

JuQuest-ExpertInnen-Konferenz „Jugendliche im Niemandsland“

**„Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen:
überschätzt oder unterversorgt?“**

OA Dr. Martin Fuchs

Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Department Psychiatrie und Psychotherapie



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Gliederung

- Wie häufig sind psychische Störungen in Kindheit und Jugend?
- Wie häufig findet man psychische Störungen in forensischen Stichproben?
- Wie verlaufen psychische Störungen?
 - Vorstellung der Tiroler Studie, erste Daten daraus
- Ursachen und Behandlung von psychischen Störungen: „state of the art“ 2014
- Wünsche an Politik und Institutionen



Häufigkeit psychischer Probleme in Kindheit und Jugend



Warum sind epidemiologische Daten so wichtig?

- „Wie groß ist das Problem?“
- **Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung** von Klinikbetten, Klinikambulanzen, Tageskliniken, Therapieplätzen, WG-Plätzen...
- **Argumentationsgrundlage**



Psychische Störungen in Kindheit und Jugend häufig!

Psychische Störungen: ca. 15 – 20 % Lebenszeitprävalenz

Körperliche Erkrankungen



Tabelle 4

Lebenszeitprävalenz somatischer chronischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren 2003 bis 2006:

Krankheit	Prozent
obstruktive Bronchitis	13,3
Neurodermitis	13,2
Skoliose	5,2
Asthma	4,7
Epilepsie	3,6
Diabetes mellitus	0,14
onkologische Erkrankungen	0,2

Leitthema: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys

Bundesgesundheitsministerium
Grundrechtsschutz 2007: 10480-700
DOI 10.1007/978-3-642-01428-4
© Springer Medizin Verlag 2007

Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS)

P. Kamtsiuris · K. Azzopardo · U. Ellert · R. Schlack · M. Schlaud
Robert Koch-Institut, Berlin, BRD

Kamtsiuris, 2007

Wichtige Studie im deutschen Sprachraum: BELLA-Studie

- Datenerhebung 2003-2006
- **n= 2863 a=7-17**
- **21,9%** der untersuchten Kinder und Jugendlichen „Hinweise“ auf psychische Auffälligkeiten
- Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer **psychischen Störung**, die auch mit einer tatsächlichen **Beeinträchtigung** verbunden war **14,5%**

Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1]
17:22-33 (2008) DOI 10.1007/s00787-008-1003-2

ORIGINAL CONTRIBUTION

Ulrike Ravens-Sieberer
Nora Wille
Michael Erhart
Susanne Bettge
Hans-Ulrich Wittchen
Aribert Rothenberger
Beate Herpertz-Dahlmann
Franz Resch
Heike Hölling
Monika Bullinger
Claus Barkmann
Michael Schulte-Markwort
Manfred Döpfner
as the BELLA study group

Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey

Ravens-Sieberer et al., 2008

Größte Studie: NCS-A: >10.000 US-Jugendliche

National Comorbidity Survey Replication– Adolescent Supplement (NCS-A): Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents

- n=10.123, a= 13-18a
- Einjahres-Prävalenz: 40,3%
- Punktprävalenz 23,4%

ORIGINAL ARTICLE

ONLINE FIRST

Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement

Ronald C. Kessler, PhD; Shelli Avenevoli, PhD; E. Jane Costello, PhD; Katholiki Georgiades, PhD; Jennifer Greif Green, PhD; Michael J. Gruber, MS; Jian-ping He, MSc; Doreen Koretz, PhD; Katie A. McLaughlin, PhD; Maria Petukhova, PhD; Nancy A. Sampson, BA; Alan M. Zaslavsky, PhD; Kathleen Ries Merikangas, PhD

Context: Community epidemiological data on the prevalence and correlates of adolescent mental disorders are needed for policy planning purposes. Only limited data of this sort are available.

Objective: To present estimates of 12-month and 30-day prevalence, persistence (12-month prevalence among lifetime cases and 30-day prevalence among 12-month cases), and sociodemographic correlates of commonly occurring DSM-IV disorders among adolescents in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement.

Design: The National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement is a US national survey of DSM-IV anxiety, mood, behavior, and substance disorders among US adolescents based on face-to-face interviews in the homes of respondents with supplemental parent questionnaires.

Settings: Dual-frame household and school samples of US adolescents.

Participants: A total of 10 148 adolescents aged 13 to 17 years (interviews) and 1 parent of each adolescent (questionnaires).

Main Outcome Measures: The DSM-IV disorders assessed with the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview and validated with blinded clinical interviews based on the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children.

Kessler et al.,
Arch Gen Psychiatry
2011

Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication– Adolescent Supplement (NCS-A)

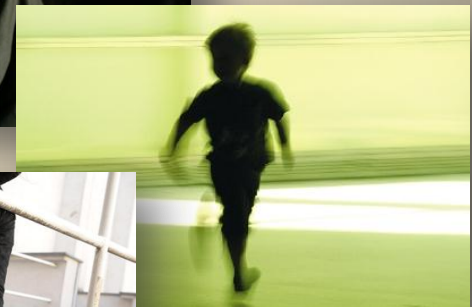
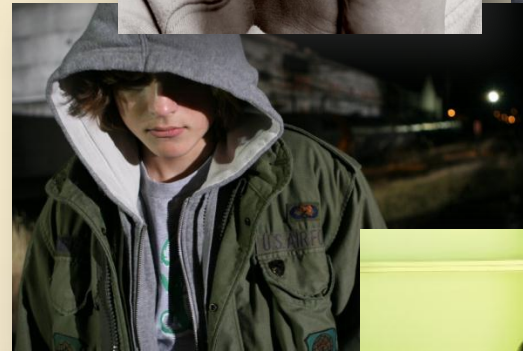
Kathleen Ries Merikangas, PhD; Jian-ping He, MSc; Marcy Burstein, PhD; Sonja A. Swanson, ScM; Shelli Avenevoli, PhD; Lihong Cui, MSc; Corina Benjet, PhD; Katholiki Georgiades, PhD; Joel Swendsen, PhD

Objective: To present estimates of the lifetime prevalence of DSM-IV mental disorders with and without severe impairment, their comorbidity across broad classes of disorder, and their sociodemographic correlates. **Method:** The National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement NCS-A is a nationally representative face-to-face survey of 10,123 adolescents aged 13 to 18 years in the continental United States. DSM-IV mental disorders were assessed using a modified version of the fully structured World Health Organization Composite International Diagnostic Interview. **Results:** Anxiety disorders were the most common condition (31.9%), followed by behavior disorders (19.1%), mood disorders (14.3%), and substance use disorders (11.4%), with approximately 40% of participants with one class of disorder also meeting criteria for another class of lifetime disorder. The overall prevalence of disorders with severe impairment and/or distress was 22.2% (11.2% with mood disorders, 8.3% with anxiety disorders, and 9.6% behavior disorders). The median age of onset for disorder classes was earliest for anxiety (6 years), followed by 11 years for behavior, 13 years for mood, and 15 years for substance use disorders. **Conclusions:** These findings provide the first prevalence data on a broad range of mental disorders in a nationally representative sample of U.S. adolescents. Approximately one in every four to five youth in the U.S. meets criteria for a mental disorder with severe impairment across their lifetime. The likelihood that common mental disorders in adults first emerge in childhood and adolescence highlights the need for a transition from the common focus on treatment of U.S. youth to that of prevention and early intervention. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2010;49(10):980–989. **Key Words:** epidemiology, adolescents, mental disorders, National Comorbidity Survey, correlates

Merikangas et al.,
JAACAP 2011

Die 5 häufigsten Störungsmuster

- Angststörungen
- Emotionale Störungen
- Hyperkinetische Störungen
- Aggressiv-dissoziale Störungen
- Substanzprobleme



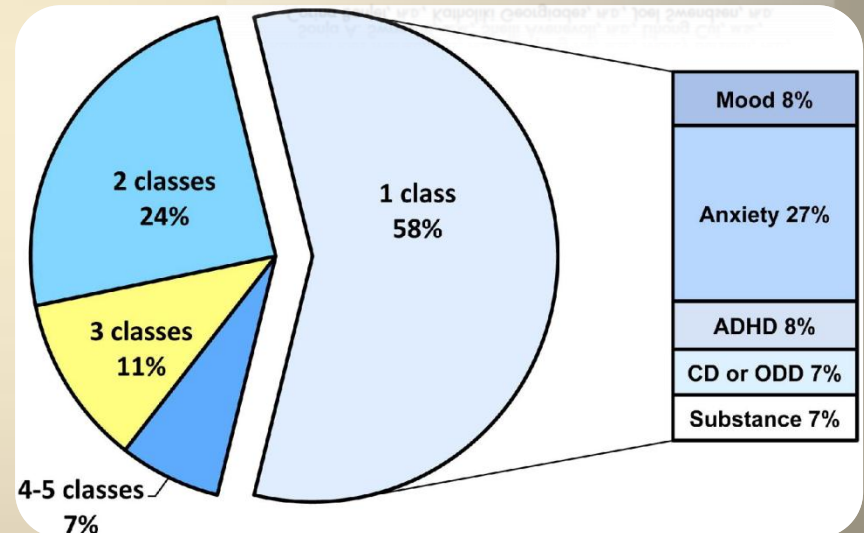
Kessler 2011, 2012; Ravens-Sieberer 2008; Fuchs 2013

Die häufigsten Störungen

- **Charakteristisches Verteilungsmuster** der häufigsten Störungen: durch alle neueren Studien bestätigt und repliziert (BELLA, Merikangas 2011, Kessler 2011...)
- Hoher Anteil von **Komorbidität**: z.b. 42% in den NCS-A Studien haben 2 oder mehr Diagnosen

Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A)

Kathleen Ries Merikangas, Ph.D., Jian-ping He, M.Sc., Marcy Burstein, Ph.D., Sonja A. Swanson, Sc.M., Shelli Avenevoli, Ph.D., Lihong Cui, M.Sc., Corina Benjet, Ph.D., Katholiki Georgiades, Ph.D., Joel Swendsen, Ph.D.



Distribution of the major classes of *DSM-IV* disorders among adolescents with at least one disorder (N = 6,483). Merikangas et al. 2010, Kessler 2011

Disability Adjusted Life Years

- **DALY: Konzept der WHO: Zahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod kombiniert mit dem Verlust an Lebenszeit durch Behinderung**
- **6 von 10 Ursachen für DALY bei 15-19a sind psychischer Natur!**

Gore et al. *Lancet* 2011

Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis

Fiona M Gore, Paul J N Bloom, George C Patton, Jane Ferguson, Véronique Joseph, Carolyn Coffey, Susan M Sawyer, Colin D Mathers

Summary

Background Young people aged 10–24 years represent 27% of the world's population. Although important health problems and risk factors for disease in later life emerge in these years, the contribution to the global burden of disease is unknown. We describe the global burden of disease arising in young people and the contribution of risk factors to that burden.

Methods We used data from WHO's 2004 Global Burden of Disease study. Cause-specific disability-adjusted life-years (DALYs) for young people aged 10–24 years were estimated by WHO region on the basis of available data for incidence, prevalence, severity, and mortality. WHO member states were classified into low-income, middle-income, and high-income countries, and into WHO regions. We estimated DALYs attributable to specific global health risk factors using the comparative risk assessment method. DALYs were divided into years of life lost because of premature mortality (YLLs) and years lost because of disability (YLDs), and are presented for regions by sex and by 5-year age groups.

Findings The total number of incident DALYs in those aged 10–24 years was about 236 million, representing 15·5% of total DALYs for all age groups. Africa had the highest rate of DALYs for this age group, which was 2·5 times greater than in high-income countries (208 vs 82 DALYs per 1000 population). Across regions, DALY rates were 12% higher in girls than in boys between 15 and 19 years (137 vs 153). Worldwide, the three main causes of YLDs for 10–24-year-olds were neuropsychiatric disorders (45%), unintentional injuries (12%), and infectious and parasitic diseases (10%). The main risk factors for incident DALYs in 10–24-year-olds were alcohol (7% of DALYs), unsafe sex (4%), iron deficiency (3%), lack of contraception (2%), and illicit drug use (2%).

Interpretation The health of young people has been largely neglected in global public health because this age group is perceived as healthy. However, opportunities for prevention of disease and injury in this age group are not fully exploited. The findings from this study suggest that adolescent health would benefit from increased public health attention.



Lancet 2011; 377: 2093–102

Published Online

June 7, 2011

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60512-6

This online publication

has been corrected.

The corrected version first

appeared at theLancet.com

on August 5, 2011

See Comment page 2058

Department of Health Statistics

and Informatics (F M Gore MSc,

V Joseph MSc, C D Mathers PhD)

and Department of Child and

Adolescent Health and

Development (P J N Bloom MBA,

J Ferguson MSc), WHO, Geneva,

Switzerland; Centre for

Adolescent Health, Royal

Children's Hospital and

Murdoch Children's Research

Institute, Melbourne, VIC,

Australia (Prof G C Patton MD,

C Coffey MSc,

Prof S M Sawyer MD); and

Department of Paediatrics,

The University of Melbourne,

Melbourne, VIC, Australia

Unipolar depressive disorders	86 (9·9%)
Schizophrenia	46 (5·3%)
Road traffic accidents	46 (5·3%)
Bipolar disorder	44 (5·1%)
Alcohol use	34 (4·0%)
Violence	26 (3·0%)
Self-inflicted injuries	24 (2·8%)
Panic disorder	23 (2·7%)
Asthma	18 (2·0%)
HN/AIDS	17 (2·0%)

Interpretation von epidemiologischen Daten

- Interpretation von epidemiologischen Studien nur unter Kenntnis der **Untersuchungsmethoden** möglich
- Studien mit **großen Stichproben**
- Verwenden aus **ökonomischen Gründen** oder aus **Zeitgründen** **kurze** und **knappe** Untersuchungsinstrumente bzw. **Screening-Instrumente**
- 2 Herausforderungen:
 - „**Artificial Morbidity**“
 - „**Comorbidity**“



„Artificial Morbidity?“

- Epidemiologische Studien: verwenden meist **Screening-Instrumente**
- Berechnen **automatisch** einen bestimmten Anteil „pathologischer“ Probanden: **„artificial morbidity“**
- Deshalb wichtig: Messen von **subjektiver Belastung** bzw. **Leidensdruck** durch die erfassten Symptome in Form eines **„Impairment“-Kriteriums**
- **Korrektur** eines zu hohen Anteils von „falsch Positiven“

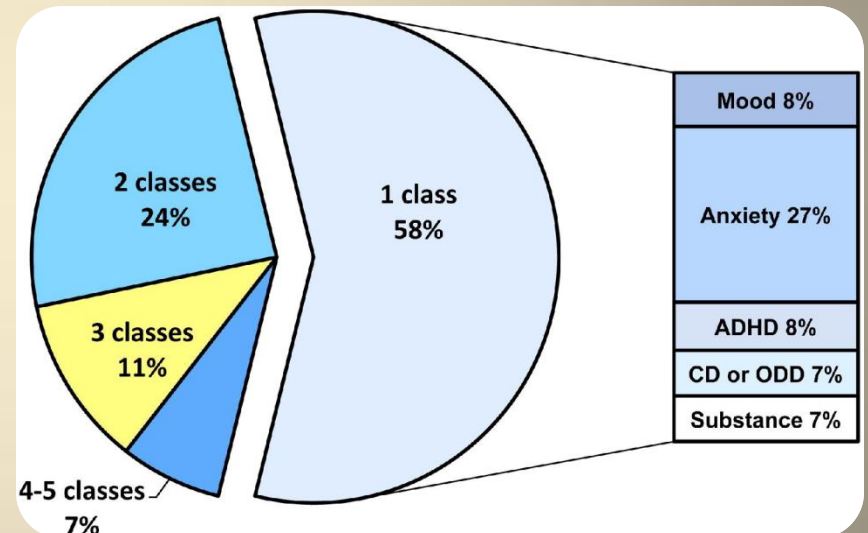
Studie	Störung	Prävalenz ohne Impairment-Kriterien	Prävalenz mit Impairment-Kriterien
BELLA-Studie, D (Ravens-Siebert et al., 2008) Alter: 7–10 Jahre			
	Emotionale Störung	16.7 %	5.6 %
	Angststörung	14.3 %	6.3 %
	ADHS (CRS) ¹	10.3 %	6.4 %
	ADHS (FBB-HKS) ²	4.5 %	3.9 %
	Störung des Sozialverhaltens	15.5 %	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



„Comorbidity?“

- **Hoher Prozentsatz** von KJP-Patienten erfüllt **Kriterien für 2 und mehrere Störungen gleichzeitig !**
- **Gretchenfrage:**
 - Tatsächliche **Komorbidity**?
 - Ausdruck von diagnostischer **Unschärfe? Überlappende Kriterien?**
- **Gesicherte Komorbidity** z.B. bei
 - **Essstörungen** und **Persönlichkeitsstörungen**
 - **Angststörungen** und **Substanzkonsum**



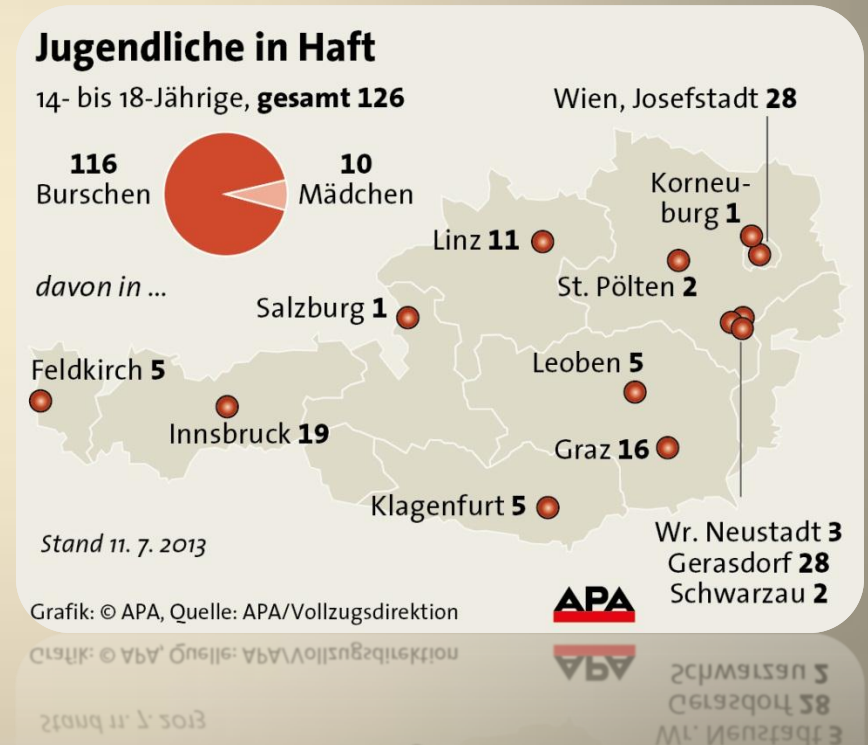
Distribution of the major classes of DSM-IV disorders
Merikangas et al. 2010, Kessler 2011

Psychische Störungen bei inhaftierten Jugendlichen



Wie groß ist das Problem?

- Mit Stand 11.07.2013 waren in Österreich **126 Jugendliche inhaftiert**
- 116 Burschen, 10 Mädchen
- **65 Jugendliche: U-Haft**
- **55 Jugendliche: Strafhaft**
- **6 Jugendliche: Massnahmenvollzug, UbG**



Quelle: „Die Presse“, Onlineausgabe, 11.07.2013

Inhaftierte Jugendliche

- Untersuchungen praktisch ausschließlich an **inhaftierten** Jugendlichen
- **Inhaftierte** Jugendliche: **nicht repräsentativ** für die Gruppe der strafrechtlich auffälligen jungen Menschen
- Zahlen aus 2011:
 - österreichische Polizei ermittelt insgesamt **28.045 tatverdächtige Jugendliche**
 - **2.747** Jugendliche **verurteilt**
 - **149** Jugendliche in **Haft** (Tagesdurchschnitt)

(Quellen: Bundesministerium für Inneres: Kriminalitätsbericht 2011; Bundesministerium für Justiz: Sicherheitsbericht 2011 – Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz)



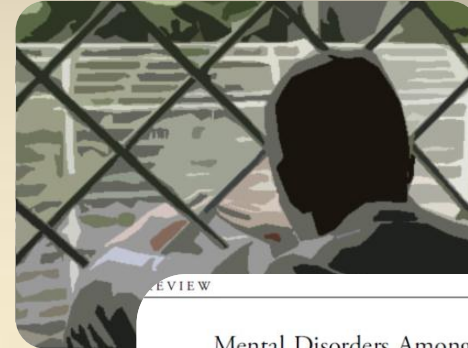
Inhaftierte Jugendliche

- Jugendliche in Haft stellen eine Gruppe von Menschen dar, bei der – aus welchen Gründen auch immer – **regelmäßig andere Hilfesysteme versagt** haben.
- Mögliche (im Jugendstrafrecht der meisten Länder vorgesehene) **Auswege aus Kriminalisierung und Kriminalität** konnten bei ihnen **vorerst nicht beschritten** werden („Diversions“).
- Einschlägige psychiatrische Forschung erfasst also nur einen sehr **kleinen und sehr speziellen Teil „straffälliger“ Jugendlicher**



Datenlage

- Datenlage insgesamt gut!
- Fazel et al., 2008:
bisher umfassendste
Metaanalyse:
Einschluss von über
16.000 Probanden
 - 13.778 männliche, 2.972 weibliche Häftlinge
 - mittleres Alter 15,6 Jahre



Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys

SEENA FAZEL, M.R.C.Psych., M.D., HELEN DOLL, M.Sc., D.Phil.,
AND NIKLAS LÅNGSTRÖM, M.D., Ph.D.

