

Übersicht

Neuere Entwicklungen zur Diagnostik psychischer Störungen im Jugendalter

Vanessa Jantzer¹, Peter Parzer¹, Ulrike Lehmkuhl² und Franz Resch¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg

²Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zusammenfassung. Die vorliegende Arbeit stellt die gängigsten klinischen Interviewverfahren zur Diagnosestellung bei Jugendlichen sowie geeignete störungsspezifische Messinstrumente im deutschen Sprachraum vor. Zudem werden Besonderheiten bei der Diagnostik psychischer Störungen bei Jugendlichen erläutert sowie handlungsrelevante Hinweise gegeben. Beurteiler sind mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert, die eine valide Diagnosestellung erschweren. Hierbei ist die Abgrenzung von krankheitswertigem vs. jugendtypischem Verhalten, die hohe Komorbidität von psychischen Störungen im Jugendalter sowie die mangelnde Übertragbarkeit der diagnostischen Kriterien auf Jugendliche zu nennen. Zudem sind ein Einbezug verschiedener Informationsquellen und eine sorgfältige Exploration der psychosozialen Umstände des Jugendlichen erforderlich sowie eine kontinuierliche Weiterbildung über sich neu entwickelnde Störungsbilder.

Schlüsselwörter: Diagnostik, Messinstrumente, Adoleszenz, Klassifikation, Komorbidität, Psychopathologie

Recent developments in the diagnosis of mental disorders in adolescence

Abstract. The present work introduces the clinical interview methods most commonly used for diagnosis in adolescents as well as appropriate instruments for various specific disorders in German-speaking countries. Additionally, special characteristics in the diagnosis of mental disorders in adolescents are explained and practical advice for clinical practice is given. Raters are confronted with a multitude of problems that make a valid diagnosis difficult. The distinction between pathological and youth-typical behavior, the high comorbidity of mental disorders in adolescence, and the inadequate transferability of diagnostic criteria are examples here. Furthermore, including different sources of information, a thorough exploration of the psychosocial circumstances of the adolescents, and keeping abreast of newly developing disorders are needed.

Key words: assessment, measurement instruments, adolescence, classification, comorbidity, psychopathology

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über aktuelle Entwicklungen zur Diagnostik psychischer Störungen bei Jugendlichen im deutschen Sprachraum. Zu diesem Zweck wurden die Jahrgänge 2010 und 2011 von elf deutschen Fachzeitschriften gesichtet: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Kindheit und Entwicklung; Diagnostica; Psychotherapeut; Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie; Der Nervenarzt; Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie; Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie und Psychiatrische Praxis. Auf diese Weise wurden 25 Arbeiten zusammengetragen, die sich mit Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei Jugendlichen oder geeigneten störungsspezifischen Messinstrumenten beschäftigen. Zudem werden die beiden

gängigsten klinischen Interviewverfahren zur Diagnosestellung vorgestellt.

Kategoriale vs. dimensionale Verfahren

Zur Diagnosestellung sind kategoriale klinische Interviews der Goldstandard, da sich aus ihnen die Indikation für eine Behandlung (ja vs. nein) ableiten lässt. Die Anwendung weiterer Breitband-Screening-Verfahren wird dadurch überflüssig. In den letzten Jahren haben sich besonders zwei Interviewverfahren zur Diagnosestellung etabliert: der *K-SADS-PL* sowie der *M.I.N.I. KID*. Beide Verfahren werden an dieser Stelle kurz vorgestellt.

Beim *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)* von Kaufman et al. (1997) handelt es sich um ein semi-strukturiertes diagnostisches Interview für Kinder und Jugendliche im Schulalter (6–18 Jahre) auf Basis des DSM-IV und ICD-10. Die aktuelle fünfte Auflage wurde von Delmo et al. (2000) adaptiert und ins Deutsche übersetzt. Das Verfahren wurde für die Erfassung gegenwärtiger und zurückliegender Episoden psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen entwickelt, das heißt neben derzeitigen Diagnosen werden zusätzlich remittierte Krankheitsphasen sowie der Verlauf wiederkehrender Krankheitsphasen erfasst. Insgesamt werden 82 Symptome aus 20 verschiedenen diagnostischen Bereichen erfragt, am Ende jedes Bereichs sind diagnostische Ausschlusskriterien angegeben. Für die Symptomerfassung sind vorformulierte fakultative Fragen und obligatorisch zu erfassende Symptomkriterien vorgegeben. Die Items werden mit Werten von 0 bis 3 codiert, wobei 3 den Schwellenwert darstellt. Vor dem eigentlichen Screening-Interview wird ein unstrukturiertes Eingangsinterview geführt, um eine Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Befragtem herzustellen und um Informationen über das schulische und soziale Umfeld des Kindes zu erhalten. Nach vollständiger Durchführung des Screening-Interviews werden Erweiterungsinterviews für einzelne Diagnosen durchgeführt, sofern das Kind klinische Hinweise für Basissymptome der jeweiligen Störung gezeigt hat oder die Ausschlusskriterien für einige Diagnosen aus dem jeweiligen Spektrum nicht erfüllt wurden. Abschließend wird eine allgemeine Beurteilung des Funktionsniveaus des Kindes gegeben. Der *K-SADS-PL* wird durchgeführt, indem zunächst Eltern und Kind nacheinander befragt werden. Aus den erhaltenen Informationen wird im Anschluss eine zusammenfassende Beurteilung generiert, in der alle Informationsquellen berücksichtigt werden (incl. Schule, Krankenakte u. a.). Bei präpubertären Kindern wird zuerst das Elterninterview durchgeführt, Jugendliche dagegen werden vor ihren Eltern befragt. Bei Widersprüchen zwischen verschiedenen Informationsquellen wird die beste klinische Einschätzung des Interviewers eingesetzt. Ein Interview bei psychiatrischen Patienten dauert laut Kaufman et al. (1997) ca. 75 Minuten, jeweils für Eltern und Kind.

Die psychometrischen Eigenschaften des *K-SADS-PL* (Konvergenzvalidität, Interrater- und Test-Retest-Reliabilität) wurden anhand von 66 Jugendlichen bestimmt und liegen im guten bis ausgezeichneten Bereich (Kaufman et al., 1997).

Beim *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (M.I.N.I. KID)* von Sheehan und Lecrubier (1998) handelt es sich um ein strukturiertes diagnostisches Interview auf Basis des DSM-IV und ICD-10. Es wurde in der Version 5 von Plattner et al. (2011) ins Deutsche übersetzt. Das Verfahren ermöglicht ein effizientes Screening nach den gängigsten Störungen im Kin-

des- und Jugendalter. Das *M.I.N.I. KID* ist in 24 Module unterteilt, die jeweils einer diagnostischen Kategorie zugeordnet sind. Am Beginn jedes diagnostischen Moduls (ausgenommen dem Modul für psychotische Störungen) finden sich eine oder mehrere Screening-Fragen, die mit den Hauptkriterien der Störung übereinstimmen. Im Diagnose-Kasten am Ende jedes Moduls kann angezeigt werden, ob die diagnostischen Kriterien erfüllt wurden. Der Interviewer trifft diese Entscheidung basierend auf seiner klinischen Einschätzung. Es wird empfohlen, Kinder unter dem 13. Lebensjahr im Beisein ihrer Eltern zu interviewen, damit diese intervenieren können, wenn sie das Gefühl haben, dass das Kind unklar oder ungenau antwortet. Die Interviewfragen sollen wörtlich vorgelesen werden und dürfen wenn nötig durch Beispiele oder Erklärungen verdeutlicht werden. Das Antwortformat ist dichotom, d. h. es kann nur zwischen ja und nein differenziert werden.

Die Validität und Reliabilität des Verfahrens wurde kürzlich an 226 Kindern und Jugendlichen (6–17 Jahre) geprüft (Sheehan et al., 2010). Hierbei zeigte sich die Konvergenzvalidität mit dem *K-SADS-PL* im substantiellen bis exzellenten Bereich, ebenso wie die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität. Ein Vorteil des *M.I.N.I. KID* gegenüber dem *K-SADS-PL* besteht laut Sheehan et al. (2010) in seiner zeitlichen Effizienz, da der *M.I.N.I. KID* lediglich ein Drittel der Zeit benötige (34 vs. 103 Minuten).

Auch wenn zur Diagnosestellung kategoriale Verfahren zu bevorzugen sind, sind dimensionale Verfahren wichtig zur Einschätzung des Schweregrads einer Störung sowie für die Verlaufskontrolle. Nur so ist die Einschätzung der Therapieeffekte, das heißt eine Messung der Wirksamkeit, überhaupt möglich.

Spezifika der diagnostischen Notwendigkeiten bei Jugendlichen

In diesem Kapitel werden verschiedene Besonderheiten bei der Diagnostik psychischer Störungen bei Jugendlichen erläutert sowie handlungsrelevante Hinweise gegeben.

Bei der Diagnostik von Jugendlichen ist der Beurteiler mit dem Problem konfrontiert, krankheitswertige von jugendtypischen Verhaltensweisen abzugrenzen. Dies ist besonders schwierig im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, deren Diagnose im Jugendalter ohnehin umstritten ist, z. B. wenn adoleszente von Borderline-Charakteristiken abzugrenzen sind (Brunner & Resch, 2008). Auch die Abgrenzung krankheitswertiger Symptome von normalen Stimmungsschwankungen, Körperbeschwerden oder Störungen des Sozialverhaltens (Seiffge-Krenke, 2011) oder von jugendtypischen, temporären Risikover-

haltensweisen wie z.B. Selbstverletzung und Substanzmissbrauch, gestaltet sich problematisch.

In einer Arbeit von Sevecke, Lehmkuhl und Krischer (2011) wird diese Abgrenzungsproblematik besonders deutlich. Hier wurden eine forensische, eine klinische und eine Schultichprobe hinsichtlich ihrer Psychopathy-Ausprägung verglichen. Es zeigte sich, dass zwei der vier Dimensionen der Psychopathy, der Lifestyle Faktor (z.B. Sensationseeking, Verantwortungslosigkeit) sowie der Antisoziale Faktor (z.B. unzureichende Ärgerkontrolle), auch in der Schultichprobe recht hoch ausgeprägt waren. Diese jugendtypischen Verhaltensmerkmale trieben somit den Psychopathy-Gesamtwert fälschlich in die Höhe, ohne dass hohe Ausprägungen auf den eigentlichen Kerndimensionen der Psychopathy vorlagen. Offensichtlich haben diese beiden Faktoren im Erwachsenenalter einen anderen, bedeutsameren konzeptionellen Stellenwert als in der Adoleszenz, wo sie aufgrund der Entwicklungsphase unspezifischer und von geringerer Aussagekraft zu sein scheinen. Sevecke, Lehmkuhl und Krischer (2011) schlussfolgern, dass bei Jugendlichen zur Diagnostik der Psychopathy auf die Kerndimensionen Interpersonaler Faktor (z.B. Selbstdarstellung und Manipulation) und Affektiver Faktor (z.B. Fehlen von Gewissensbissen, Empathiemangel) fokussiert werden sollte, um fälschlich hohe Prävalenzraten zu vermeiden.

Bei Jugendlichen ist zudem die Komorbidität psychischer Störungen besonders hoch ausgeprägt. So weisen zwischen 20 % und 60 % der psychischen Störungen im Jugendalter eine Komorbidität auf, besonders zwischen Depressionen und Angststörungen, Zwangsstörungen und Essstörungen und in den letzten Jahren verstärkt mit externalisierenden Störungen (Seiffge-Krenke, 2011). Laut Nitkowski und Petermann (2010) weisen auch selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche eine Komorbiditätsrate von durchschnittlich 56 % auf. Daher sollten drei Kriterien zur Differenzialdiagnostik empirisch geprüft werden: Motiv, Methode und Auftretenshäufigkeit. Aufgrund der phänomenologischen Überlappungen beider Selbstschädigungstypen sollte eine dimensionale Sichtweise in der Diagnostik fokussiert werden. Auch im Bereich der Persönlichkeitsstörungen zeigen sich hohe Komorbiditäten mit Essstörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung und ADHS sowie eine hohe konzeptionelle Überschneidung von Borderline- und antisozialer Persönlichkeitsstörung (Krischer et al., 2010).

Eine metaanalytische Betrachtung der Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS (Withöft, Koglin & Petermann, 2010) bestätigte deren hohe Komorbidität mit einem mittleren Odds Ratio von 21. Dieser hohe Wert könne nicht allein durch Methodik und Klassifikation (Überschneidung der diagnostischen Kriterien) erklärt werden, sondern spräche für genetische und psychosoziale Einflüsse als Ursachen für das gemeinsame Auftreten. Eine eigene Störungskategorie in den Klassifikati-

onssystemen erscheine daher fraglich. Für die klinische Praxis bedeute dies, dass bereits im diagnostischen Prozess das hohe Risiko einer Komorbidität berücksichtigt werden müsse, da die ADHS von der aggressiven Symptomatik im Erscheinungsbild überlagert sein könnte und so fälschlicherweise eine isolierte aggressive Verhaltensstörung ohne ADHS diagnostiziert würde.

Banaschewski, Poustka und Holtmann (2011) stellten die Frage der Komorbidität auch bei Autismus und ADHS, obwohl ein vorliegender Autismus eigentlich ein Ausschlusskriterium für die Diagnose ADHS darstellt. Da beide Störungen aber ähnliche Symptome und mögliche pathophysiologische Zusammenhänge aufweisen, solle bei der Diagnostik beider Störungen grundsätzlich geprüft werden, ob auch Symptome der jeweils anderen Störung vorliegen.

Eine aktuelle empirische Arbeit zur Problematik der Komorbidität untersuchte 333 inhaftierte Jugendliche mithilfe des *M.I.N.I. KID* (Plattner et al., 2011). Hierbei ergab sich ein Anteil von 66 % der Befragten, die zwei oder mehr koexistierende Störungsbilder zeigten. Mittels Faktorenanalyse wurden klinisch relevante Störungsmuster ausgearbeitet, um dann störungsspezifische Behandlungsansätze zu entwickeln. Dies sei vor dem Hintergrund der komplexen psychopathologischen Störungsmuster besonders wichtig.

Eine weitere Problematik in der Diagnostik psychischer Störungen bei Jugendlichen ist die Tatsache, dass diagnostische Kriterien für Erwachsene nicht ohne weiteres auf Jugendliche übertragbar sind. Dies zeigt sich z.B. laut Schultze-Lutter et al. (2011) bei der Früherkennung von Psychosen. Da Kinder und Jugendliche anfangs meist weniger ausgeprägte und sich schleichender entwickelnde Positivsymptomatik aufweisen, würde diese oft übersehen oder als Entwicklungsproblem oder Adoleszenzkrise missgedeutet. Die Ultra High Risk- bzw. Basissymptom-Kriterien seien deshalb nur eingeschränkt auf Kinder und Jugendliche übertragbar. Gezielte Studien zur Validierung und Adaption der Risikokriterien und die Entwicklung spezieller Erhebungsinstrumente für Kinder und Jugendliche seien erforderlich.

Krischer et al. (2010) zufolge ist zukünftig für die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter im DSM-V die Aufnahme eines dimensional Modells geplant. Es fehle jedoch ein einheitliches jugendspezifisches Modell, um zwischen Adoleszenzkrise, anderen Achse-I-Störungen und Persönlichkeitsstörung differenzieren zu können. Erwachsenenkriterien seien nicht einfach auf das Jugendalter übertragbar, es brauche systematische empirische Untersuchungen, um Kriterien aufzustellen und zu belegen.

Auf die Notwendigkeit des Verständnisses von entwicklungsabhängigen Variationen und das Fehlen etablierter Entwicklungsnormen machen auch Albrecht et al.

(2010) in einem anderem Kontext aufmerksam, dem der funktionellen psychophysiologischen Methoden. So können z. B. bei ADHS intrakortikale motorische Defizite durch Magnetstimulation sichtbar gemacht oder eine geringere Aktivität der höheren Frequenzbänder im Ruhe-EEG angezeigt werden. Doch vergleichbare kognitive Prozesse werden zu verschiedenen Altersstufen durch unterschiedliche Muster und Regionen des Gehirns gebildet. Daher sind psychophysiologische Methoden bislang keine fundierte Unterstützung der Diagnostik im Kindes- und Jugendalter.

Um ein möglichst valides Bild des Jugendlichen zu erhalten, ist es besonders wichtig, alle verfügbaren Informationsquellen in die Beurteilung einfließen zu lassen. So empfehlen Sevecke, Lehmkuhl und Krischer (2010) zur Erfassung der Psychopathy bei inhaftierten Mädchen neben dem halbstandardisierten Interview mit dem Jugendlichen den Einbezug von Berichten, Vollzugs- oder Gerichtsakten, Gutachten etc. Die Akteninformation ermöglicht es, die Glaubwürdigkeit der Interviewangaben zu bewerten und Informationen über den Jugendlichen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, in unterschiedlichen Situationen und von verschiedenen Personen zu erhalten. Auch Rücker et al. (2010) nutzten zur Erfassung der differenziellen Wirksamkeit der Jugendhilfe neben der Perspektive der Kinder und Jugendlichen die der Eltern, des pädagogischen Fachpersonals sowie des Jugendamts und Jans und Warnke (2011) empfehlen zur Diagnose von dissoziativen Störungen bei Kindern und Jugendlichen den Einbezug von Erziehern und Lehrern.

Aufgrund der fehlenden Berücksichtigung der Kontextfaktoren sind laut Schulte und Petermann (2011) die Diagnosekriterien im DSM-IV nicht geeignet, um somatoforme Störungen im Jugendalter zu erfassen. Denn aus entwicklungspsychopathologischer Sicht seien die reziproken Einflüsse zwischen dem Jugendlichen und seinen Kontextfaktoren in der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen besonders bedeutsam. Entscheidende Prädiktoren seien hierbei die mütterliche Sorge, die Gesundheitsüberzeugungen sowie die psychische und somatische Gesundheit der Eltern.

