreichend «ankreuzen» würden, um in eine Diagnosegruppe zu fallen (Wille et al., 2008). Zuletzt könnte eine dimensionale Sichtweise dazu beitragen, das Problem der hohen Komorbiditätsraten aufgrund mangelnder Trennschärfe der derzeit verwendeten Diagnosesysteme zu lösen.

Diesen Tatsachen sowie dem Konzept der «developmental psychopathology», d. h. einer sich je nach Lebensabschnitt unter Umständen völlig unterschiedlich präsentierenden Psychopathologie derselben Erkrankung, müssten zukünftige Datenerhebungen Rechnung tragen.

Per definitionem «verschwinden» kinder- und jugendspezifische Diagnosen ab Erreichen des 18. Lebensjahres und es gibt derzeit seitens der operationalisierten diagnostischen Kriterien wie ICD-10 oder DSM-IV keine Hilfestellungen, in welche Richtung hin sich kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen entwickeln, wenn die Patienten erwachsen werden. Rutter (2011b) diskutiert auch deshalb, ob es nicht angemessener sei, die Gruppe der Diagnosen mit Beginn in der Kindheit (ICD-10, F9) aufzulösen, sie in den Diagnosegruppen mit Lebenszeitperspektiven einzuordnen und mit Instruktionen für unterschiedliche altersbezogene Manifestationen auszustatten. Das bedeutet, dass wahrscheinlich zukünftige Klassifikationssysteme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in stärkerem Ausmaß einerseits dimensionale Aspekte in Form von Erkrankungsklustern und Beeinträchtigungs-Skalen berücksichtigen werden, und andererseits Konzepte der Entwicklungspsychopathologie integrieren müssen.

In Industrienationen bzw. auf deutschsprachiger Ebene kann sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie mittlerweile auf solide epidemiologische Daten berufen. «Weiße Flecken» in der Landkarte der Epidemiologie können wohl nur durch überregionale Maßnahmenpläne beseitigt werden.

Literatur

- Aebi, M. F. & Delgrande, N. (2010). *Council of Europe, Annual penal statistics – SPACE I 2008 survey on prison populations*. Institut de criminologie et de droit penal, University of Lausanne.
- Al-Qabandi, M., Gorter, J. W. & Rosenbaum, P. (2011). Early autism detection: Are we ready for routine screening? *Pediatrics*, 128, 211–217.
- Althoff, R. R., Verhulst, F. C., Rettew, D. C., Hudziak, J. J. & van der Ende, J. (2010). Adult outcomes of childhood dysregulation: A 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1105–1116.
- Axelson, D. A., Birmaher, B., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., . . . Diler, R. S. (2011). Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1257–1262.
- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31, 1–10.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 226–236.
- Belfer, M. L. & Saxena, S. (2006). WHO Child Atlas Project. *Lancet*, 367, 551–552.
- Blader, J. C. & Carlson, G. A. (2007). Increased rates of bipolar

- disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996–2004. *Biological Psychiatry*, 62, 107–114.
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C. & Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of Epidemiology*, 20, 385–394.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466–486.
- Colman, I., Murray, J., Abbott, R. A., Maughan, B., Kuh, D., Croudace, T. J. & Jones, P. B. (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *British Medical Journal*, 337, a2981.
- Esser, G. (2008). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 276–283.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L. & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 837–849.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65, 591–598.
- Fuchs, M., Bösch, A., Kemmler, G. & Hausmann, A. (2009, November). *Querschnittsstudie zur Evaluation der longitudinalen Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen*. Poster presented at the Congress of the DGPPN, Berlin, Germany.
- Hayward, C. & Sanborn, K. (2002). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*, 30(Suppl. 4), 49–58.
- Holtmann, M., Duketis, E., Poustka, L., Zepf, F. D., Poustka, F. & Bölte, S. (2010). Bipolar disorder in children and adolescents in Germany: National trends in the rates of inpatients, 2000–2007. *Bipolar Disorders*, 12, 155–163.
- Holtmann, M., Goth, K., Wöckel, L., Poustka, F. & Bölte, S. (2008). CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: Severe ADHD or bipolar disorder? *Journal of Neural Transmission*, 115, 155–161.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M. & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 307–319.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 263–275.
- Inclendon, E., Wake, M. & Hay M. (2011). Psychological predictors of adiposity: Systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, 1–11.
- Junger-Tas, J., Marshall, I. H., Enzmann, D., Killias, M., Stekete, M. & Gruszczynska, B. (2010). *Juvenile delinquency in Europe and beyond. Results of the second international self-report delinquency study*. Dordrecht: Springer.
- Kessler, R. C., Amminger, P. G., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustun, B. T. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359–364.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., . . . Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 372–380.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Green, J. G., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A., . . . Merikangas, K. R. (2012). Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 381–389.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709–717.
- Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M., . . . van Dyck, P. C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics*, 124, 1395–1403.
- Krischer, M., Sevecke, K., Petermann, F., Herpertz-Dahlmann, B. & Lehmkuhl, G. (2010). Erfassung und Klassifikation von Persönlichkeitspathologie im Jugendalter- Welchen Beitrag können aktuelle Forschungserkenntnisse zum Verständnis dieses Konstruktes leisten?. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 321–327.
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168, 129–142.
- Lobstein, T. & Frelut, M. L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4, 195–200.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K. & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125, 75–81.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980–989.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 11, 7–20.
- Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B. & Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1032–1039.
- Nassar, N., Dixon, G., Bourke, J., Bower, C., Glasson, E., de Klerk, N. & Leonard, H. (2009). Autism spectrum disorders in young children: Effect of changes in diagnostic practices. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1245–1254.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity

- Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703–713.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J. & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. *The Journal of the American Medical Association*, 295, 1549–1555.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871–878.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A., . . . BELLA study group. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl. 1), 22–33.
- Reef, J., van Meurs, I., Verhulst, F. C. & van der Ende, J. (2010). Children's problems predict adults' DSM-IV disorders across 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1117–1124.
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M. C. & Lecrubier, Y. (2004). Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry. *Encephale*, 30, 122–134.
- Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. *Pediatrics*, 126, 1240–1253.
- Rutter, M. L. (2011a). Progress in understanding autism: 2007–2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 395–404.
- Rutter, M. (2011b). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: Concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 647–660.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 276–295.
- Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265–296.
- Shiner, R. L. (2009). The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 21, 715–734.
- Soutullo, C. A., Chang, K. D., Díez-Suárez, A., Figueroa-Quintana, A., Escamilla-Canales, I., Rapado-Castro, M. & Ortuño F. (2005). Bipolar disorder in children and adolescents: International perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disorders*, 7, 497–506.
- Srinath, S., Kandasamy, P. & Golhar, T. S. (2010). Epidemiology of child and adolescent mental health disorders in Asia. *Current Opinions in Psychiatry*, 23, 330–336.
- Steiner, H. (2004). *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Steinhausen, H. C. (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Elsevier.
- Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: A challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 61–66.
- Vloet, T. D., Herpertz-Dahlmann, B. & Herpertz, S. (2006). Prädiktoren dissozialen Verhaltens. Periphere psychophysiologische Befunde bei Kindern und Erwachsenen mit Störungen des Sozialverhaltens. *Nervenarzt*, 77, 782–790.
- Volk, H. E. & Todd, R. D. (2007). Does the Child Behavior Checklist juvenile bipolar disorder phenotype identify bipolar disorder? *Biological Psychiatry*, 62, 115–120.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952–966.
- Wille, N., Bettge, S., Wittchen, H. U. & Ravens-Sieberer, U. (2008). How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl. 1), 42–51.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Manuskripteingang | 5. Oktober 2011 |
| Nach Revision angenommen | 6. September 2012 |
| Interessenkonflikte | Nein |

Dr. Martin Fuchs

Department Psychiatrie und Psychotherapie
 Medizinische Universität Innsbruck
 Anichstraße 35
 6020 Innsbruck
 Österreich
 martin.fuchs@i-med.ac.at

CME-Fragen



1. Methodisch fundierte epidemiologische Studien, die die 6-Monats-Prävalenz untersucht haben, ermittelten für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen überwiegend Raten zwischen
 - a) 3 und 10 %
 - b) 5 und 12 %
 - c) 10–17 %
 - d) 15–22 %
 - e) 20–27 %
2. Welche epidemiologischen Begriffe werden herangezogen, um Prävalenzraten für psychische Störungen anzugeben (Mehrfachantworten möglich)?
 - a) Punktprävalenz
 - b) Lebenszeitprävalenz
 - c) 6-Monats-Prävalenz
 - d) Rangprävalenz
 - e) 12-Monats-Prävalenz
3. Welche Angaben zur Prävalenz von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen sind richtig?
 - a) Hyperkinetische Störungen sind häufiger als aggressiv-dissoziale Störungen, häufiger als affektive Störungen und häufiger als Angsterkrankungen.
 - b) Angsterkrankungen sind häufiger als aggressiv-dissoziale Störungen und häufiger als affektive Störungen sowie hyperkinetische Störungen.
 - c) Die Prävalenzraten für Störungen durch Substanzgebrauch sind nicht so häufig erhoben worden.
 - d) Unterschiede in den epidemiologischen Angaben sind auch dadurch bedingt, dass nicht in allen Untersuchungen alle Störungen einer diagnostischen Kategorie erfasst wurden.
 - e) In Deutschland wird die Diagnose einer bipolaren Erkrankung häufiger vergeben als in den USA.
4. Bei folgenden Störungen wird von einer deutlichen Zunahme der Prävalenz im Verlauf der letzten 30 Jahre ausgegangen (Mehrfachantworten möglich):
 - a) Adipositas
 - b) Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
 - c) Bipolare Störungen in den USA bei stationären Aufnahmen
 - d) Bipolare Störungen bei ambulanten Patienten in Deutschland
 - e) Autismusspektrumerkrankungen
5. Welche Aussagen sind falsch (Mehrfachantworten möglich)?
 - a) Unter «heterotypic continuity» versteht man, dass einer bestimmten Erkrankung im Kindes- und Jugendalter eine gleichartige Erkrankung im Erwachsenenalter folgt.
 - b) Um die Prävalenz von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu ermitteln, sollte auch die subjektive Belastung durch die erfassten Symptome miterfragt werden.
 - c) Bei manchen epidemiologischen Studien wird ein Screening-Instrument (z. B. CBCL oder SDQ) eingesetzt, um nicht alle Kinder oder Jugendlichen einer Gesamtstichprobe ausführlich psychiatrisch untersuchen zu müssen.
 - d) Unter einer «homotypic continuity» wäre der Übergang einer Angststörung im Kindes- und Jugendalter in eine Schizophrenie im Erwachsenenalter zu verstehen.
 - e) Der späte Beginn einer Störung des Sozialverhaltens geht eher als ein früher Beginn in eine antisoziale Persönlichkeitsstörung über.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum 1.3.2013 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Professor Dr. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10
50931 Köln, Deutschland

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit
2 Fortbildungspunkte an.

Stempel

Zeitschrift für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
1/2013

HUBER 

Datum

Unterschrift

«The Child is Father of the Man» – Review von relevanten Studien zur Epidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | <input type="checkbox"/> |
| b. | <input type="checkbox"/> |
| c. | <input type="checkbox"/> |
| d. | <input type="checkbox"/> |
| e. | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort