

# Ringvorlesung

## Jugend und Jugendkulturen

Wintersemester 2010/11



## Zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter

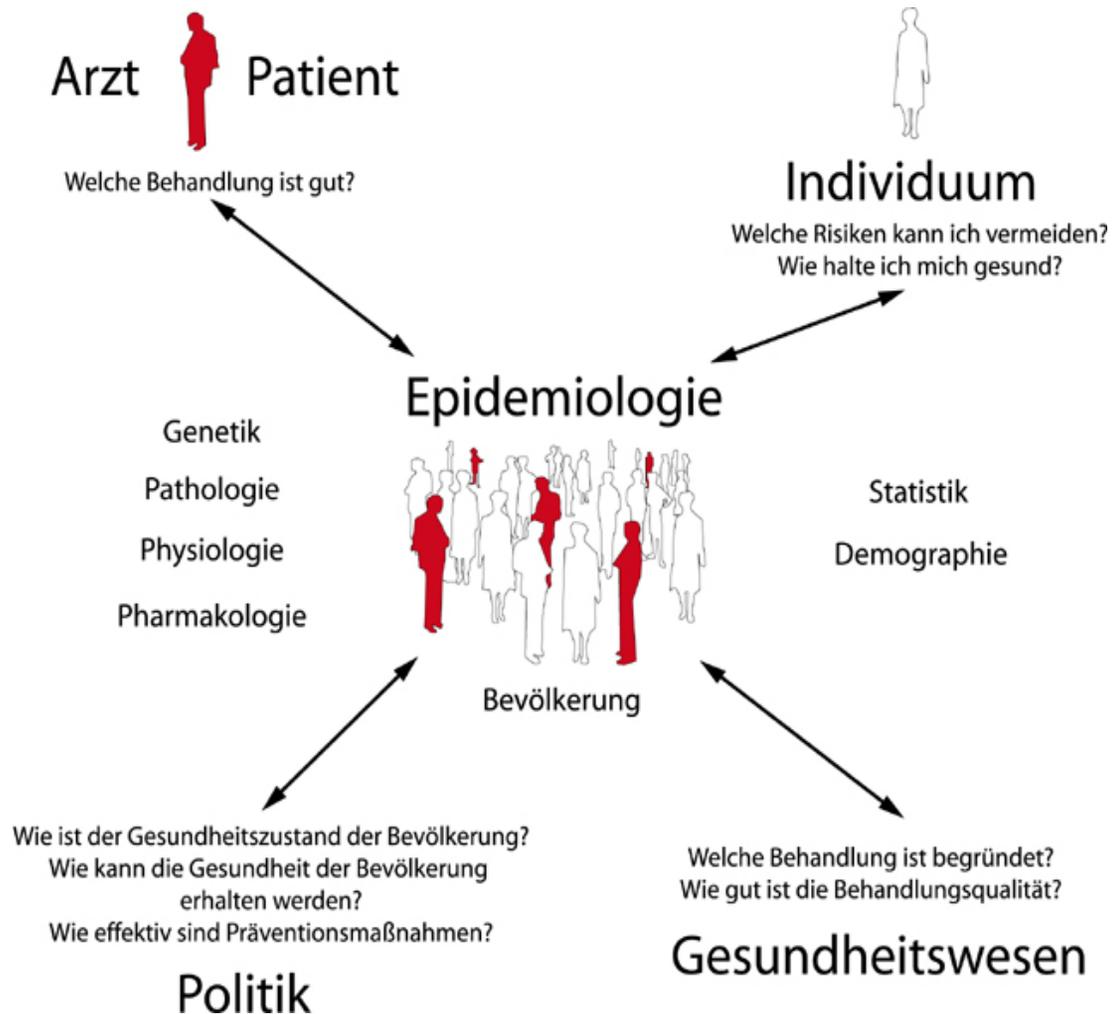
Claus Barkmann  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

# Problemstellung

- Aktuelle Diskussionen in der allgemeinen Öffentlichkeit und Fachwelt
- Bagatellisierung und Dramatisierung
- Allgemeine Grundannahmen:
  - Globalisierung, Wohlstand und Individualisierung führen zu psychischen Störungen
  - Das war schon immer so und wird auch so bleiben.
- Inkonsistente wissenschaftliche Befunde
- Einzelfall contra statistischer Durchschnitt
- Antwort kann nur über systematische empirisch-wissenschaftliche Studien erreicht werden → Epidemiologie!



# Was ist Epidemiologie?



# Was ist Epidemiologie?



- Epi = über, demos = Volk, logos = Lehre
- Wissenschaft von der Verteilung und den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände oder Ereignisse in der Bevölkerung sowie deren Anwendung zur Kontrolle von Gesundheitsproblemen
- Hauptziele: Prävention, Ätiologie, Surveillance, Diagnose, Therapie, Prognose
- Grundannahme: Gesundheit und Krankheit sind nicht zufällig verteilt, überwiegend Beobachtungscharakter, akkumulative indirekte Evidenz
- Basiskonzepte:
  1. Deskriptive Epidemiologie: Exposition ist nicht VL-beeinflussbar (was, wann, wo, wer?)
  2. Analytische Epidemiologie: Exposition ist experimentell gestaltbar (wie?)

# Was ist Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter?

1. Die Untersuchung von Art, Ausmaß und Verteilung psychischer Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter dient ...
  - der Bestimmung von Prävalenzen und Inzidenzen,
  - der Erfassung des Behandlungsbedarfs,
  - der Bestimmung zeitlicher Trends und
  - der Generierung ätiologischer Hypothesen.
2. Nutzen für die ...
  - Fachkräfte: Weiterentwicklung von Konzepten, Messinstrumenten und Forschungsmethoden
  - Politik: Planung, Beschreibung und Bewertung in der psychosozialen Gesundheitsversorgung
  - Allgemeinbevölkerung: Aufklärung



# Was sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter?

## - Unterschiedliche Bearifflichkeiten

Erlebens-  
Verhaltens-  
Psychische  
Psychiatrische  
Seelische

behavioral  
emotional  
mental  
psychiatric

Abweichungen  
Auffälligkeiten  
Probleme  
Störungen  
Erkrankungen

disorders  
disturbances  
diseases  
problems



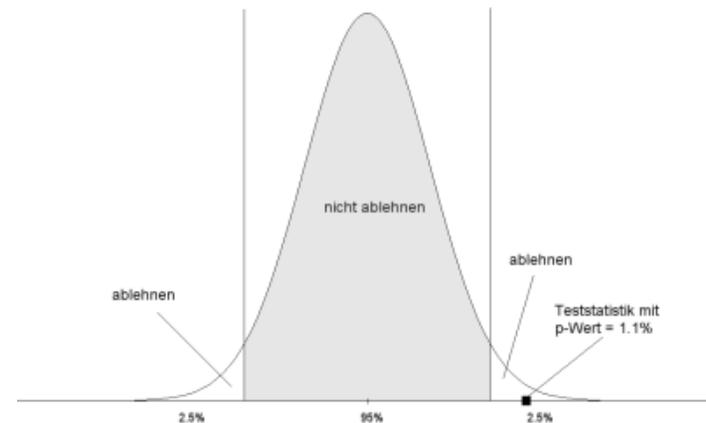
# Was sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter?

- Unterschiedliche Begrifflichkeiten
- Abgrenzung zur psychischer Gesundheit und anderen Formen von Abweichungen im Erleben und Verhalten
- psychische Störungen bei Erwachsenen
- spezifischen Störungsdefinitionen
- Dimensionalität psychischer Erkrankung
- subjektives Erleben
- Normkonzepte



# Was ist normal?

1. Idealnorm (Vollkommenheit)
2. Funktionalnorm (Aufgabenerfüllung)
3. Gesellschaftliche Norm (Erwartung)
4. Statistische Norm (Mehrheit)
5. Subjektive Norm (Individualität)



# Definition psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter



- Experten, z. B. Remschmidt (1988, S. 146): ... „ein Zustand willkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.“



- Gesetzgebung, z. B.
  - Psychiatrie-Enquête, Deutscher Bundestag 1975, Ausführungen der Nomenklatur-Kommission
  - Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 1998

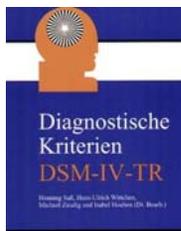


- Operationale Definitionen!

# Klassifikation psychischer Auffälligkeit

## Klinische Ansätze

1. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2000)
2. GAP-System (Group of the Advancement of Psychiatry (GAP, 1966)
3. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (WHO, 2006)
4. MAS: Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders (WHO, 1996)
5. OPD-KJ: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für das Kindes- und Jugendalter (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007)
6. Zero to Three: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (Zero to Three, 2005)



# Klassifikation psychischer Auffälligkeit

## Klinische Ansätze



### Multiaxiales Klassifikationsschema nach ICD-10 (MAS, WHO, 2006)

Achse 1: Psychische Symptomatik (Sektion V des ICD-10 außer F7 u. 8)

Achse 2: Entwicklungsstörungen (F8)

Achse 3: Intelligenz (F7)

Achse 4: Somatische Symptomatik (Alle Kapitel außer V)

Achse 5: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Z-Kodierung)

Achse 6: Globalbeurteilung psychosozialer Anpassung (0-9)

# Entwicklungspsychopathologie



- Säuglingsalter: Bindungsstörungen und Entwicklungsstörungen (Beziehungsverhalten, Essverhalten, Schreien, Schlaf)
- zweites Lebensjahr: Deprivationsstörungen, Entwicklungsstörungen mit Verdacht auf frühkindliche Behinderung oder Autismus
- Kleinkindalter: externalisierende und internalisierende Störungen, Ess- und Schlafstörungen sowie Entwicklungsverzögerungen
- mittlere Kindheit: Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Schulängste, depressive Reaktionen, psychosomatische Störungen, Zwänge und Tics, Lern- und Leistungsprobleme
- Jugendalter: Dissozialität, Drogenabhängigkeit, affektive Störungen mit und ohne Suizidalität, Angststörungen, Phobien, Essstörungen, Zwangsstörungen und schizophrene Psychosen



# Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

- entwicklungsbedingt hohe Merkmalsvariation und -fluktuation
- „Symptome“ sind auch bei Gesunden vorhanden
- Verhaltensweisen können je nach Alter und Entwicklungsstand normal oder pathologisch sein
- Erlebens- und Verhaltensweisen sind von äußeren Bedingungen abhängig
- eingeschränkte Krankheitswahrnehmung, -bewertung und Selbstauskunft
- Fremdurteile sind von Subjektivität, Eigeninteressen u. a. beeinflusst
- physische und psychische Störungen sind in jungen Jahren kaum zu trennen.



# Paradigmen

1. Biologisches Paradigma (physiologischen Prozesse)
2. Psychosoziales Paradigma (lerntheoretisch, humanistisch etc.)
3. Biopsychologisches Paradigma (Synthese aus 1 und 2)
4. Systemisches Paradigma (erkranktes soziales System)
5. Psychoanalytisches Paradigma (unbewußte Prozesse)

Heute: Bio-psycho-soziales Modell,  
multifaktorielle Ätiopathogenese  
psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter



# Ätiologische Konzepte

## 1. Medizinische Konzepte:

genetische Faktoren, angeborene Einflüsse, konstitutionelle Merkmale, sowie deren Wechselwirkungen mit intrapsychischen und Umwelteinflüssen

## 2. Entwicklungspsychologie:

Entwicklungsnorm, Interaktion und Kommunikation, Bindung und Identität, Entwicklungsaufgaben und ihrer Bewältigung, kritische Lebensereignisse, Entwicklungsphasen, ...

## 3. Entwicklungspsychopathologie:

Menschen als sich selbst organisierendes System, Vulnerabilität und Resilienz, Äqui- und Multifinalität, ...

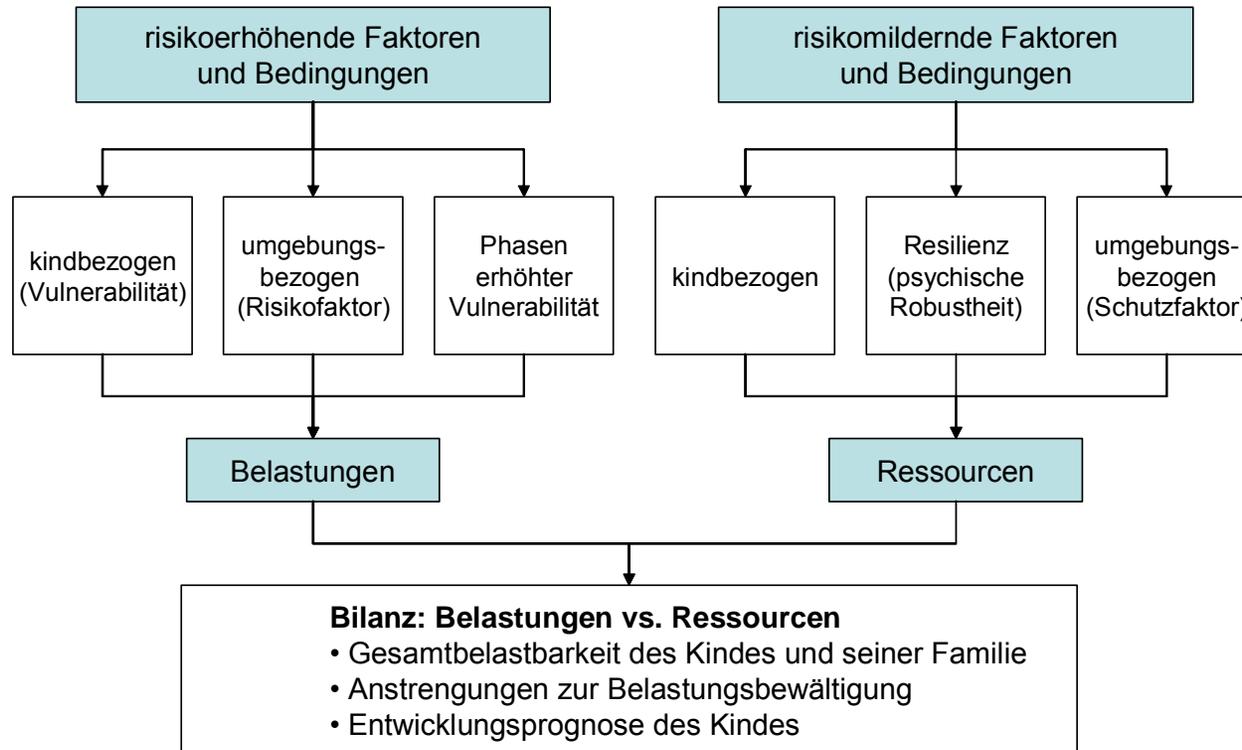


# Epidemiologische Risikoforschung

- Risikofaktoren: erhöhen die Erkrankungswahrscheinlichkeit
  - individuell
  - familiär
  - umweltgebunden
- Protektive Faktoren: mildern die Wirkung von Risikofaktoren
  - individuell
  - familiär
  - umweltgebunden
- Vulnerabilität/Resilienz: Empfindlichkeit für Wirkung von Risikofaktoren

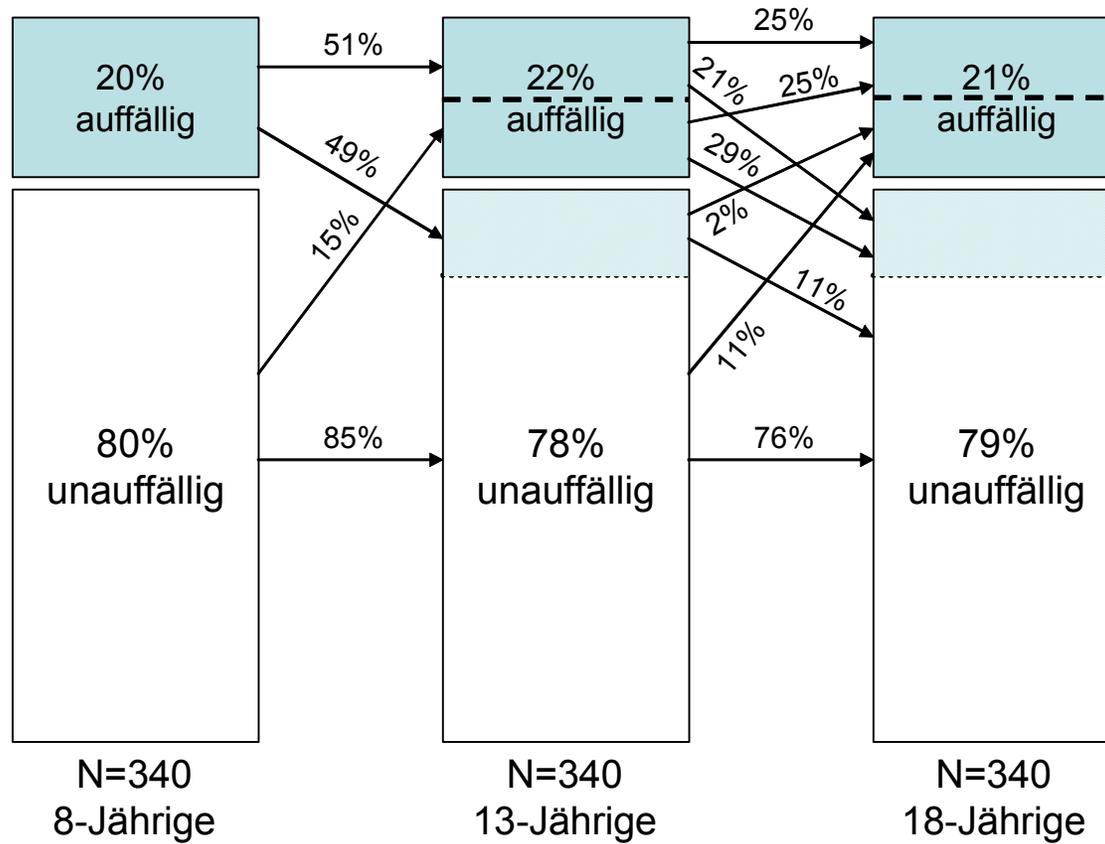


# Ätiologie-Modell



Risikoerhöhende und -mildernde Faktoren in der kindlichen Entwicklung (Petermann, 2002)