ABSTRACT

Objective: To systematically review and perform a meta-analysis of the research literature on the prevalence of mental disorders in adolescents in juvenile detention and correctional facilities. **Method:** Surveys of psychiatric morbidity based on interviews of unselected populations of detained children and adolescents were identified by computer-assisted searches, scanning of reference lists, hand-searching of journals, and correspondence with authors of relevant reports. The sex-specific prevalence of mental disorders (psychotic illness, major depression, attention-deficit/hyperactivity disorder [ADHD], and conduct disorder) together with potentially moderating study characteristics were abstracted from publications. Statistical analysis involved metaregression to identify possible causes of differences in disorder prevalence across surveys. **Results:** Twenty-five surveys involving 13,778 boys and 2,972 girls (mean age 15.6 years, range 10–19 years) met inclusion criteria. Among boys, 3.3% (95% confidence interval [CI] 3.0%–3.6%) were diagnosed with psychotic illness, 10.6% (7.3%–13.9%) with major depression, 11.7% (4.1%–19.2%) with ADHD, and 52.8% (40.9%–64.7%) with conduct disorder. Among girls, 2.7% (2.0%–3.4%) were diagnosed with psychotic illness, 29.2% (21.9%–36.5%) with major depression, 18.5% (9.3%–27.7%) with ADHD, and 52.8% (32.4%–73.2%) with conduct disorder. Metaregression suggested that surveys using the Diagnostic Interview Schedule for Children yielded lower prevalence estimates for depression, ADHD, and conduct disorder, whereas studies with psychiatrists acting as interviewers had lower prevalence estimates only of depression. **Conclusions:** Adolescents in detention and correctional facilities were about 10 times more likely to suffer from psychosis than the general adolescent population. Girls were more often diagnosed with major depression than were boys, contrary to findings from adult prisoners and general population surveys. The findings have implications for the provision of psychiatric services for adolescents in detention. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2008;47(9):1010–1019. **Key Words:** detention, criminal justice, psychosis, systematic review.

Fazel et al., *JAACAP* 2008

Datenlage

- **Größte Stichproben weltweit:**
 - Arbeitsgruppe um **Teplin**: **1829** Probanden (Teplin et al., 2002)
 - Arbeitsgruppe um **Steiner**: **790** Probanden (Karnik et al., 2009)
- Studien zu **österreichischen inhaftierten Jugendlichen:**
 - Arbeitsgruppe um **Plattner**: **333** Probanden (Plattner et al., 2007)



Suicidality, Psychopathology, and Gender in Incarcerated Adolescents in Austria

Belinda Plattner, M.D.; Steve S. L. The, M.D.; Helena C. Kraemer, Ph.D.;
Ryan P. Williams, B.A.; Susanne M. Bauer, M.D.; Jochen Kindler, M.D.;
Martha Feucht, M.D.; Max H. Friedrich, M.D.; and Hans Steiner, M.D.

Plattner et al., *J Clin Psychiatry* 2007

Befunde:

- inhaftierte Jugendliche **psychiatrisch hoch belastete** Gruppe
- **50-90 %** von Jugendlichen in Haft erfüllen **Kriterien für psychische Störungen**
- Prävalenz für psychische Störungen bei **nicht-inhaftierten** Jugendlichen bei ca. **15%**



Befunde: junge Frauen

- bei jungen inhaftierten Frauen fast **doppelt** so häufig **internalisierende Störungen (Depressionen, Angststörungen, PTSD)** diagnostiziert wie bei männlichen inhaftierten Jugendlichen (Fazel et al., 2008; Sevecke et al., 2009; Plattner et al., 2011)
- Hinweis darauf, dass Frauen entweder bereits im **Vorfeld** einer Inhaftierung häufiger traumatischen Einflüssen ausgesetzt sind oder **besonders vulnerabel auf Haftbedingungen** reagieren (Plattner et al., 2011; Fazel et al., 2008)



Befunde: junge Männer

- besonders häufig **Kombination** aus komorbider **ADHS**, **Störung des Sozialverhaltens** sowie problematischem **Substanzkonsum**
- in Kombination mit frühem Erkrankungsbeginn in der Kindheit („**early starter**“) prognostisch besonders ungünstig (Plattner et al., 2011; Stadler, 2012)
- aber auch häufiger Symptome von Angsterkrankungen, PTSD, Depressionen als nicht-inhaftierte Altersgenossen (Colins et al., 2010)



Befunde

- **>50%** aller jungen Menschen in Haft zeigen zum Untersuchungszeitpunkt **problematischen Substanzkonsum**
- **Daten alarmierend**, zumal **nicht** anzunehmen ist, dass Haftbedingungen ein **salutogenes** Milieu für diese schwerkranken jungen Menschen darstellen



Verlauf



Longitudinaler Verlauf

- **Keine vorübergehenden Phänomene, im Längsschnitt rel. häufig ungünstige Verläufe:**
 - Rate von circa **10% chronisch** psychisch kranker Kinder/Jugendlicher (Althoff, 2010)
 - Bestehen einer **psychiatrischen Störung** in Kindheit oder Jugend bedeutet **dreifache Chancenerhöhung**, auch in frühem **Erwachsenenalter** eine psychiatrische Erkrankung zu haben (Copeland, 2013)
- Studien mit großen Fallzahlen und langen Beobachtungszeiträumen (Kim-Kohen 2003, Fergusson 2005, Colman 2009, Clark 2010)