Bei der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen liegt laut Rücker et al. (2010) im multiaxialen Klassifikationssystem des ICD-10 die Gewichtung neben der Achse I (klinisch-psychiatrisches Syndrom) besonders auf den Achsen II (Lern- und Leistungsprobleme) und V (abnorme psychosoziale Umstände). Zusätzlich betonen Wöckel et al. (2010) die Bedeutung der Achse VI (psychosoziales Funktionsniveau), da die psychosozialen Umstände nicht nur entscheidend seien für die Einschätzung des Schweregrads der psychischen Störung, sondern auch für die Einleitung von Hilfen, zur Verlaufsbeobachtung, dem Stellen einer Prognose und als Kriterium für den Therapieerfolg.

Achse V und VI liefern einen bedeutsamen Beitrag zur Feststellung der Beeinträchtigung in der Teilhabe am Leben. So lassen sich anhand Achse V Informationen über den familiären Hintergrund (abnorme intrafamiliäre Beziehungen, psychische Störungen in der Familie, intrafamiliäre Kommunikation, Erziehungsbedingungen, unmittelbare Umgebung) sowie über Belastungen im Zusammenhang mit der Schule oder andere belastende Lebensereignisse erfassen. Die jeweiligen Merkmale, die in zehn übergeordnete Kategorien zusammengefasst sind, können anhand des Schweregrads von 0 bis 2 abgestuft werden. Auf diese Weise können in Textform vorliegende Akteninformationen quantifiziert werden. Achse VI umfasst die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung in den Stufen 0 bis 8. Die Beurteilung stützt sich auf die Art der Beziehungen des Kindes oder Jugendlichen zu Familie, Gleichaltrigen und Außenstehenden, auf die sozialen Kompetenzen, schulische Adaptation, Interessenlage und Freizeitaktivitäten. Eine niedrige soziale Adaptionsfähigkeit kann zu Schulabbrüchen, schlechteren Leistungen in Schule und Studium, unregelmäßiger beruflicher Tätigkeit, instabilen Beziehungen und delinquentem Verhalten führen (Wöckel et al., 2010).

Auch Streeck-Fischer und Streeck (2010) weisen darauf hin, dass bei der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen eine auf die Störung fokussierte Perspektive nicht ausreiche. Vielmehr müsse der Entwicklungsstand der Jugendlichen, Schweregrad und Komplexität ihrer Beeinträchtigungen sowie evtl. Problematiken der Eltern mit einbezogen werden. Neben einer genauen phänomenologischen Erfassung könne nur eine strukturelle Diagnostik das Krankheitsbild ganz erfassen.

Zudem entwickeln sich im Feld der psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen immer wieder neue Störungsbilder, wie z. B. Internetabhängigkeit oder Bullying, die aktuell noch keinen Eingang in das DSM-IV oder ICD-10 gefunden haben (Seiffge-Krenke, 2011). Für diese Störungen sind zunächst epidemiologische Studien und eine Präzisierung der Diagnosekriterien notwendig (Wartberg et al., 2011).

Allgaier, Schiller und Schulte-Körne (2011) weisen schließlich darauf hin, dass viele Jugendliche überhaupt nicht im medizinischen Versorgungssystem vorstellig werden. Dies hänge zum einen mit Wissensdefiziten über psychische Störungen zusammen und zum anderen mit Vorurteilen und Ängsten vor Stigmatisierung. Daher seien Haus- und Kinderärzte meist die erste Anlaufstelle, was zu einer Fokussierung auf organische Beschwerden führe, z. B. auf Symptome wie Schmerzen und Müdigkeit bei depressiven Störungen. Eine Wissensvermittlung über Symptome psychischer Störungen und deren Behandelbarkeit könnten Behandlungsbarrieren bei Jugendlichen abbauen, wie z. B. die von Allgaier et al. (2011) erstellte Aufklärungsbroschüre zu Depression bei Jugendlichen.

Übersicht über geeignete störungsspezifische Messinstrumente

Psychosen

Das *Schizophrenia Proneness Instrument Kinder- und Jugendversion (SPI-CY)* von Schultze-Lutter und Koch (2010) stellt ein Interview-basiertes Instrument zur Früherkennung von Psychosen dar, das ab dem 13. Lebensjahr valide angewendet werden kann. Das 57 Items umfassende *SPI-CY* hat eine vierdimensionale Struktur: Dynamie als zentrale Dimension mit 17 Items, Wahrnehmungsveränderungen (13 Items), Neurotizismus (8 Items) und Denk- und Handlungsstörungen (19 Items). Die Schweregradkodierung erfolgt primär über die Auftretenshäufigkeit des Symptoms von 0 („nicht vorhanden“) bis 6 („täglich vorhanden“); Zusatzkodierungen erlauben die Erfassung von Traitmerkmalen (7 „schon immer in gleicher Häufigkeit vorhanden“) sowie von Unsicherheiten hinsichtlich des Schweregrads (8 „Symptom definitiv vorhanden, aber Schweregrad nicht beurteilbar“) oder der Itemdefinition (9 „Schilderung erlaubt keine klare Beurteilung über das Vorliegen des Symptoms“). Die datenbasierte Kinder- und Jugendversion berücksichtigt entwicklungsbedingte Besonderheiten und wurde anhand von Querschnittsdaten einer Stichprobe von 32 early-onset Psychosen konstruiert (Schultze-Lutter et al., 2011).