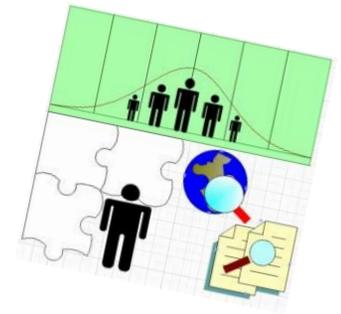
# Verlauf



Verlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen von 8 bis 18 Jahren (Esser et al., 1992)

# Methodenprobleme

- Designs: QS, prospektive LS, Fall-Kontrollstudien, kaum Experimente, oft mehrstufig
- Variablen: Beginn, Dauer und Ausmaß der Störung, vorausgehenden u. begleitenden Faktoren, Ermittlung der zeitlichen Abfolge
- Störgrößen: Parallelisierung, Matching, statistische Kontrolle
- Instrumente: Psychometrische Fragebogen, Interviews, Leistungstest, VB
- Stichproben: meist Gelegenheitsstichproben, Klumpen oder Quoten, hohe Verweigerungsraten, hoher Drop-Out
- Informationsquellen: mehrere, verschiedene Urteiler – Selbst-/Proxy-/Fremdurteile
- Probleme der Falldefinition
- Kennziffern: (Punkt- o. Perioden-)Prävalenz, Inzidenz, verschiedene Risikomaße (abs. u. rel. Risiko, Odds Ratio, ...



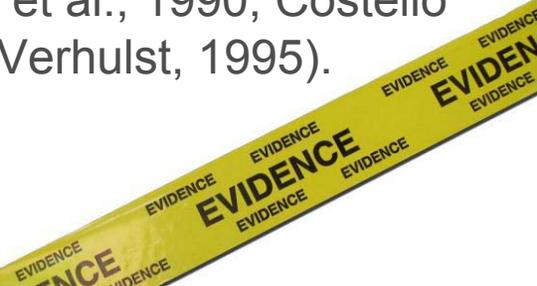
# Gesamtprävalenz - Problemstellung

- Inanspruchnahmepopulationen bieten keine zuverlässigen Prävalenzschätzungen!
- Populationsbezogene Routineerhebungen liefern keine validen Daten!
- Zur Messung der wahren Prävalenz psychischer Auffälligkeit und Störungen müssen repräsentative Bevölkerungstichproben untersucht werden.
- Dabei treten eine Reihe besonderer Probleme wie z. B. Fragen der Falldefinition, systematische Stichprobenausfälle oder Urteilerunterschiede auf.



# Gesamtprävalenz – Stand der Forschung

- Weltweit liegen bislang mehr als 100 Studien vor.
- Zu den Untersuchungen mit der international größten Resonanz zählen u. a.
  - die Isle-of-Wight-Studien (UK; Rutter et al, 1998),
  - die Kauai-Studie (USA; Werner, Bierman & French, 1971),
  - die Great-Smoky-Mountain-Study-of-Youth (USA; Costello et al., 1996)
  - der British Child and Adolescent Mental Health Survey (Ford et al., 2003)
- In Deutschland stehen systematische Bemühungen erst am Anfang (KIGGS mit Submodul für psychische Gesundheit).
- Mittlerweile existieren eine ganze Reihe von Überblicksarbeiten (z. B. Angold & Costello, 1995; Bird, 1996; Brandenburg et al., 1990; Costello et al., 2005; Eschmann et al., 2007; Ihle & Esser, 2002; Verhulst, 1995).



# MA-Fragestellungen

1. Wieviele Untersuchungen zur Bestimmung der Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen wurden bislang durchgeführt?
2. Welche Methoden wurden verwendet?
3. Welche Ergebnisse wurden erzielt?
4. Von welchen Studienmerkmalen hängen die errechneten Prävalenzen ab?
5. Gibt es eine Zu- oder Abnahme über die Jahrzehnte?
6. Wie unterscheiden sich deutsche von internationalen Studien?



# Design

- Metaanalytisches Vorgehen, weil:
  - bereits mehrere, voneinander unabhängige Untersuchungen vorliegen und
  - diese den typischen potenziellen Problemen und Verzerrungen unterworfen sind (Hunter & Schmidt, 1990).
- Vorteile der Metaanalyse (Cooper & Hedges, 1994):
  - replizierbare, systematische und unverzerrte Schätzung des mittleren Effekts
  - statistische Modellierung des Stichprobenfehlers und der Methodenartefakte
  - Prüfung von Moderatoren
- Basisliteratur:
  - Richtlinien der Cochrane-Gesellschaft (Higgins & Green, 2005)
  - Handbuch von Cooper und Hedges (1994)
  - Empfehlungen von Rustenbach (2003)



# Definition der Primärstudienpopulation

- Eingeschlossen: Empirische Primärstudien an unselegierten deutschsprachigen Feldstichproben von Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren, die eine Gesamtprävalenzrate psychischer Auffälligkeit oder Störung bestimmt haben.
- Ausgeschlossen: Inanspruchnahmestudien, spezifische Störungsbilder, Testvalidierungen, statistische Kriterien
- Der Bereich beobachtbarer Effekte umfasst v. a. Studien aus den Disziplinen ...
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie,
  - klinische Kinderpsychologie,
  - Pädagogik und
  - Public Health.



# Literaturrecherche

- Abstract-Datenbanken:
  - ERIC, FORIS, MEDLINE, PSYINDEX, PsycINFO, SCI und SSCI
  - professioneller Suchdienst sowie eigene Suche
  - datenbankspezifisch und iterativ angepasst
- Zusätzlich:
  - Expertenbefragungen
  - lokale Bibliotheksbestände
  - Fachtagungen
  - staatliche, gemeinnützige und private Dokumentations-/Forschungseinrichtungen
  - Literaturverzeichnisse relevanter Arbeiten
  - Zufallsfunde



# Auswertung

1. Kodierung von Ergebnissen sowie Methoden- und Validitätsmerkmalen
2. Deskription mit Hilfe mono-, bi- und multivariater Statistik
3. Effektintegration mit Hilfe des Modells zufallsvariabler Effekte, Präzisionsgewichtung, Homogenitätstest Q und Varianzerklärungskoeffizient  $I^2$ .
4. Sensitivitätsanalysen über gewichtete lineare Regressions- und (Ko-) Varianzanalysen sowie die Bestimmung methodengewichteter Effekte
5. Prüfung eines zeitlichen Trends über den Steigungskoeffizienten der Regressionsgerade von Primärstudienprävalenz auf Erhebungsjahr
6. Vergleich von Methoden und Ergebnissen mit internationalen Primärstudien (Review von Roberts, Attkisson & Rosenblatt, 1998).