2 Verlaufsmöglichkeiten

- „**Homotypic continuity**“: einer psychischen Störung im Jugendalter folgt eine **gleichartige** Störung im Erwachsenenalter
 - **dissoziale** Störungen, **depressive** Störungen, **Angststörungen**, **hyperkinetische** Störungen, **substanzbezogene** Störungen
- „**Heterotypic Continuity**“: einer psychischen Störung im Jugendalter folgt eine **andersartige** Störung im Erwachsenenalter
 - juvenile **Angststörungen** → **Depressionen**
 - juvenile **Sozialverhaltensstörungen** → **Angststörungen/Depressionen**
 - Juvenile **Sozialverhaltensstörungen** → **substanzbezogenen** Störungen



Copeland 2013, Fuchs 2013, Rutter 2006, Kim-Cohen 2003

Verlaufsforschung: Mannheimer Risikokinder-Studie

- **Organische Risiken:**
Auswirkungen auf motorische und kognitive Entwicklung
 - Frühgeburt, sehr niedriges Geburtsgewicht
- **Psychosoziale Risiken:**
Auswirkungen auf psychische Gesundheit
 - psychische Erkrankung eines Elternteils
 - Armut
 - Broken Home der Eltern

Laucht et al. 2000



Verlaufsforschung: Mannheimer Risikokinder-Studie

- **Good News:** lange nicht alle Riskokinder entwickeln sich ungünstig!
- **Resilienzfaktoren**
 - positive frühe **Eltern-Kind-Beziehung** (Bindung)
 - **Kompetenzen** des Kindes



Laucht et al. 2000

Tiroler Daten: Entwicklung von KJP-Patienten

- Grundfragen:
 - Wie **entwickeln** sich ehemalige Patienten der KJP?
 - Tauchen diese auch später als **Erwachsene** in der **psychiatrischen Versorgungslandschaft** auf?
 - Wenn ja, in welchen **Prozentsatz** und mit welchen **Diagnosen**?



Ablauf der Studie

- Eingeschlossen wurden alle Patienten, die
 - zwischen **1989 und 2007** mindestens einmal an der **KJP Innsbruck stationär** aufgenommen waren
 - bei ihrer Aufnahme an der KJP Innsbruck höchstens 17 Jahre alt waren
 - und zum **Stichtag der ersten Auswertung (30.6.2009)** mindestens 18 Jahre alt waren, zum **neuen Stichtag 30.6.2013** waren diese Personen **mindestens 22 Jahre** alt.



Ablauf der Studie

- Auf Grundlage **elektronischer KG's** wurden die **psychiatrischen Hauptdiagnosen** der KJP-Patienten ermittelt
- Mittels eines **Datenabgleichs** wurde in einem zweiten Schritt überprüft, **ob** und mit **welcher Diagnose** diese Patienten als **Erwachsene** an einer der 3 psychiatrischen Kliniken Tirols (**Innsbruck, Hall oder Kufstein**) wieder stationär aufgenommen wurden



KJP

Stichprobe

- **Gesamtstichprobe:**
 - 1046 Kinder und Jugendliche
 - **987** erfüllten Einschlusskriterien
- **Geschlechtverteilung:**
 - **479 männliche** Patienten (48,5%), **508 weibliche** Patienten (51,5%)
- **Alter:**
 - Durchschnittsalter **13,81a**



Gesundheitspolitisch wichtigste Aussage:

- **Mehr als ein Viertel (25,9%)** aller ehemaligen KJP-PatientInnen wurden **als Erwachsene wiederum stationär** an einer der 3 Tiroler Psychiatrien **aufgenommen!**
- **Dunkelziffer:** ambulante Kontakte bei niedergelassenen FÄ nicht berücksichtigt!
- Hinweis auf **Chronizität, Wiedererkrankung**



Vergleich mit bisheriger Forschung

- **Gute** Übereinstimmung mit **bisheriger** Forschung!
- Durchschnittlich etwa **1/3 (24-41%)** der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen zeigen auch im Erwachsenenalter eine psychische Störung (**Steinhausen 2013**)
- **Tiroler Studie:** 25,9% Wiederaufnahmerate

Tabelle 1

Zusammenfassung der Ergebnisse zum Langzeitverlauf von klinisch heterotypen Kohortenstudien kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen in verschiedenen Ländern (in %)

	Delin- quenz	Psychische Störung
Steinhausen et al., 1998 (CH) (N = 269; m)	21	24
Östman, 1991 (S) (N = 142; m + w)	21	32
Larsen et al., 1990 (DK) (N = 322; m + w)	30	36
Nylander, 1979 (S) (N = 2164; m + w)	23	41

m = männlich; w = weiblich

Steinhausen, 2013

Tiroler Studie

- Konkludent zur **Literatur**:
homotype und heterotype
Entwicklungsverläufe der
Diagnosen
- **Homotyper** Verlauf:
substanzbezogene Störungen
- Bei **heterotypen**
Entwicklungsverläufen von
Diagnosen zeigten sich im
Erwachsenenalter besonders
häufig:
 - Substanzbezogene Störungen
 - Anpassungsstörungen
 - Angststörungen
 - Persönlichkeitsstörungen



Tiroler Studie

- Keine geplante prospektive Studie, **naturalistische** Beobachtung auf Basis von katamnestic Daten
- **Größte und bisher einzige epidemiologische Längsschnittstudie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich**