Depressive Störungen

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind schwierig zu diagnostizieren, da die Symptome eher unspezifisch und stark altersabhängig sind und sich von der Symptomatik Erwachsener unterscheiden. Gereiztheit, sozialer Rückzug, Leistungsstörungen, soziale Unsicherheit und suizidale Gedanken sind oftmals die Hauptsymptome, die aber selten spontan mitgeteilt werden (Keller et al., 2011). Die *Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R)* (Poznanski & Mokros, 1996), die von Keller et al. (2011) ins Deutsche übersetzt wurde, ist ein semistrukturiertes Interview zur Diagnostik und Schweregradmessung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In der *CDRS-R* werden insgesamt 17 Symptombereiche erfasst. Dazu steht jeweils eine Reihe von möglichen Fragen zur Verfügung, die der Interviewer nutzen kann, um zu einer ausreichenden Abklärung der Symptomatik zu gelangen. Die Schweregradeinschätzungen werden auf einer siebenstufigen Skala vorgenommen, generell bedeuten 1–2 „keine besonderen Probleme“, 3–4 „klinisch bedeutsame Probleme“ und 5–7 „schwerwiegende klinisch bedeutsame Probleme“. Für einige Kategorien stehen ausformulierte Symptombeschreibungen zur Verfügung. Der zeitliche Aufwand des Verfahrens beträgt ca. 30–40 Minuten. Die deutsche Version der *CDRS-R* wurde anhand einer klinischen

Stichprobe von 60 Kindern und Jugendlichen (7–17 Jahre) validiert und ihre psychometrischen Eigenschaften sind insgesamt als gut zu bewerten (Keller et al., 2011).

Angststörungen

Obwohl Angststörungen im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet und mit hohem Leidensdruck und ungünstiger Prognose verbunden sind, werden sie oftmals nicht erkannt. Schneider und In-Albon (2010) empfehlen daher in der diagnostischen Phase neben der Durchführung standardisierter klinischer Interviewverfahren zur kategorialen Diagnostik, ergänzt um störungsspezifische Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, eine ausführliche somatische Differenzialdiagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen sowie eine Detailanalyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen. Auch Verhaltensbeobachtungen oder Selbstbeobachtungsprotokolle seien sinnvoll. Beim diagnostischen Vorgehen müsse beachtet werden, ob es sich um eine altersgemäße Angst handle, diese nur in bestimmten Situationen auftrete und inwieweit sich die Angaben von Eltern und Kind unterschieden. Schneider und In-Albon (2010) geben zudem eine hilfreiche Übersicht über allgemeine und spezifische Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Angststörungen.

Das *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)* (Birmaher et al., 1997) ist ein Screening-Fragebogen für das gesamte Spektrum der Angststörungen, das in einer Kind- und einer Elternversion vorliegt. Die fünf Faktoren des Fragebogens repräsentieren die Hauptdiagnosen im Kinder- und Jugendbereich: Panikstörung (13 Items), generalisierte Angststörung (9 Items), Schulangst (4 Items), Soziale Phobie (7 Items) und Trennungsangst (8 Items). Die 41 Items werden auf einer dreistufigen Skala (0 „trifft nicht/selten zu“ bis 2 „trifft genau/meistens zu“) beurteilt. Somit ist ein Gesamtwert von 0 bis 82 möglich, wobei der Cut-Off für eine pathologische Angstsymptomatik bei 25 Skalenpunkten liegt. Die deutsche Version des *SCARED* (Plass et al., 2004) wurde von Weitkamp et al. (2011) anhand einer klinischen Stichprobe mit heterogenen Störungsbildern überprüft. Dafür lagen von 57 Jugendlichen (11–18 Jahre) sowohl das Eltern- als auch das Selbsturteil vor. Die Validität des Verfahrens ist insgesamt als gut zu beurteilen; die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdurteil lag im mittleren Bereich, da im Selbstbericht mehr und stärkere Angstsymptomatik angegeben wurde. Weitkamp et al. (2011) schlussfolgern, dass im Diagnostikprozess von Angststörungen sowohl Eltern- als auch Kindurteil von Bedeutung seien. Die Verwendung eines Cut-Offs sei jedoch nur für den Selbstbericht sinnvoll, da er im Elternurteil zu einer Unterschätzung der Symptomatik führe.

Trauma- und Belastungsstörungen

Das *Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) Interview* (Bifulco, Brown & Harris, 1994) sowie der korrespondierende Fragebogen *CECA.Q* (Bifulco et al., 2005) decken ein breites Spektrum negativer familiärer Kindheitserlebnisse von Bindungs- und Beziehungsspekten bis hin zu Missbrauchserlebnissen ab. Das *CECA Interview* ist ein semistrukturiertes, retrospektives Interview, das eine Schulung des Interviewers sowie die Kenntnis von Referenzbeispielen erfordert. Die Durchführung benötigt zwischen 40 und 120 Minuten, je nach Vielfalt und Komplexität der Kindheitserfahrungen. Neben den vier Kernskalen, die auch im Fragebogen enthalten sind, beinhaltet das Interview acht weitere optionale Skalen. Es wird eine sekundäre Durchführung des Interviews bei positiver Anamnese im Fragebogen empfohlen (Kaess et al., 2011). Der Fragebogen *CECA.Q* besteht aus den vier Kernbereichen elterliche Antipathie (8 Items), elterliche Vernachlässigung (8 Items), körperlicher Missbrauch (eine Screening-Frage und weitere Items bei Bedarf) und sexueller Missbrauch (vier Screening-Fragen und weitere Items bei Bedarf) sowie den Subskalen Verlust der Eltern und Unterstützung in der Kindheit. Die einzelnen Items werden auf einer fünfstufigen Skala (von 1 „Ja, zweifellos“ bis 5 „Nein, gar nicht“) getrennt für Mutter und Vater bewertet.

CECA Interview und Fragebogen wurden von Kaess et al. (2011) ins Deutsche übersetzt und anhand einer klinischen Stichprobe von 125 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (13–25 Jahre) validiert. Dabei zeigten sich die Reliabilität und Validität der Verfahren als gut bis sehr gut ausgeprägt, lediglich die Interrater-Reliabilität des Interviews war als befriedigend einzustufen. Es ergab sich zudem ein hoch signifikanter Zusammenhang aller erinnerten negativen Kindheitserlebnisse mit suizidalen Verhaltensweisen, wobei sich mütterliche Vernachlässigung als stärkster Prädiktor herausstellte.