# Bestand der Primärstudien

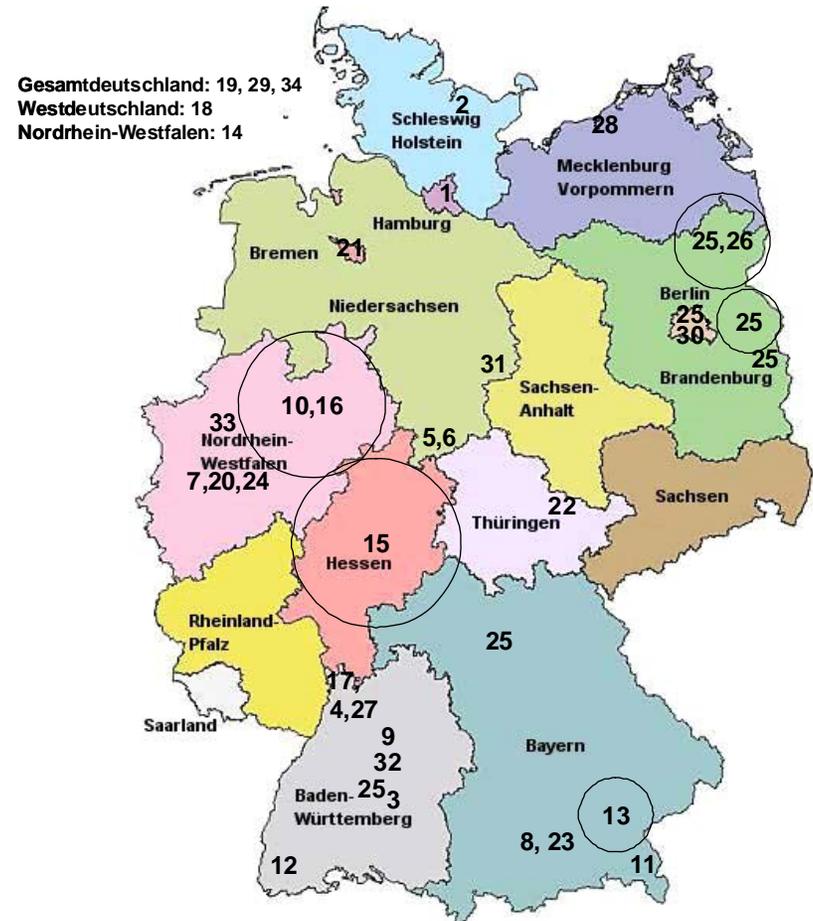
Von 1949 bis 2009 K = 34 Arbeiten

- 76.5% (k = 26) aus Westdeutschland
- 3 gesamtdeutsche Stichproben
- 3 x Ostdeutschland
- 1x Berlin
- 1x überregional

Nicht inkludiert:

- 1 Studie aus der DDR
- 1 Studie aus der Schweiz

Keine Studie aus Österreich



# Methoden-Eigenschaften I

Merkmals	Ausprägung	%	k
Datenerhebungsverfahren	Fragebogen	61.8	21
	Interview	26.5	9
	multiple Methoden	11.8	4
Erfasste Altersgruppe*	3-5 J.	41.2	14
	6-10 J.	55.9	19
	11-13 J.	32.4	11
	14-18 J.	35.3	12
Stichprobenauswahl	städtisch	67.6	23
	regional	17.6	6
	überregional	5.9	2
	bundesweit	8.8	3
Ziehungsverfahren (1x keine Angabe)	Zufallsziehung	39.4	13
	Klumpenziehung	27.3	9
	Quotenziehung	15.2	5
	Totalerhebung	18.2	6
Ziehungseinheit (3x keine Angabe)	Einrichtungen	71.0	22
	Haushalte	25.8	8
	Interviewerkontakt	3.2	1

Anmerkungen. gültige Prozent; \*Mehrfachnennungen möglich; K=34.



## Methoden-Eigenschaften II



Merkmals	Ausprägung	%	k
Informationsquelle*	Eltern	67.6	23
	Selbsturteil	32.4	11
	Erzieher/Lehrer	32.4	11
	Untersucher	8.8	3
Zeitperiode*	<6 Monate	41.2	14
	6 Monate	50.0	17
	12 Monate	8.8	3
	Lebenszeit	5.9	2
Falldefinition*	Urteil des Befragten	12.1	4
	Urteil des Untersuchers	9.1	3
	Fragebogenkriterien	66.7	22
	Diagnosekriterien	15.2	5

Anmerkungen. gültige Prozent; \*Mehrfachnennungen möglich; K=34.

# Validität der Primärstudien I

	k (ja)	M	SD	Mod
<b>EINZELRATING (nein=0, ja=1)</b>				
<b>Statistische Validität</b>				
Standardisierung	31	0.91	0.288	1
Instrumentenreliabilität	23	0.68	0.475	1
Stichprobengröße	12	0.35	0.485	0
Anwendung der Effektgröße	34	1.00	0.000	1
Signifikanzstatistische Absicherung	3	0.09	0.288	0
<b>Konstruktvalidität</b>				
Explikation des Zielkonstruktes	31	0.91	0.288	1
Mehrdimensionalität	29	0.85	0.359	1
Validität der Operationalisierung	23	0.68	0.475	1
Hypothesenkonformes Verhalten	27	0.79	0.410	1
Reaktionen sozialer Erwünschtheit	34	1.00	0.000	1
Ergebniserwartung der Forscher	32	0.94	0.239	1

Anmerkungen. K=34.



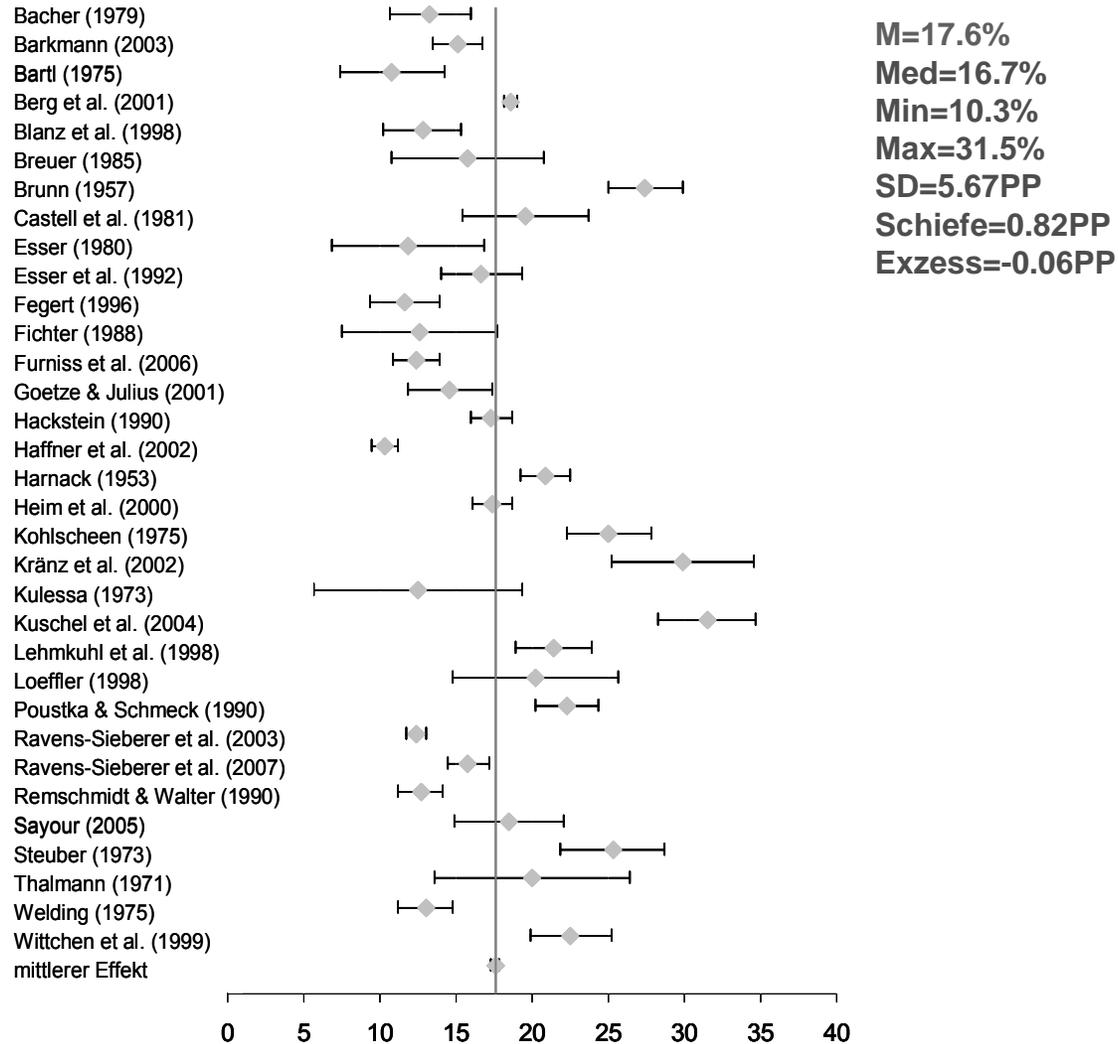
## Validität der Primärstudien II

	k (ja)	M	SD	Mod
<b>Inhaltliche Validität</b>				
Designeffekte	34	1.00	0.000	1
Testungseffekte	34	1.00	0.000	1
Instrumenteneffekte	28	0.82	0.387	1
Urteilereffekte	26	0.76	0.431	1
Selektionsverzerrungen	24	0.71	0.462	1
Drop-Out	26	0.76	0.431	1
Validität der Faldefinition	20	0.59	0.500	1
<b>Externe Validität</b>				
Repräsentativität der Stichprobe	5	0.15	0.359	0
Repräsentativität des Settings	34	1.00	0.000	1
Geschichtsbias	32	0.94	0.239	1
<b>GESAMTRATING (1-7-Kodierung)</b>				
Statistische Validität	-	4.82	1.714	6
Konstruktvalidität	-	5.32	1.665	6
Inhaltliche Validität	-	5.00	1.414	6
Externe Validität	-	4.15	1.500	4
<b>Gesamtvalidität</b>		4.53	1.522	5

Anmerkungen. K=34.