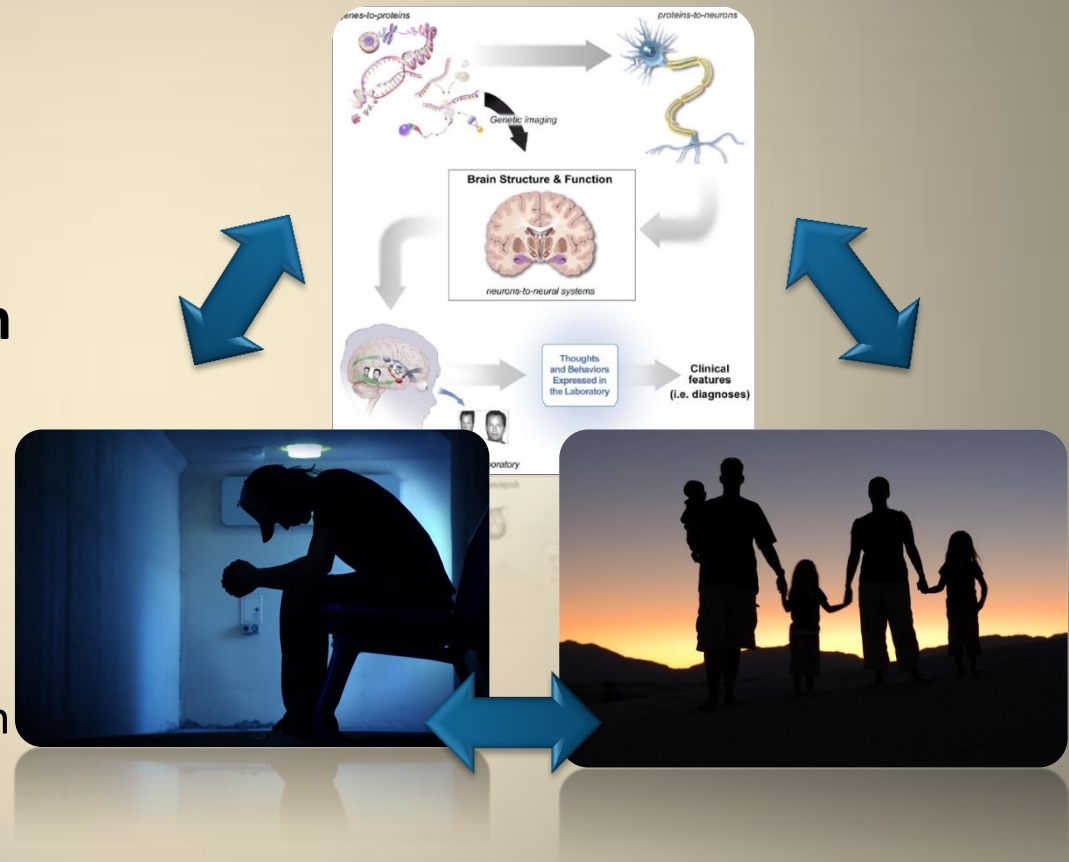


Kinder- und Jugendpsychiatrie 2014



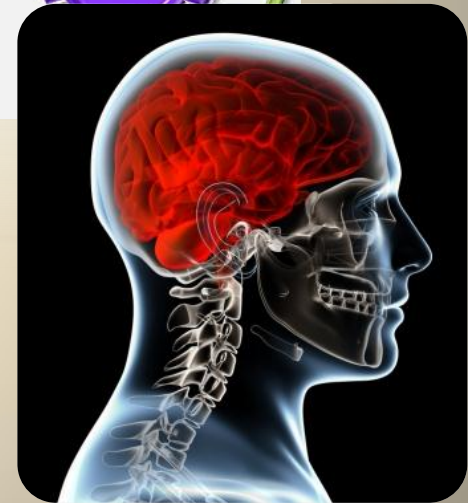
Bio-Psycho-Soziales Modell

- **Ganzheitliche bio-psycho-soziale Sichtweise**
 - Biologische Faktoren
 - Psychische Faktoren
 - Soziale Faktoren
- Es gibt nicht „**die Ursache**“ für psychische Probleme!
- In der Arbeit mit KJP-Patienten müssen immer **alle Ebenen** mitgedacht werden!



Biologische Faktoren

- Beispiele für **biologische Faktoren**:
 - **Genetische** Einflüsse (z.B. ADHS, bipolare Erkrankungen...)
 - **Verschaltung des Gehirns** (fMRI: Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen...)
 - **Neurotransmitter**: (Z.b. Modulation v. Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahme bei ADHS)
 - **Aggressionsforschung**: hot aggression vs. cold aggression



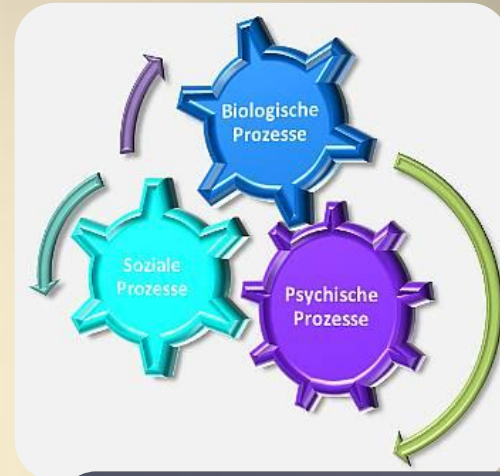
Psychische Faktoren

- Beispiele für **psychische Faktoren**:
 - Angst, Selbstvertrauen, Optimismus (z.B. bei **Angststörungen**)
 - Persönlichkeitsmerkmale oder **Persönlichkeitsstörung?**
 - Kognitive Flexibilität, Zwanghaftigkeit (z. B. bei **Essstörungen**)