Ein weiteres Verfahren, das ein breites Spektrum an potenziell traumatischen Ereignissen erfasst, jedoch ein Screening-Verfahren der Traumafolgestörungen Akute Belastungsstörung und Posttraumatische Belastungsstörung darstellt, ist das *Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)* von Tagay et al. (2011). Diese Autoren empfehlen eine direkte Befragung des Kindes selbst, da Eltern und Lehrer dazu neigten, die Belastungen des Kindes zu unterschätzen. Der *ETI-KJ* Fragebogen setzt sich aus 43 Items zusammen, die direkt aus den DSM-IV-Kriterien abgeleitet sind, und gliedert sich in fünf Teile: Trauma-Checkliste, Fragen zum schlimmsten Ereignis, aktuelle posttraumatische Symptomatik (Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation), zeitliche Einordnung der Symptome und symptombedingte Einschränkungen im Alltag. Das Verfahren wurde an einer heterogenen Stichprobe (klinische und nicht-klinische Gruppen) von 276 Jugendlichen (12–17 Jahre)

validiert. Hierbei ergaben sich gute bis sehr gute psychometrische Kennwerte. Das *ETI-KJ* ist laut Tagay et al. (2011) ein ökonomisches und praktikables Screening-Instrument, das neben einer kategorialen Diagnostik posttraumatischer Störungen auch eine Bestimmung des Schweregrads der Symptomatik ermögliche.

Essstörungen

Beim *Eating Disorder Inventory (EDI-2)* von Garner (1991) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument aus 91 Items, die anhand einer sechsstufigen Skala beurteilt werden. Das Instrument setzt sich aus elf Skalen zusammen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation und Soziale Unsicherheit. Nachdem das *EDI-2* von Paul und Thiel (2005) ins Deutsche übersetzt wurde, wurde es von Salbach-Andrae et al. (2010) an einer Stichprobe von 371 Jugendlichen (13–18 Jahre, klinische und nicht-klinische Gruppen) validiert. Mohnke und Warschburger (2011) weisen jedoch darauf hin, dass Körperunzufriedenheit und ihre Konsequenzen geschlechtsspezifisch erfasst werden müsse. Denn während bei Mädchen die Sorge um das Gewicht mit der Konsequenz Diät im Vordergrund stehe, liege der Fokus der Jungen eher auf ihrer Muskelmasse mit der Konsequenz Muskeltraining. Auch exzessiver Muskelaufbau könne gesundheitsschädliche Folgen haben. Daher wird die zusätzliche Erfassung der *Drive for Muscularity Scale (DMS)* von McCreary und Sasse (2000) empfohlen.

Psychopathy

Die *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV)* von Forth et al. (2003) wurde kürzlich von Sevecke und Krischer (in Druck) ins Deutsche übersetzt. Bei diesem 90–120-minütigen halbstandardisierten Interview, welches für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren geeignet ist, werden interpersonelle, affektive und dissoziale Persönlichkeitsmerkmale sowie Verhaltensauffälligkeiten auf einer Liste von 20 Items eingeschätzt. Diese werden anhand einer dreistufigen Skala bewertet. Der Summenscore der *PCL:YV* liefert ein dimensionales Maß über Anzahl und Schwere der Persönlichkeitszüge im Sinn der Psychopathy nach Hare. Im Gegensatz zur Erwachsenenversion, wird bei der *PCL:YV* von einer kategorialen Betrachtungsweise mit einem definierten klinischen Cut-Off abgeraten, da u. a. noch nicht ausreichend empirische Daten über die Stabilität der Persönlichkeitszüge vorlägen. Das Instrument basiert auf dem Vier-Faktorenmodell der Psychopathy, das die Dimensionen Interpersoneller, Affektiver, Lifestyle und Antisozialer Faktor umfasst. Wie bereits im Kapitel „Spezifika der diagnostischen Not-

Tabelle 1. Übersicht der vorgestellten Diagnostikverfahren (in alphabetischer Reihenfolge)

Instrument	Art der Störung	Deutsche Version	Beschreibung	Altersbereich (Jahre)
<i>Childhood Experiences of Care and Abuse CECA</i> (Bifulco, Brown & Harris, 1994; Bifulco et al., 2005)	Trauma- und Belastungsstörungen	Kaess et al. (2011)	semistrukturiertes, retrospektives Interview plus korrespondierendem Fragebogen, Fragebogen aus mind. 21 Items auf vier Kernskalen, Interview beinhaltet acht weitere optionale Skalen, Zeitaufwand Interview 40–120 Minuten	13–25
<i>Children's Depression Rating Scale – Revised CDRS-R</i> (Poznanski & Mokros, 1996)	Depressive Störungen	Keller et al. (2011)	semistrukturiertes Interview, 17 Symptombereiche, Zeitaufwand 30–40 Minuten	7–17
<i>Compulsive Internet Use Scale CIUS</i> (Meerkerk, Eijnden & Garretsen, 2006)	Pathologischer Internetgebrauch	Petersen et al. (2009)	Fragebogen aus 14 Items	
<i>Deliberate Self-Harm Inventory DSHI</i> (Gratz, 2001)	Selbstverletzendes Verhalten	Fliege et al. (2006)	Fragebogen aus 17 Items	
<i>Drive for Muscularity Scale DMS</i> (McCreary & Sasse, 2000)	Körperunzufriedenheit	/	Fragebogen aus 15 Items	16–24
<i>Eating Disorder Inventory EDI-2</i> (Gamer, 1991)	Essstörungen	Paul und Thiel (2005)	Fragebogen aus 91 Items auf elf Skalen	13–18
<i>Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche ETI-KJ</i> (Tagay et al., 2011)	Akute und Posttraumatische Belastungsstörung	Tagay et al. (2011)	Fragebogen aus 43 Items in fünf Teilen, Zeitaufwand 10–15 Minuten	12–17
<i>Hare Psychopathy Checklist: Youth Version PCL: YV</i> (Forth et al., 2003)	Psychopathy	Sevecke und Krischer (in Druck)	Halbstandardisiertes Interview, 20 Items auf vier Faktoren, Zeitaufwand 90–120 Minuten	12–18
<i>Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents M.I.N.I. KID</i> (Sheehan & Lecrubier, 1998)	Gängigste psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Screening)	Plattner et al. (2011)	strukturiertes diagnostisches Interview, 24 Module, Kinder bis 12 Jahre werden im Beisein der Eltern befragt, Zeitaufwand ca. 35 Minuten	6–17