# Verteilung der mittleren Primärstudieneffekte



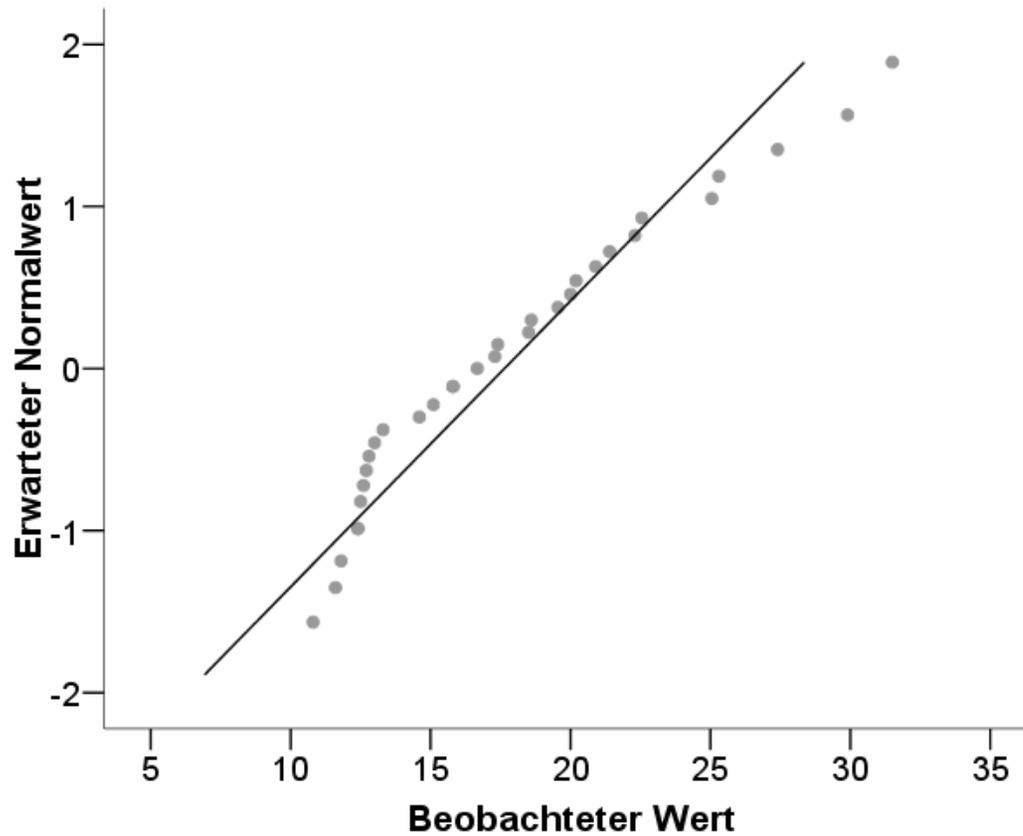
# Effektdeskription und Homogenitätsprüfung im Modell zufallsvariabler Effekte

- Die präzisionsgewichtete durchschnittliche Primärstudienprävalenz liegt bei

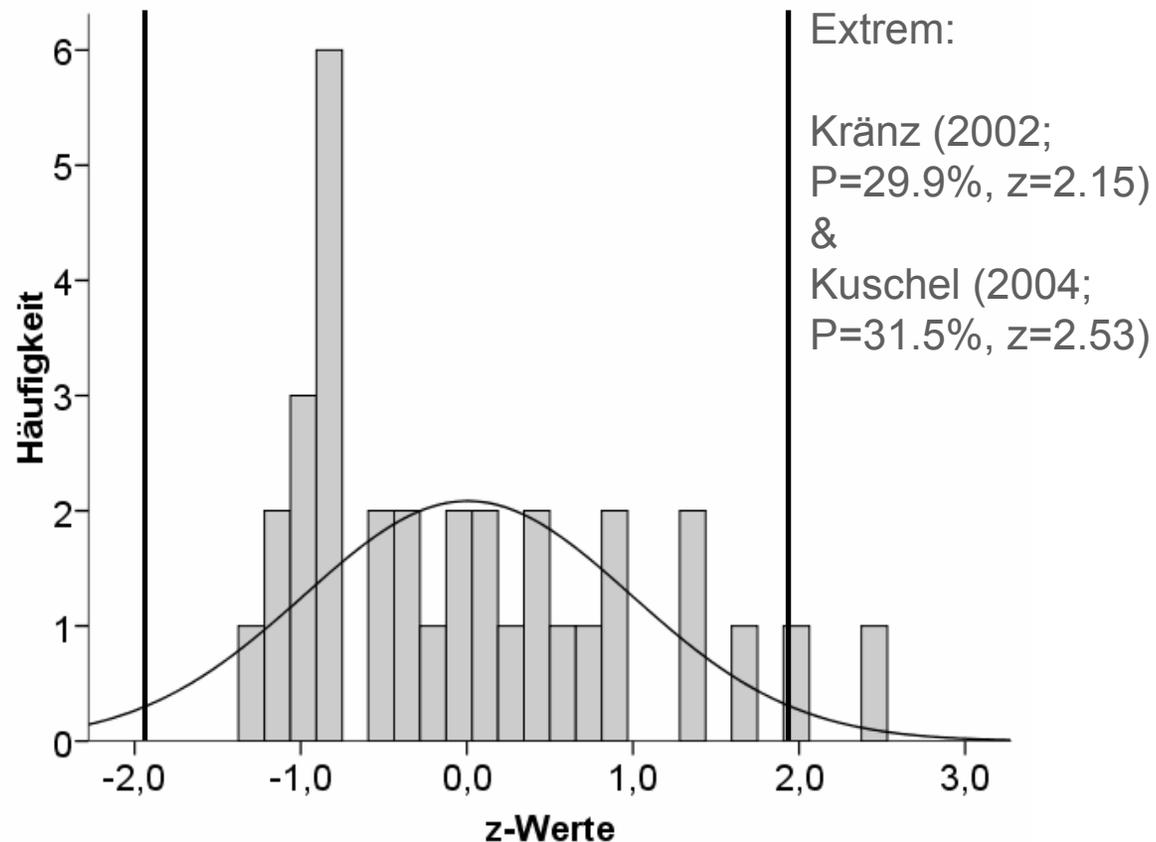
**M=17.6% (95%-KI=15.7;19.5, k=33).**

- Die Prüfung auf Homogenität zeigt mit  $X^2=32.143$ ,  $df=32$  und  $p=0.460$  an, dass die Einzelprävalenzen gemittelt werden dürfen.
- Die a posteriori bestimmte Power beträgt  $1-\beta=99.9\%$ .
- Derjenige Varianzanteil, der auf Heterogenität der Effekte statt auf Fehlervarianzen zurückzuführen ist, beträgt  $I^2= 0.4\%$ .

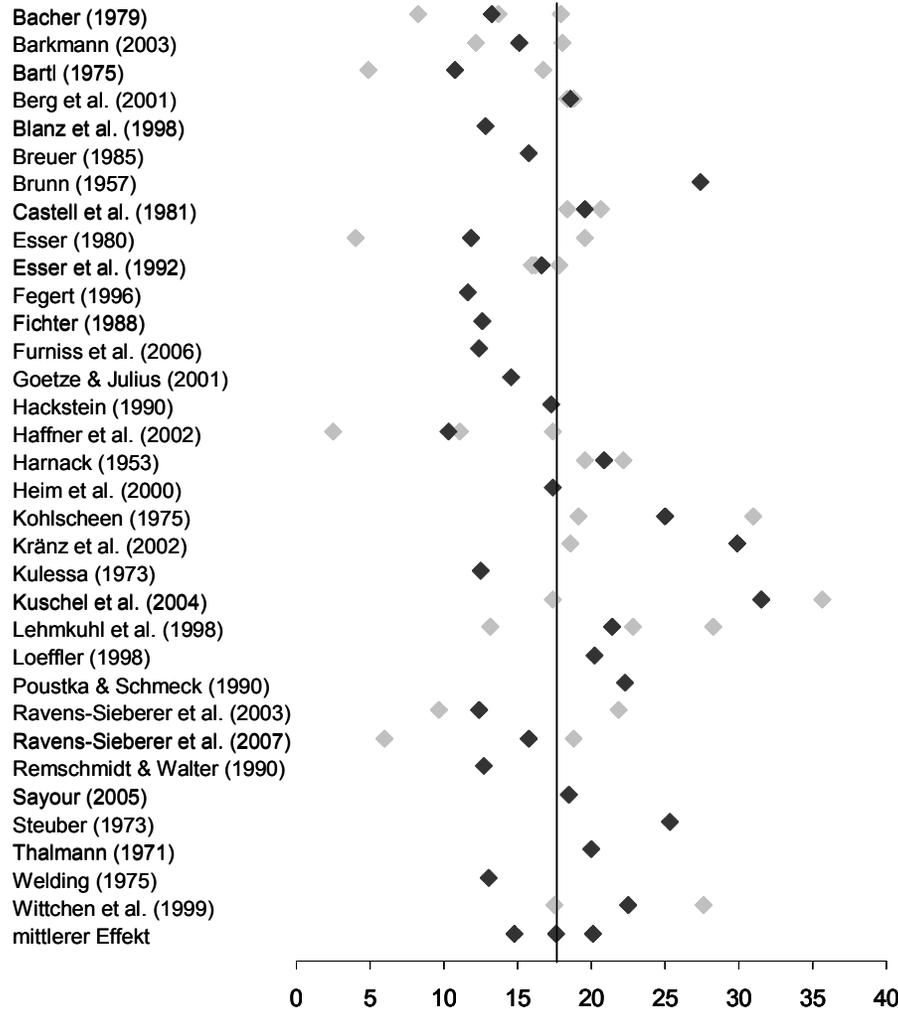
# Normal-Quantil-Plot



# Outlier-Analyse im Modell zufallsvariabler Effekte



# Verteilung der Original-Primärstudieneffekte



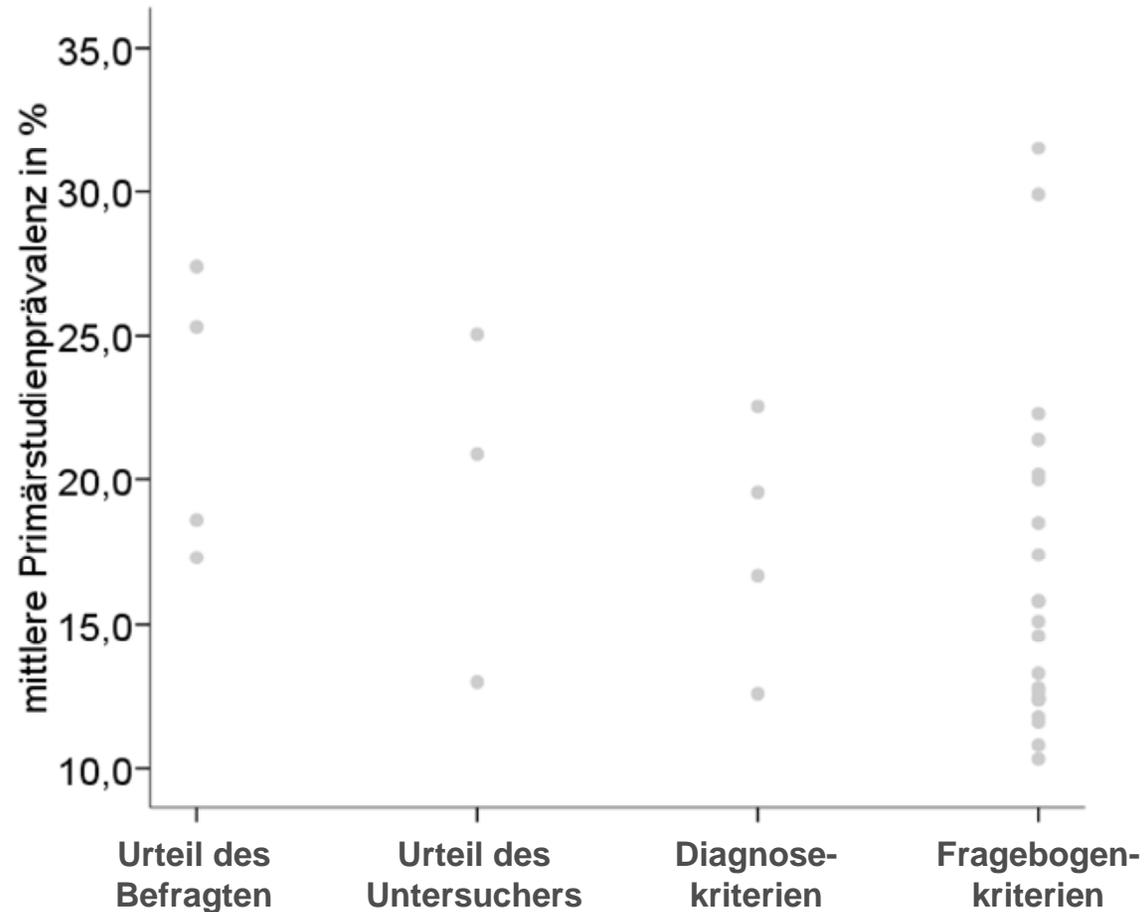
# Sensitivität gegenüber Effekttransformationen

1. Untransformierte Integration: M=17.6% (95%-KI=15.7;19.5)
2. Logit-Transformation: M=16.9% (95%-KI=15.0;18.9)
3. Ausschluss von Ausreißern: M=16.8% (95%-KI=14.8;18.8)
4. Integration minimaler Effekte: M=14.8% (95%-KI=12.9;16.7)
5. Integration maximaler Effekte: M=20.1% (95%-KI=18.2;22.1)

# Methoden-Sensitivität I

1. Exploration der Methodenabhängigkeit der Prävalenzschätzung über hierarchisch modellierte, gewichtete lineare Regressions- und (Ko-)Varianzanalysen an Hand der ...
  - 34 binär kodierten Methodenmerkmale
  - 4 Methodenskalen
  - 2- und 6-Clusterlösung
2. Einzige (tendenziell) signifikante Prädiktoren:
  - „Norddeutschland“ (M=20.2, k=13 vers. M=15.9, k=20, p=.031)  
Ursache: Ausreißer-Studien von Kränz (2002) und Kuschel (2004)
  - „Fragebogenkriterien als Falldefinition“ (M=16.4, k=22 vers. M=20.0, k=11, p=.083)

## Methoden-Sensitivität II



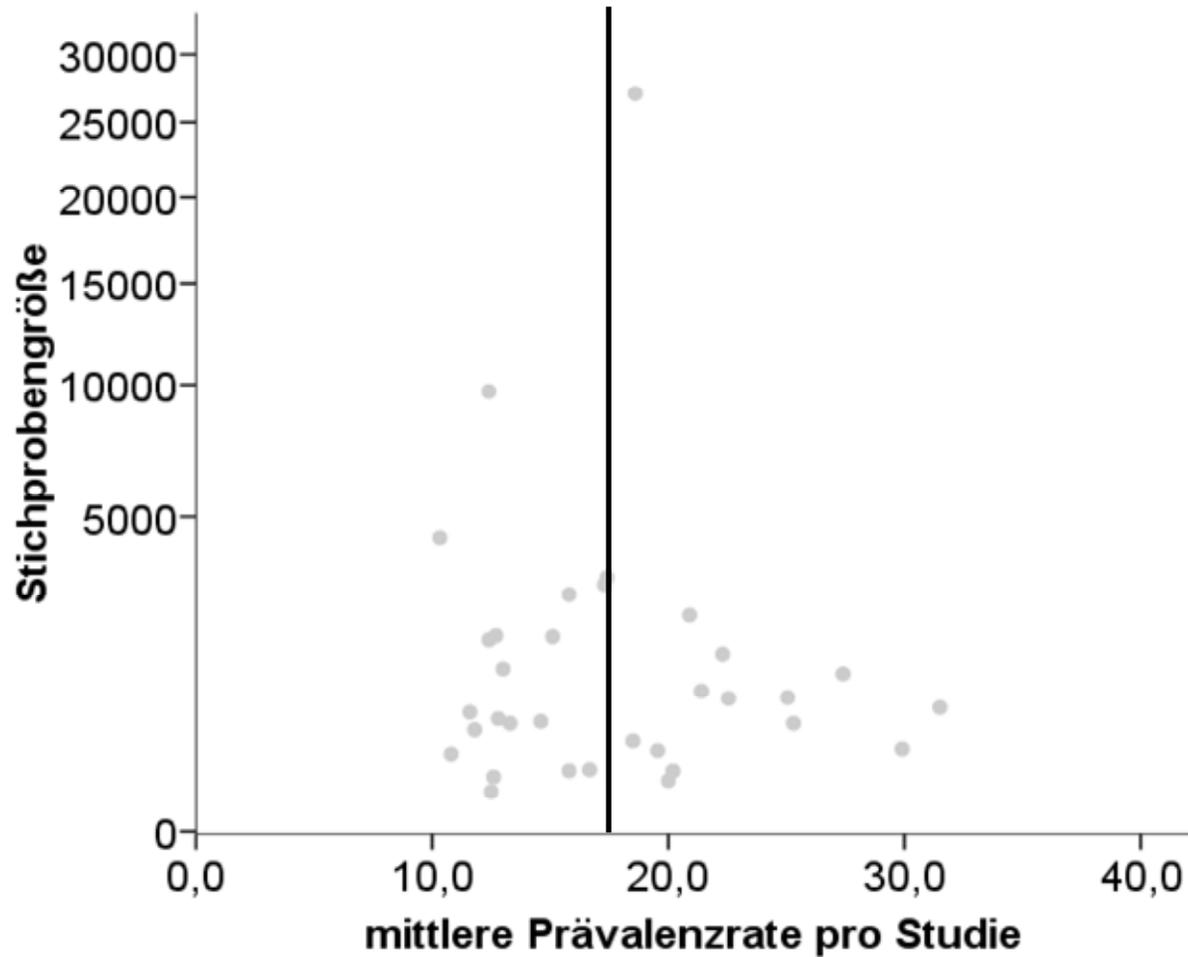
# Validitäts-Sensitivität

Validitätskriterium	niedrig			<u>M</u>	hoch		
	<u>M</u>	SE	<u>k</u>		SE	<u>k</u>	
<b>EINZELRATING</b>							
Standardisierung	24.5	3.22	3	16.9	1.03	30	
Stichprobengröße	19.3	1.26	21	14.8	1.58	12	
<b>GESAMTRATING</b>							
Statistische Validität	20.6	1.37	17	14.4	1.42	16	
Konstruktvalidität	22.8	1.63	12	14.6	1.23	21	
Inhaltliche Validität	20.0	1.32	18	14.6	1.47	15	
Externe Validität	18.0	1.03	30	13.9	3.25	3	
Gesamtvalidität	19.4	1.18	23	13.6	1.78	10	

Anmerkungen. k=33.

Die mit der Gesamtvalidität gewichtete  
durchschnittliche Primärstudienprävalenz  
beträgt **16.2%**  
(95%-KI=14.3;18.2).

# Publication Bias

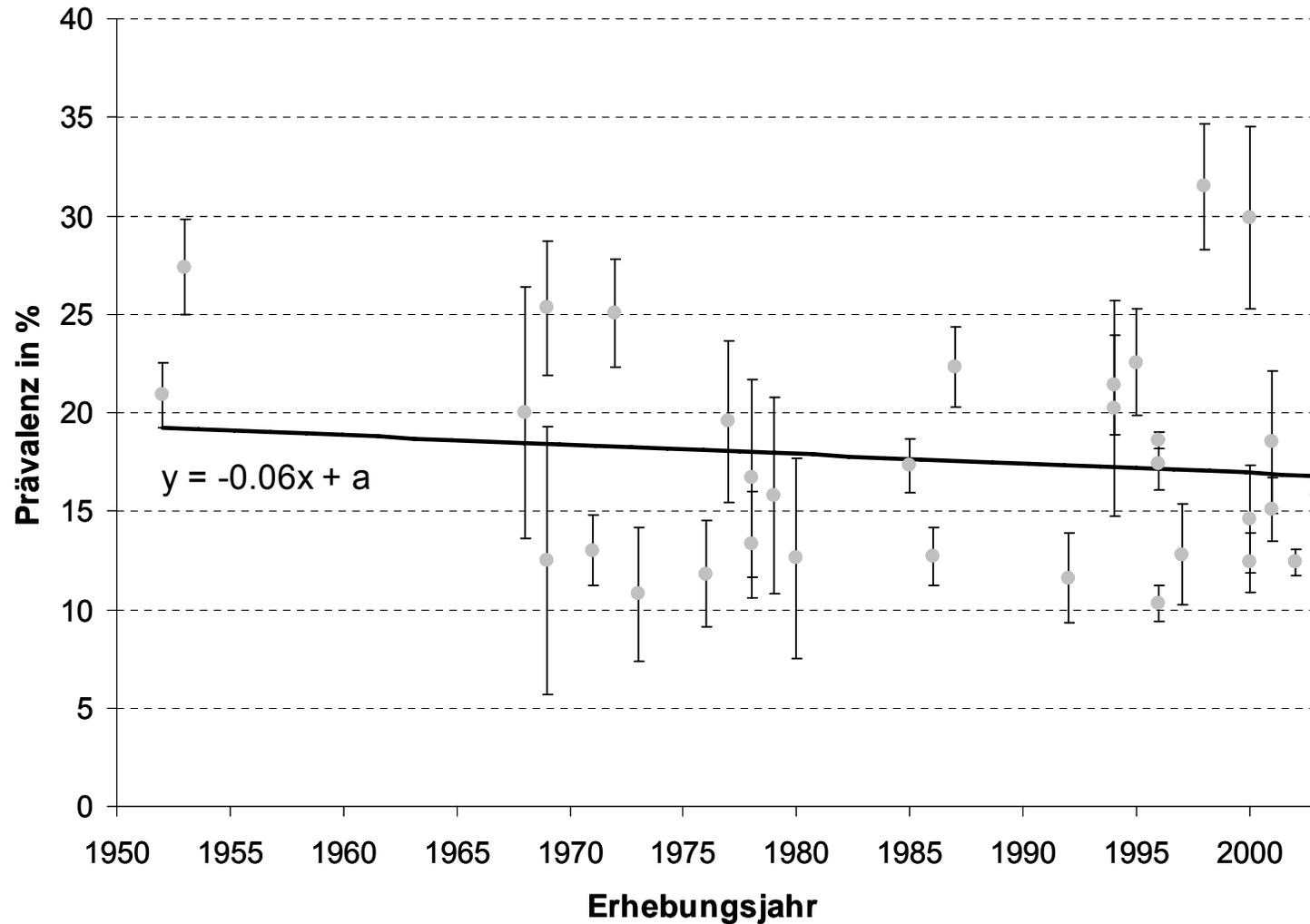


# Fail Safe N

wahre mittlere Effektstärke	angenommener mittlerer Effekt unpublizierter Studien	fail-safe- Anzahl
10.0	0.0	25.2
	2.5	33.6
	5.0	50.4
	7.5	100.8
15.0	2.5	7.0
	5.0	8.7
	7.5	11.6
	10.0	17.4
	12.5	34.8
20.0	22.5	31.2
	25.0	15.6
	27.5	10.4
	30.0	7.8
	32.5	6.2
	35.0	5.2

Anmerkungen. M=17.64%; k=33.

# Zeitlicher Trend





# Internationaler Forschungsstand

## Roberts, Attkisson & Rosenblatt (1998)

- Seit 1950 K=52 Forschungsarbeiten aus über 20 Ländern aller Kontinente.
- Die meisten Untersuchungen aus den USA und England (25% bzw. 12%).
- Deutschsprachige Studien kaum erfasst  
(nur Castell et al., 1981; Esser et al., 1992).
- Die Stichprobengrößen reichen von n=58 bis 8462 Fällen (M=1201, Med=831).
- Die Gesamtprävalenzrate schwankt zwischen 1% und 51%, der ungewichtete Mittelwert über alle Studien beträgt M=15.8% (Med=13.7%).
- Über die Jahrzehnte hinweg liegen bei Kontrolle weiterer Unterschiede keine Differenzen in den mittleren Prävalenzraten vor.

# Zusammenfassung

1. Die Kompletterhebung erbrachte von 1949 bis heute K=34 Arbeiten.
2. Insgesamt sind N=74.013 Kinder unter Verwendung variierender, jeweils zeitlich aktueller Methoden untersucht worden.
3. Die präzisionsgewichtete durchschnittliche Primärstudienprävalenz liegt bei M=17.6% (95%-KI=15.7;19.5).
4. Die Effektschätzung ist weniger methoden- als validitätsabhängig (je valider, desto niedriger). Die mit der Gesamtvalidität gewichtete mittlere Primärstudienprävalenz beträgt 16.2% (95%-KI=14.3;18.2).
5. Die vorliegenden Daten zeigen keine Zunahme der gemessenen Prävalenz über die letzten Jahrzehnte ( $b = -.06PP$  pro Jahr, 95%-KI=-0.19;0.08).
6. Die mittlere Prävalenz internationaler Studien liegt aufgrund anderer Messinstrumente und Fallkriterien etwas niedriger (M=15.8%).



# Limits

## 1. Klassische Kritik an Metaanalysen:

- Garbage in – Garbage out
- Vergleich von Äpfeln und Birnen
- Subjektivität der Forscher



2. Breite der Analyse erhöht Generalisierbarkeit, vermindert klin. Validität
3. Hohe Zahl von post-hoc Analysen, teilweise ungünstige Zellbesetzungen
4. Keine Alters-, Geschlechts- oder Sozialschichteffekte bestimmbar
5. Publikationsbias kann nicht vollständig ausgeschlossen werden.

# Ergebnisse von Längsschnittstudien

- Richter et al. (2008): Nehmen psychische Störungen zu?
- systematisches Review von LS-Studien zur Gesamtprävalenz
- international von 70er Jahre bis heute:
- insgesamt 18 Studien
  - 11 zeigen keinen Trend
  - 4 ansteigend
  - 3 absteigend

Autoren	Zeitraum	n	epidem. Maß/ Instrument	T1	T2	T3	Tendenz
Achenbach et al.	1981; 1989; 1999	je 696	TRF (Total)	19,7	21,8	19,5	↗
Achenbach et al.	1976; 1989; 1999	je 670	CBCL (Total Problems)	18,0	24,3	21,4	↗
Chakrabarti u. Fombonne	1995; 2002	15500; 10903	Prävalenz	0,62%	0,59%		↔
Collishaw et al.	1974; 1986; 1999	10499; 7293; 868	Rutter Scale (Screen-Positiv)	Verhaltensprobleme: 6,8% Hyperaktivität: 8,9% emotionale Probleme: 10,2%	Verhaltensprobleme: 10,4% Hyperaktivität: 7,1% emotionale Probleme: 10,5%	Verhaltensprobleme: 14,9% Hyperaktivität: 12,0% emotionale Probleme: 16,9%	↗
Costello et al.	1971+	59703	Prävalenz	... 30 years of research suggests that, for as back as we have reliable assessments, a similar proportion of children has been depressed... (1268)			↔
deJong	1988; 1993	807; 809	ABCL	Aufmerksamkeit: 7,88 Unruhe: 3,15 Aggressivität: 2,03 Angst/Unsicherheit: 3,32	Aufmerksamkeit: 7,24 Unruhe: 2,94 Aggressivität: 2,01 Angst/Unsicherheit: 2,89		↔
Fichter et al.	1980; 1998	2631; 2920	GHQ-28	„One major finding (...) was that psychopathology measured by the (...) GHQ-28 showed a significant increase...“ (31)			↗
Fichter et al.	1980; 1998	2631; 2920	ANIS	„The most pronounced time effect was found for ANIS subscale Bulimic Behaviour, which decreased in time in both locations for both boys and girls.“ (319)			↔
McArdle et al.	1973; 1994	515; 1044	Rutter Scale (Screen-Positiv)	32,2%	28,4%		↘
Maughan et al.	1999; 2004	10438; 7977	SDQ	„Ratings on most „problem“ subscales remained stable or showed small declines over this period...“ (305)			↔
Simpson et al.	2001; 2002; 2003	10367; 9512; 9399	SDQ	5,2%	5,5%	4,8%	↔
Sourander et al.	1989; 1990	985; 962	Rutter Scale; CDI	Rutter Parent: 13% Rutter Teacher: 12% CDI: 7%	Rutter Parent: 10% Rutter Teacher: 9% CDI: 9%		↔
Tick et al.	1983; 1993; 2003	2447; 2227; 1710	CBCL (Total); TRF (Total)	CBCL: 19,9 TRF: 19,2	CBCL: 20,2 TRF: 19,6	CBCL: 23,5 TRF: 20,9	↗
Tick et al.	1989; 2003	394; 279	CBCL (Total)	13,5	11,2		↘
Twenge u. Nolen-Hoeksema	1980-1998	1095; 810 61424	YSR (Total) CDI	M: 20,3; F: 16,2	M: 12,9; F: 19,5		↔
				„Contrary to expectations, CDI scores were negatively correlated with birth cohort, meaning that depression scores have decreased slightly with successive birth cohorts...“ (583f.)			↘
Wang by et al.	1970; 1996	522; 529	IDA Symptom Questionnaire	„The main conclusion from these comparisons was that, at large, girls' adjustment in mid-adolescence appeared to be remarkably similar over the 26-year period.“ (150)			↔
West u. Sweeting	1987; 1999	966; 2196	GHQ-12 Case-ness (Prävalenz)	M 12,7%; F: 18,8%	M 15,1%; F: 23,5%		↗

# Was ist alles in Gesamtprävalenzen drin?

(Remschmidt & Schmidt, 2000)

- Varianten normalen Erlebens und Verhaltens (z. B. akute Belastungen)
- Frühe Störungen mit überdauernden Beeinträchtigungen (z. B. Autismus)
- Entwicklungsabhängige Störungen (z. B. Enuresis)
- Altersspezifisch verlaufende Störungen (z. B. Ess-Störungen)
- Entwicklungsabhängige Interaktionsstörungen (z. B. Geschwisterrivalität)
- Früh beginnende Erwachsenen-Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen)
- ...
- Mess- und Stichprobenfehler
- Methodenartefakte (Design, Falldefinition, Urteiler etc.)



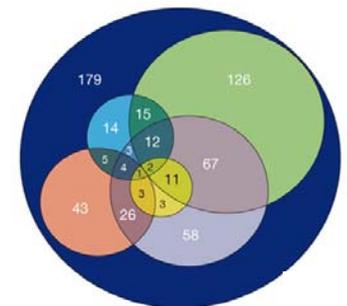
# Störungsspezifische Prävalenzen

Nach Ihle & Esser (2002)

Autoren	Alter in Jahren	depressive Störungen	Angst- störungen	hyperkinetische Störungen	dissoziale Störungen	Tics/ Stereotypien	Enuresis/ Enkopresis
Anderson et al. (1987); Mc Gee et al. (1990); Feehan et al. (1994)	11 15 18	1,8 4,2 18,0	7,4 10,7 19,7	6,7 2,1 0	9,1 9,0 5,5	– – –	– – –
Esser et al. (1990; 1992) Ihle et al. (2000)	8 13 18	1,1 2,3 1,2	4,0 4,0 5,1	4,6 1,7 1,1	1,7 8,6 6,3	0,9 2,3 1,6	3,7/0 2,8/0,6 0,6/0
Costello et al. (1988; 1993)	7–11 12–18	1,6 4,2	15,4 14,4	2,3 12,2	9,8 13,9	– –	4,4/0,8 –
Velez et al. (1989); Cohen et al. (1993a; 1993b)	9–18 11–20	3,4 2,8	19,6 10,4	12,0 7,6	7,1 5,8	– –	– –
Costello et al. (1996)	9-13	1,5	5,7	1,9	6,1	4,2	5,1/0,7
Essau et al. (1998)	12–17	17,9	18,6	–	7,2	–	–
Fergusson et al. (1993)	15	6,6	12,8	4,8	10,8	–	–
Fombonne (1994)	8–11	0,4	5,5	0,6	5,9	–	–
Kashani et al. (1987)	14–16	8,0	8,7	2,0	14,7	–	0,7/–
Lewinsohn et al. (1993)	14–18	2,9	3,2	0,4	1,0	–	–
Offord et al. (1987; 1992)	4–11 12–16	10,5 (emotionale Störungen) 9,3 (emotionale Störungen)	6,7 5,3	4,2 7,1	– –	– –	– –
Shaffer et al. (1996)	9–17	6,2	13,0	4,1	10,3	–	1,6/–
Steinhausen et al. (1998)	6–17	0,7	11,6	5,3	2,1	6,0	–/–
Verhulst et al. (1997)	13–18	4,9	9,7	2,3	3,9	1,9	1,1/0,1
Wittchen et al. (1999)	14–24	10,1	9,3	–	–	–	–

# Komorbidity

1. Komorbidity: Gleichzeitiges Auftreten verschiedener Störungen zu einem Zeitpunkt durch
  - überlappende diagnostische Kriterien (z. B. motorische Unruhe)
  - artifizielle Aufteilung (emot. Stör. mit Geschwisterrivalität – opp. Trotz)
  - entwicklungsbedingt (frühe Manifestation späterer Störung)
  - hierarchische Ordnung (ADS-Autismus)
2. Etwa ein Drittel weist Komorbidityen auf, z. B.
  - Störung des Sozialverhaltens – Depression = SSV u. Emotionen
  - Hyperkinese – dissoziales Verhalten = ADHS mit SSV
3. Störungsspezifisch unterschiedlich...



# Versorgungslage

- Inanspruchnahme: Art, Häufigkeit und Dauer der Kontakte mit Versorgungseinrichtungen
- für Kinder über Eltern, Erzieher und Lehrer
- Definition:
  - tatsächliche Inanspruchnahme
  - Diagnose
  - Beeinträchtigung
  - Risikoexposition
- Behandlungsquote deutlich niedriger als bei Erwachsenen (<50%)
- somatische statt psychosoziale Versorgung
- Korrelate:
  - kindbezogene Merkmale
  - familienbezogene Merkmale
  - externe Variablen



# Verbesserung der Versorgung

1. Präventionsprogramme zur Aufklärung und zum Abbau von Vorurteilen
2. Verbesserte Aus- und Weiterbildung in somatische Institutionen
3. Verbesserte Kooperation von somatischen und psychosozialen Einrichtungen
4. Optimierung bestehender Untersuchungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote
5. Optimierte Ausbildung von Psychiatern, Psychologen, Lehrern, Erziehern, Kindergärtnern
6. Förderung individueller, familiärer und sozialer Ressourcen
7. ....





## Zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter

Claus Barkmann  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**