Soziale Faktoren:

- Beispiele für **soziale Faktoren**:
 - Armut
 - Bildung in **Herkunftsfamilie**
 - Kriminalität in der **Herkunftsfamilie**
 - **Gesundheit**: Ernährung, Sport, Rauchen...
 - **Kulturell**: Einstellung zum Körper, zu Sexualität...
 - **Zugang zu Versorgungssystemen**



Behandlungsprinzip:

- **BIO-PSYCHO-SOZIALES**

Verständnis der

**Entstehung,
Aufrechterhaltung,
Entwicklung von**

- psychischen Störungen
- Resilienz



- Notwendigkeit von
**MULTIMODALER
THERAPIE!!**



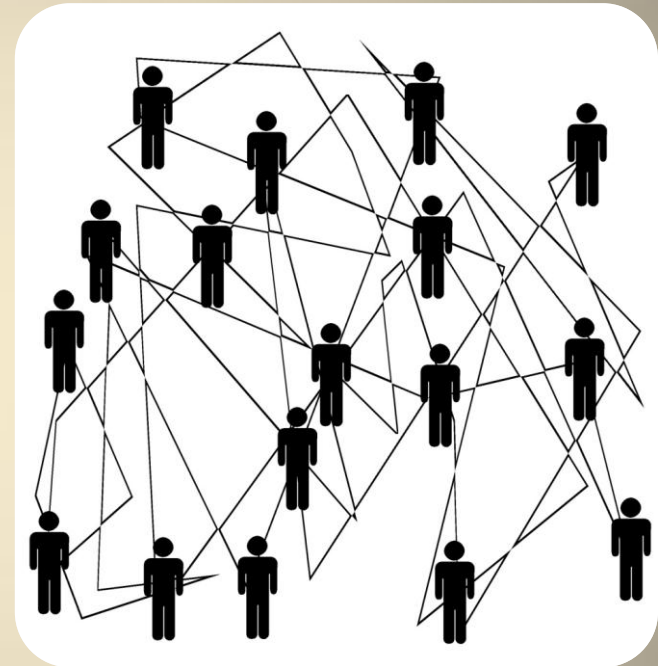
Behandlung: muss an mehreren Ebenen gleichzeitig ansetzen

- **Bio:**
 - Behandlung von körperlichen Erkrankungen
 - Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie
 - Psychopharmaka
- **Psycho:**
 - Psychotherapie
- **Sozial:**
 - Beratung und Coaching der Eltern
 - Jugendamt
 - Betreutes Wohnen
 - Pädagogik, Schulpsychologie



Behandlungsnetzwerk und Behandlungsketten

- **Verschiedene Sichtweisen, Methoden, Ideologien...**
 - PatientIn
 - Eltern
 - PsychiaterIn
 - PsychotherapeutIn
 - Schule
 - Jugendamt
 - SozialarbeiterIn
 - betreuende Einrichtung



Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- „Entwicklungshilfe“ für junge Menschen mit psychischen Problemen
- **Case management: Planen und Koordinieren** von Abklärung und Hilfsangeboten
- **Abklärung**
- **Psychotherapie** und **Psychopharmakotherapie**
- „Drehscheibe“



Unterversorgung in Tirol

- am Beispiel Tirol:
 - 2012: **131.156** Menschen unter 18a
(18,3% der Gesamtbevölkerung)
Amt der Tiroler Landesregierung, Oktober 2013, tirol.gv.at
- **Prävalenzrate:**
Punktprävalenz 20%
- **26.000**
Kinder/Jugendliche mit psychischen Schwierigkeiten zum aktuellen Zeitpunkt



Unterversorgung in Tirol

- **26.000**
Kinder/Jugendliche mit
psychischen
Schwierigkeiten zum
aktuellen Zeitpunkt
- **Versorgung Ist-Stand:**
 - **22 Betten (2 Stationen) an
Uniklinik Innsbruck**
 - **1 Klinik-Ambulanz**
 - **niedergelassener Bereich:**
3 Praxen, 2 Kassenstellen



Univ. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- **22 Normalbetten**
- **Rund 45 MitarbeiterInnen**
 - ÄrztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, SozialarbeiterInnen, MaltherapeutInnen, PflegerInnen
- Rund **240** Kinder- und Jugendliche werden jährlich **stationär**, rund **1200** **ambulant** betreut
- Perspektivisch Ausbau 2016
- **Größte Herausforderung:**
Weitervermittlung



Was ist noch zu tun?



Good News: wo gibt es Licht am Horizont?

- **Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen:**
 - **Lobbyarbeit**
 - Thema ist in den **Medien**
 - Thema wird **beforscht**
 - **Entstigmatisierung, Enttabuisierung**
 - Professionelle **wissenschafts- und leitliniengestützte Behandlungsoptionen**
 - **Modernisierungsschub**, Rückgang von veralteten und obsoleten „old school“ - Ansätzen



„To Do“ auf dem Weg aus dem Niemandsland

- Im Bereich Jugendhilfe in Prävention investiertes Geld ist gut angelegtes Geld!
- An die Politik:
 - Zugang zu Bildung, Tagesbetreuung
 - Ressourcen für Jugendämter, für ambulante Betreuung
 - Wohnortnahe Beratungsstellen
 - Schulpsychologie, Sozialarbeit
 - Schnell verfügbare Wohnmöglichkeiten in Krisenzeiten
- An die Krankenkassen:
 - **Psychotherapie:** unzumutbare Wartezeit, kompliziertes Abrechnungsmodell



Danke Ihnen für die Aufmerksamkeit!