Tabelle 1. Übersicht der vorgestellten Diagnostikverfahren (in alphabetischer Reihenfolge) (Fortsetzung)

Instrument	Art der Störung	Deutsche Version	Beschreibung	Altersbereich (Jahre)
<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version K-SADS-PL</i> (Kaufman et al., 1997)	Affektive Störungen und Schizophrenie (Screening)	Delmo et al. (2000)	semi-strukturiertes diagnostisches Interview, 82 Symptome aus 20 verschiedenen diagnostischen Bereichen plus Erweiterungs-Interviews, getrennte Befragung von Eltern und Kind, Zeitaufwand ca. 75 Minuten pro Interview	6–18
<i>Schizophrenia Proneness Instrument Kinder- und Jugendversion SPI-CY</i> (Schultze-Lutter & Koch, 2010)	Früherkennung von Psychosen	Schultze-Lutter und Koch (2010)	Interview-basiertes Instrument, 57 Items auf vier Dimensionen	12–17
<i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED</i> (Birmaher et al., 1997)	Angststörungen	Plass et al. (2004)	Fragebogen in Eltern- und Kindversion, 41 Items auf fünf Faktoren	11–18
<i>Self-Harm Behavior Questionnaire SHBQ</i> (Gutierrez et al., 2001)	Selbstverletzendes Verhalten	Fliege et al. (2006)	Fragebogen aus 65 Items	

wendigkeiten bei Jugendlichen“ beschrieben, wird jedoch von Sevecke et al. (2011) empfohlen, bei Jugendlichen zur Diagnostik der Psychopathy auf die Kerndimensionen Interpersonaler und Affektiver Faktor zu fokussieren, da die Verhaltensfaktoren Lifestyle und Antisozialer Faktor zu fälschlich hohen Prävalenzraten führten.

Selbstverletzendes Verhalten

Nitkowski und Petermann (2009a) empfehlen ein verhaltensanalytisches Vorgehen zur Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen, das auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell basiert. Dabei stehen zunächst die Beschreibung der Form der Selbstverletzung und die Klärung einer möglichen vorhandenen suizidalen Motivation im Vordergrund. Danach wird die Abklärung von Vulnerabilitätsfaktoren empfohlen, d. h. die Erarbeitung von der Selbstverletzung vorausgehenden äußeren und inneren Bedingungen sowie auslösenden Belastungen. Schließlich sollen die Hauptfunktionen und Konsequenzen selbstverletzenden Verhaltens besprochen werden. Plener et al. (2010) weisen zudem auf die Notwendigkeit einer körperlichen Untersuchung im klinischen Setting hin, um einen Überblick über das Ausmaß der Selbstverletzung zu erlangen und ggf. eine medizinische Behandlung, d. h. Wundversorgung einzuleiten. Zur Erhebung des selbstverletzenden Verhaltens existiert eine Vielzahl von Fragebogeninstrumenten (Nitkowski & Petermann, 2009b), laut Plener et al. (2010) hat sich bislang jedoch kein Goldstandard herauskristallisiert. Messverfahren, die in Studien mit Jugendlichen zufriedenstellende psychometrische Gütekriterien erzielten, sind z. B. das aus 17 Items bestehende *Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)* von Gratz (2001; deutsche Übersetzung Fliege et al., 2006) oder der 65 Items umfassende *Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)* von Gutierrez et al. (2001; deutsche Übersetzung Fliege et al., 2006).

Pathologischer Internetgebrauch

Eine exzessive Nutzung des Internets kann zu negativen psychosozialen Konsequenzen sowie zu Veränderungen des Verhaltens führen, auch wenn im deutschsprachigen Raum bislang kaum empirische Daten zur psychischen Befindlichkeit von Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch vorliegen (Wartberg et al., 2011). Ein ökonomisches Verfahren zur Messung der Intensität des Internetgebrauchs ist die *Compulsive Internet Use Scale (CIUS)* von Meerkerk, Eijnden und Garretsen (2006; deutsche Übersetzung Petersen et al., 2009). Das aus 14 Items bestehende Instrument wird auf einer fünfstufigen Skala beurteilt (von 0 „Nie“ bis 4 „Sehr oft“) und enthält die Aspekte Kontrollverlust, Vertieftsein, Entzugssymptome, Coping und Konflikte. Wartberg et al. (2011) betonen jedoch, dass epidemiologische Studien und eine

Präzisierung der Diagnosekriterien notwendig seien, um die Relevanz des pathologischen Internetgebrauchs von Jugendlichen in Deutschland realistisch abschätzen zu können.

Eine Übersicht aller vorgestellten Diagnostikverfahren liefert Tabelle 1.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in den letzten Jahren den Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei Jugendlichen erfreulicherweise Rechnung getragen wurde. Dies schlägt sich im deutschen Sprachraum in einer Vielzahl differenzierter Untersuchungsverfahren für diverse Krankheitsbilder nieder, die neu entwickelt bzw. ins Deutsche übersetzt und an Jugendlichen Stichproben validiert wurden. Ein entscheidender Beitrag zu einer validen Diagnostik wurde damit geleistet.

Literatur

- Albrecht, B., Uebel, H., Brandeis, D. & Banaschewski, T. (2010). Bedeutung funktioneller psychophysiologischer Methoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 395–407.
- Allgaier, A.-K., Schiller, Y. & Schulte-Körne, G. (2011). Wissens- und Einstellungsänderungen zu Depression im Jugendalter. Entwicklung und Evaluation einer Aufklärungsbroschüre. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 247–255.
- Banaschewski, T., Poustka, L. & Holtmann, M. (2011). Autismus und ADHS über die Lebensspanne. Differenzialdiagnosen oder Komorbidität? *Nervenarzt*, 82, 573–581.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M. & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 563–581.
- Bifulco, A., Brown, G. W. & Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1419–1435.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. & McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Brunner, R. & Resch, F. (2008). Zur Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von schweren Adoleszenzkrise im Jugendalter. In R. Brunner & F. Resch (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter* (S. 134–148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M. & Poustka, F. (2000). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)* (3. Aufl. der Deutschen Forschungsversion). Frankfurt am Main: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Frankfurt.
- Fliege, H., Kocalevent, R. D., Walter, O. B., Gratz, K. L., Gutierrez, P. M. & Klapp, B. F. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behaviour: Evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 113–121.
- Forth, A. E., Kosson, D. S. & Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X. & Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the self-harm behavior questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77, 475–490.
- Jans, T. & Warnke, A. (2011). Dissoziative Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter. Symptomatik, Diagnose und Therapie. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 127–138.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Resch, F., Bifulco, A. & Brunner, R. (2011). Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA). Validierung der deutschen Version von Fragebogen und korrespondierendem Interview sowie Ergebnisse einer Untersuchung von Zusammenhängen belastender Kindheitserlebnisse mit suizidaler Verhaltensweisen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 243–252.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. & Rao, U. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980–988.
- Keller, F., Grieb, J., Ernst, M., Spröber, N., Fegert, J. M. & Kölsch, M. (2011). Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R). Entwicklung einer deutschen Version und psychometrische Gütekriterien in einer klinischen Stichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 179–185.
- 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, 321–328.
- McCreary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297–304.
- Meerkerk, G.-J.; van den Eijnden, R. J. J. M. & Garretsen, H. F. L. (2006). Predicting compulsive internet use: It's all about sex. *Cyber Psychology & Behavior*, 9, 95–103.
- Mohnke, S. & Warschburger, P. (2011). Körperunzufriedenheit bei weiblichen und männlichen Jugendlichen: Eine geschlechtervergleichende Betrachtung von Verbreitung, Prädiktoren und Folgen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 285–303.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009a). Verhaltensdiagnostik selbstverletzenden Verhaltens. *Nervenheilkunde*, 28, 227–231.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009b). Instrumente zur klinischen Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 215–226.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2010). Selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche: Fundierung der Differenzialdiagnostik. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 78, 9–17.

- Paul, T. & Thiel, A. (2005). *EDI-2. Eating Disorder Inventory-2*. Göttingen: Hogrefe.
- Petersen, K. U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R. & Thomasius, R. (2009). Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 77, 263–271.
- Plass, A., Barkmann, C., Mack, B., Mittenzwei, K., Riedesser, P. & Schulte-Markwort, M. (2004). German translation and validation of the Screen for Child and Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) – first results. In H. Remschmidt & M. Belfer (Eds.), *Book of abstracts of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACA-PAP) in Berlin* (pp. 298). Darmstadt: Steinkopff.
- Plattner, B., Aebi, M., Steinhausen, H.-C. & Bessler, C. (2011). Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich. Implikationen für einen jugendpsychiatrischen Versorgungsauftrag im Strafvollzug. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 231–242.
- Plener, P. L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J. M. & Libal, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 77–89.
- Poznanski, E. O. & Mokros, H. B. (1996). *Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R). Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & Petermann, F. (2010). Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: Traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 253–265.
- Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Bürger, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Holzhausen, M. (2010). Psychometrische Gütekriterien des Eating Disorder Inventory (EDI-2) bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 219–228.
- Schneider, S. & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut*, 55, 525–540.
- Schulte, I. E. & Petermann, F. (2011). Somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter: Perspektiven für das DSM-V. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 281–287.
- Schultze-Lutter, F. & Koch, E. (2010). *Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth version (SPI-CY)*. Roma: Giovanni Fioriti Editores. r.l. (deutsche Ausgabe bestellbar unter <http://www.fioriti.it/english.php>).
- Schultze-Lutter, F., Resch, F., Koch, E. & Schimmelmann, B. G. (2011). Früherkennung von Psychosen bei Kindern und Adoleszenten. Sind entwicklungsbezogene Besonderheiten ausreichend berücksichtigt? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 301–312.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Psychoanalytische Therapien mit Jugendlichen: Diagnostische Unsicherheiten, Behandlungsprobleme, Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 649–665.
- Sevecke, K. & Krischer, M. K. (in Druck). *Die Psychopathy-Checkliste für Jugendliche, deutsche Übersetzung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M. K. (2010). Psychopathy-, Temperaments und Charakterdimensionen bei inhaftierten Mädchen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 91–101.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M. K. (2011). Epidemiologische Daten zu Persönlichkeitsdimensionen der Psychopathy bei Jungen und Mädchen. Ergebnisse aus der Kölner GAP-Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 9–21.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–23.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 313–326.
- Streeck-Fischer, A. & Streeck, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 435–452.
- Tagay, S., Düllmann, S., Hermans, E., Repic, N., Hiller, R. & Senf, W. (2011). Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 323–340.
- Wartberg, L., Sack, P.-M., Petersen, K.-U. & Thomasius, R. (2011). Psychische Befindlichkeit und Leistungsmotivation bei Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 719–734.
- Weitkamp, K., Romer, G., Rosenthal, S., Wiegand-Grefe, S. & Daniels, J. (2011). Der deutsche Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Eltern- und Selbsturteil in einer klinischen Stichprobe 11- bis 18-Jähriger. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 820–834.
- Witthöft, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2010). Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 218–227.
- Wöckel, L., Goth, K., Zepf, F. D., Matic, N., Holtmann, M., Herpertz-Dahlmann, B. & Poustka, F. (2010). Psychopharmakotherapie verbessert das psychosoziale Funktionsniveau bei adoleszenten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 282–301.

Dipl.-Psych. Vanessa Jantzer

Dipl.-Psych. Peter Parzer

Prof. Dr. Franz Resch

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Blumenstraße 8

69115 Heidelberg

E-Mail: Vanessa.Jantzer@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

des Kindes- und Jugendalters

Campus Virchow-Klinikum

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin