

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/275566442>

Psychische Störungen im Jugendalter: Aktuelle Therapietrends

Article in *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* · September 2013

DOI: 10.13109/prkk.2013.62.7.505

CITATION

1

READS

386

3 authors:



Ulrike de Vries

Universität Bremen

106 PUBLICATIONS 486 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Gerd Lehmkuhl

University of Cologne

582 PUBLICATIONS 7,340 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Franz Petermann

Universität Bremen

2,129 PUBLICATIONS 22,792 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Emotion training with students [View project](#)



Evaluation eines multimodalen Motivations- und Schulungsprogramms für die kardiologische Reha-Nachsorge (Vision 2 - Gesundes Herz). [View project](#)

ÜBERSICHTSARBEITEN

Psychische Störungen im Jugendalter: Aktuelle Therapietrends

Ulrike de Vries, Gerd Lehmkuhl und Franz Petermann

Summary

Mental Disorders in Adolescence: Current Trends in Therapy

On the basis of the high prevalence for behavioural problems and mental disorders in adolescence and its persistence into adulthood it is tested whether and based upon which emphasis this topic is considered in the recent discussion on psychotherapy. Therefore, a bibliometric analysis is given that summarizes the issue in the 2011 and 2012 volumes of representative German child and adolescent psychological and psychiatric journals. The focus lies on conduct disorder, depression, deliberate self-harm, dissociative disorder, and post traumatic stress disorder.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 505-522

Keywords

conduct disorder – depression – deliberate self-harm – dissociative disorder – post traumatic stress disorder

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen im Jugendalter und ihre Persistenz in das Erwachsenenalter wird überprüft, ob und mit welchen Schwerpunkten dieser Themenbereich in der aktuellen Diskussion um Psychotherapieverfahren berücksichtigt wird. Hierzu wird eine bibliometrische Analyse vorgelegt, die die Thematik in den Jahrgängen 2011 und 2012 in repräsentativen deutschsprachigen kinder- und jugendpsychologischen bzw. -psychiatrischen Zeitschriften zusammenfasst. Im Fokus stehen hierbei die Störung des Sozialverhaltens, Depression, selbstverletzendes Verhalten sowie dissoziative- und Traumafolgestörungen.

Schlagwörter

Störung des Sozialverhaltens – Depression – selbstverletzendes Verhalten – Traumafolgestörungen

1 Hintergrund

Nach Erhebungen des Robert-Koch-Instituts (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart, 2007) liegen bei 22 % der befragten Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, bei 10 % behandlungsbedürftige psychische Störungen vor. Zu den häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (7-17 Jahre) zählen Störungen des Sozialverhaltens (10 %), Ängste (7,6 %) und Depression (5,4 %). Hoffmann, Petermann, Glaeske und Bachmann (2012) ermittelten etwa eine Punktprävalenz für Depression aus den Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung (Alter 12-18 Jahre, n = 140.563) von 3,1 % (weibliche Jugendliche: 3,7 %; männliche Jugendliche: 2,5 %) (vgl. auch Petermann et al., 2012).

Seit den 90er Jahren bewegen sich die epidemiologischen Zahlen bei Kindern und Jugendlichen auf einem sehr hohen Niveau. Bei psychischen Störungen insgesamt sind keine eindeutigen Veränderungen mehr feststellbar, wohl aber bei einzelnen Störungsbildern (z. B. schulbezogene Störungen; Walter, Hautmann, Lehmkuhl, Döpfner, 2011). Es ist allerdings eine sehr starke Zunahme in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Nachfrage und Inanspruchnahme festzustellen. Dieser Trend ist bei einzelnen Störungsbildern (PTSD) besonders deutlich. Insbesondere bei Problemen wie z. B. ADHS, Legasthenie, schulbezogene Störungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens, Borderline-Störungen, PTSD ist der Behandlungsbedarf deutlich gestiegen. So hat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Anzahl der stationären Behandlungen von 1991 bis 2010 um 133 % auf 46.834 Fälle zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2012).

Rutter und Smith (1995) wiesen bereits auf epochale Veränderungen im Spektrum psychischer Störungen bei Jugendlichen hin. So lässt sich seit dem Ende des zweiten Weltkrieges bis in die späten 80er Jahre in fast allen entwickelten Ländern ein bedeutsamer Anstieg von psychischen und psychosozialen Störungen bei Kindern und Jugendlichen feststellen; dieser Anstieg war relativ neu (keine Fortführung von vorherigen Trends). Zu den „neuen“ Störungsbildern zählen Kriminalität, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit, Depressionen, Essstörungen und suizidales Verhalten. Dabei zeichnete sich ein Trend zu immer jüngeren Altersgruppen sowie einer Konvergenz von Jungen und Mädchen ab. Für diese Entwicklung kommen viele Faktoren in Betracht, etwa schnelle ökonomische Entwicklung, höherer Wohlstand, Veränderung der Familienbedingungen (Scheidungen, Disharmonie), Veränderung der Jugendkultur (Medienkonsum, Suchtverhalten), Veränderung moralischer Werte.

Zur Beschreibung der aktuellen Entwicklung in der Therapie von psychisch kranken Jugendlichen wurde eine bibliometrische Analyse durchgeführt, die die Thematik in

den Jahrgängen 2011 und 2012 in aktuellen Publikationen führender Fachzeitschriften zusammenfasst. Dabei waren neben der Differenziertheit der Arbeiten insbesondere die inhaltlichen Schwerpunkte von Interesse. Nach Sichtung der beschriebenen Publikationen lassen sich einige Entwicklungstrends bei den psychotherapeutischen Methoden für Jugendliche identifizieren. Hierbei handelt es sich um

- die Weiterentwicklung etablierter Verfahren,
- die Integration von unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen und Traditionen sowie Einsatz qualitativer Methoden und Psychoedukation (vgl. Allgaier, Schiller, Schulte-Körne, 2011; Blechinger u. Klosinski, 2011),
- die Integration verschiedener Fachrichtungen bzw. ein interdisziplinärer Zugang (vgl. Büttner, Rücker, Petermann, Petermann, 2011),
- die Integration von Techniken und therapeutischer Beziehung,
- Genderforschung (vgl. Mohnke u. Warschburger, 2011),
- der Beschäftigung mit Problemkonstellationen, bei denen nur schwer oder kaum Erfolge erreichbar waren (z. B. Persönlichkeitsstörungen (Sevecke, Lehmkuhl, Petermann, Krischer, 2011), selbstverletzendes Verhalten, dissoziale Störungen),
- die Lösung von der starren Fixierung auf diagnosenspezifische Programme (transdiagnostische Konzepte) und
- eine Aufschlüsselung der Einzelkomponenten von Behandlungsprogrammen und Fokussierung auf dysfunktionale Prozesse (Schmidt, Petermann, Brähler, Stöbel-Richter, Koglin, 2012; Seiffge-Krenke, 2011; Wick, Leipold-Haas, Dye, Strauß, 2012).

2 Definition Jugendalter – Risiken und Chancen der Jugendpsychotherapie

Die Forschung zum Jugendalter nahm in den letzten beiden Jahrzehnten einen gewaltigen Aufschwung. Die Beschäftigung mit der Pubertät als wichtigen Übergang sowie die Auseinandersetzung mit Jugendproblemen sind dabei von besonderer Bedeutung. Charakteristisch sind die interdisziplinären Ansätze, in denen die Entwicklungs- und Sozialpsychologie eine große Rolle spielen, aber keineswegs dominieren.

Das Jugendalter beginnt mit dem Einsetzen der Pubertät und endet, wenn der Jugendliche in seine gesellschaftlichen Rollen hineingewachsen ist (Fuhrer, 2013). Dieser Lebensabschnitt stellt einen qualitativ abgrenzbaren Bereich mit dem Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter dar, der sich in eine frühe (ca. 11-14 Jahre), mittlere (ca. 15-17 Jahre) und späte (ca. 18-20 Jahre) Adoleszenz gliedern lässt. Die Definition von „jugendlich“ und die Beschreibung der Entwicklungsschritte in dieser Lebensphase unterliegen einem epochalen Wandel. Zudem sind durch gesellschaftliche Veränderungen, etwa lebenslanges Lernen, Selbstgestaltung des Lebens, verlängerte Ausbildungszeiten, die Anforderungen an Jugendliche heute anders als früher. Aber auch aus evolutionärer Sicht hat sich das Jugendalter verändert, zum Beispiel hat sich der Beginn der Geschlechtsreife nach vorne verlagert (Zeitpunkt der Menarche 1850

bei 17,5 Jahren, 1950 bei 15 Jahren, aktuell bei 13 Jahren). Somit beginnt das Jugendalter heute früher – auf Kosten der Kindheit.

Hauptmerkmal der Entwicklung bei Jugendlichen bilden biologische, kognitive und soziale Veränderungen. Die neurobiologische Forschung hat gezeigt, dass zu Beginn des Jugendalters umfangreiche Umstrukturierungen im Gehirn stattfinden, eine massive hormonelle Umstellung sowie körperliche Reifungsprozesse einsetzen – mögliche Erklärungen für kognitive Leistungsveränderungen oder ein Risikoverhalten. So genannte normative Entwicklungsaufgaben, etwa die körperliche Reifung, gelten für alle Menschen und sind kulturübergreifend, non-normative Entwicklungsaufgaben hingegen ergeben sich aus kritischen Lebensaufgaben, etwa die Bewältigung einer schwerwiegenden akuten oder chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung oder einschneidenden Lebensereignissen und stellen sich nur einigen wenigen zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Diese besonderen Entwicklungsaufgaben unterliegen unterschiedlichen Bewältigungsprozessen (Fuhrer, 2013; Seiffge-Krenke, 1995). Im Rahmen der Therapie mit Jugendlichen müssen diese Bewältigungsprozesse, aus denen sich spezielle Risiken aber auch Chancen ableiten lassen, berücksichtigt werden, um den Erfolg einer Therapie beeinflussen zu können (vgl. auch Petermann u. Petermann, 2012b; s. Abb. 1).

Risiken

Das therapeutische Bündnis gelingt nicht

- weil der Jugendliche keinen Leidensdruck, keine eigene Motivation hat oder
- Erwachsenen grundsätzlich misstraut

Die Eltern torpedieren die Therapie

- sobald der Jugendliche sich emotional ablöst oder
- wenn gravierende Missstände in der Familie sichtbar werden.

Chancen

- die äußere und innere Dynamik der Pubertät unterstützt Veränderungen,
- der Jugendliche ist offen für seine Innenwelt und beschäftigt sich gern damit,
- der Jugendliche ist interessiert an Beziehungen und
- der Jugendliche ist offen für die Sinnfrage und für eine religiöse Suche.

Abbildung 1: Risiken und Chancen der Psychotherapie mit Jugendlichen

Evidenz psychotherapeutischer Maßnahmen. Grundlage für die Anwendung psychotherapeutischer Maßnahmen bildet eine empirisch und wissenschaftlich fundierte Forschung zur Evidenz von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. In diesem Zusammenhang sind Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen notwendig, um die Effektstärken der einzelnen Therapieverfahren zu bestimmen (vgl. auch Goldbeck, 2011). Pfammater und Tschacher (2012) weisen darum insbesondere auf die Not-

wendigkeit hin, differenzielle Wirkmechanismen psychotherapeutischer Verfahren aufzudecken, um Therapieangebote noch effizienter gestalten zu können.

In einer großangelegten Metaanalyse (Esser u. Blank, 2011) von insgesamt 138 Primärstudien aus den Jahren 1993 bis 2009 konnte die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter belegt werden. Ferner zeigte sich, dass behaviorale Therapieverfahren im Vergleich zu nicht-behavioralen Therapieverfahren deutlich effektiver waren. Darüber hinaus beschreibt die Analyse von Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg eine verbesserte Therapiewirksamkeit bei Einzeltherapie, Einbezug der Familie, der Behandlung von überkontrollierten Störungen und in klinischen Stichproben. Die Therapieeffekte psychotherapeutischer Maßnahmen erwiesen sich als stabil (6-Monatskatamnese).

3 Epigenetik

Aktuell werden zur Erweiterung von Ätiologiemodellen psychischer Störungen Grundlagen der Epigenetik herangezogen. Die Epigenetik, die sich mit der Bedeutung der Gene im Kontext der menschlichen Entwicklung beschäftigt, konnte zeigen, dass genetische Wirkungen auf die Entwicklung immer auf einer Wechselwirkung zwischen Genom und Umwelteinflüssen basieren. Dieser Forschungsansatz beschäftigt sich also mit der Frage, ob epigenetische Prozesse einen Risikofaktor für psychische Störungen darstellen und welche Rolle die Epigenetik in der Pathogenese psychischer Störungen spielt. Aus Sicht der Epigenetik stellt das Jugendalter (die Pubertät) einen besonders interessanten Lebensabschnitt dar, da die in dieser Zeit vermehrt ausgeschütteten Geschlechtshormone die Funktion der Stress-Achse und die Synaptogenese im Hippocampus beeinflussen (vgl. Schmidt, Petermann, Schipper, 2012). Dieser Vorgang erzeugt wiederum eine höhere Anfälligkeit Jugendlicher für die Effekte von Glucocorticoiden wegen der altersbedingten Zunahme der Glucocorticoid-Rezeptoren im präfrontalen Cortex. Die hohe Plastizität des Gehirns während der Pubertät wird als Zeichen einer sensiblen Periode angesehen, weil in dieser Zeit frühere Programmierungen der Stress-Achse durch erlebten Stress verstärkt werden können. Hormonelle Einflüsse werden ebenfalls in Beziehung zur Hirnentwicklung im Jugendalter gesehen, weil sie Raum für geschlechtsspezifische Effekte geben. Hormonelle Einflüsse auf Struktur und Funktion des Gehirns werden etwa mit dem häufigeren Auftreten von Depressionen bei weiblichen Jugendlichen und Frauen in Beziehung gesetzt.

4 Jugendspezifische Verhaltensweisen

Ein wichtiger, mit der Gehirnreifung des Jugendlichen zusammenhängender Aspekt, ist riskantes und delinquentes Verhalten (für einen Überblick vgl. Allroggen, Rau, Fegert, 2012). Riskantes und delinquentes Verhalten bei Jugendlichen entwickelt sich häufig

im Kontext von Gleichaltrigen, wobei oft der Gruppendruck eine wichtige Rolle spielt. Während etwa bei Erwachsenen die Anwesenheit von Familienmitgliedern oder anderen Personen im Auto zu einem vorsichtigeren Fahrverhalten führt, verhalten sich Jugendliche genau entgegengesetzt. Daher bilden Jugendliche und Heranwachsende sowohl als Verkehrsunfallopfer wie auch als Unfallverursacher eine Hochrisikogruppe. Inzwischen haben in vielen Ländern der Erde Ansätze des begleiteten Fahrenlernens zu einer Risikoverminderung geführt. Auch in Deutschland wurde in Modellprojekten das begleitete Fahren eingeführt. Mit den spezifischen risikohaften Verhaltensweisen sind Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ganz speziellen Fragestellungen und Problemen konfrontiert, die letztlich für die Mitarbeit von Jugendlichen in der Therapie und langfristig für den Therapieerfolg von entscheidender Bedeutung sein können. Verschärft wird die Frage um die Fahrtauglichkeit bei spezifischen Indikationen, etwa bei jugendlichen Patienten mit ADHS und Impulssteuerungsdefiziten, oder bei Einsatz von Psychopharmaka (Fegert u. Freyberger, 2012; Fegert u. Kistler-Fegert, 2012). Hier sollten die Patienten über Risiken und positive Seiten der Teilnahme am Straßenverkehr informiert werden.

Nach wie vor gelten Jugendliche in der Psychotherapie als Patienten mit geringer Zuverlässigkeit und Therapieadhärenz. Dieses Problem hat sicher damit zu tun, dass Therapeuten ähnliche Themen wie die Eltern ansprechen, wie z. B. Schulleistungen. Zudem kommen Fragen, die für die Autonomie und Selbstwertentwicklung von vielen Jugendlichen (jenseits einer Akutbehandlung, in der eher die Symptomlinderung im Vordergrund steht) wichtig sind (etwa der frühzeitige Erwerb der Fahrerlaubnis, in der Gleichaltrigengruppe als ein wichtiges Zeichen für Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit), häufig zu kurz.

Die verbreitete Annahme, dass die Nutzung gewalthaltiger (Computer-) Spiele aggressives Verhalten begünstigt, wird derzeit intensiv beforscht, insbesondere nach aktuellen Vorkommnissen wie Amokläufen von Schülern. Insgesamt zeigen bisherige Studien jedoch kein einheitliches Bild. Die Mehrzahl entsprechender Befunde bestätigt jedoch hypothesenkonform einen positiven Zusammenhang zwischen der Nutzung gewalthaltiger Bildschirmspiele und körperlicher Aggression. Witthöft, Koglin und Petermann (2012) führten hierzu einen systematischen Review aktueller Studien durch, um den Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten und der Nutzung gewalthaltiger Bildschirmspiele zu verdeutlichen. Die Autoren folgern, dass die Nutzung gewalthaltiger Spiele neben einschlägigen biologischen und psychosozialen Risikofaktoren besonders für das Auftreten physischer Aggression von Bedeutung sein kann. Generell scheint die Nutzung von Bildschirmspielen aufgrund der weiten Verbreitung und der hohen Beliebtheit eine entscheidende soziale Funktion für die Jugendlichen zu haben. Das gemeinsame Spielen und der Austausch mit Gleichaltrigen können soziale Beziehungen und Freundschaften fördern. Daher sollten vermehrt auch vorhandene positive Aspekte der Bildschirmspielnutzung untersucht werden. Zwar zählen gewalthaltige Medien nicht zu den wichtigsten Risikofaktoren für aggressives Verhalten, sie können jedoch einen Teil des Problemverhaltens verstärken und erklären (Witthöft et al., 2012).

Auf Zusammenhänge zwischen riskanter bzw. pathologischer Internetnutzung und einem erhöhten Risiko psychischer Störungen weisen Fischer und Kollegen hin (2012). Von 1.435 Schülern wiesen 80,7 % eine unauffällige, 14,5 % eine riskante und 4,8 % eine pathologische Internetnutzung auf. Die riskanten und die pathologischen Internetnutzer zeigten im Vergleich zu den Schülern mit unauffälliger Internetnutzung signifikant höhere Ausprägungen in Depressivität, selbstverletzendem und suizidalem Verhalten. Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen der riskanten und der pathologischen Internetnutzungsgruppe hinsichtlich Depressivität und suizidalem Verhalten. Die Autoren weisen mit ihren Ergebnissen darauf hin, dass nicht nur eine pathologische sondern auch eine riskante Internetnutzung mit Depressivität, selbstverletzendem sowie suizidalem Verhalten einhergehen kann. Daher sollte mehr Aufmerksamkeit auf Jugendliche mit riskanter Internetnutzung verwendet werden, um die Auswirkung auf die damit verbundenen Verhaltensstörungen früh erkennen zu können.

5 Depression

Depressive Symptome und Störungen sind im Jugendalter weit verbreitet (vgl. Groen u. Petermann, 2011). In epidemiologischen Studien wird die Häufigkeit depressiver Störungen bei Kindern auf 1-2 % geschätzt, Jungen und Mädchen scheinen bis zur Pubertät in etwa gleich häufig betroffen zu sein. Mit Beginn des Jugendalters beziehungsweise zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr steigt die Prävalenz der Depression deutlich an und erreicht eine Verbreitung nahe der im Erwachsenenalter. Mindestens jeder zehnte Jugendliche erlebt bis zur Volljährigkeit wenigstens eine depressive Episode. Zwischen 2 und 8 % aller Jugendlichen sind aktuell (Punktprävalenz) von einer Depression betroffen. Entsprechend den Frauen im Erwachsenenalter erfüllen unter Jugendlichen Mädchen mindestens doppelt so häufig die Kriterien einer Depression. Jugendliche mit depressiven Störungen erfüllen häufig auch die Kriterien anderer psychischer Störungen. Bei depressiven Kindern liegen überzufällig häufig Angststörungen (z. B. Trennungsangst), Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen vor, bei depressiven Jugendlichen darüber hinaus Störungen durch Substanzkonsum und Essstörungen (Fergusson, Boden, Horwood, 2011).

Zu den weit verbreiteten und evidenzgeprüften Verfahren in der Psychotherapie mit Jugendlichen zählt die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Nach vorliegenden Metaanalysen ist die KVT die am besten untersuchte Therapieform bei Kindern und Jugendlichen mit depressiver Symptomatik und depressiven Störungen (Groen u. Petermann, 2012). Für weitere therapeutische Verfahren (z. B. die psychodynamische und familientherapeutische Behandlung) liegen bisher kaum Wirksamkeitsnachweise aus kontrollierten Studien vor.

Die den unterschiedlichen Metaanalysen zugrundeliegenden Studien zur Effektivität kognitiver Verfahren bei Depression umfassen oft Fälle aus dem schulischen Kontext und die betroffenen Jugendlichen weisen meist eine subklinische depressive Sympto-

matik auf. In vielen dieser Studien kommen standardisierte Therapieprogramme zum Einsatz, die meist in Gruppen und in überschaubarem Umfang (oft nicht mehr als einige Wochen bis wenige Monate) durchgeführt werden. Ein individueller Zuschnitt der Behandlung erfolgt kaum. Elemente der KVT-Programme umfassen in unterschiedlicher Zusammensetzung und Gewichtung vor allem edukative Teile, soziale Kompetenz- und Kommunikationstrainings, Ansätze zur Förderung von Problem- und Stressbewältigungsfertigkeiten sowie Verfahren zum Aufbau von angenehmen Aktivitäten und kognitive Interventionen. Die Ergebnisbewertung stützt sich meist auf die Selbstbeurteilung der Depressivität durch die Jugendlichen. Bei vielen Studien handelt es sich um randomisierte Kontrollgruppendesigns (RCT); vielfach wird ein Wartegruppen-Design angewandt, in dem die Wartegruppe ein Aufmerksamkeitsplacebo, sonstige unspezifische Angebote oder eine Standardbehandlung (Treatment-As-Usual) erhält.

Nach den vorliegenden Ergebnissen kann die KVT bei depressiven Störungen zum jetzigen Zeitpunkt als bewährt, etabliert und wirksam gelten. Diese Einschätzung ist allerdings mit methodischen Einschränkungen zu verstehen (vgl. auch AACAP, 2007; Graeff-Martins et al., 2008; Spielmans, Pasek, McFall, 2007): Die KVT ist unspezifischen Kontrollgruppen und Behandlungsansätzen überlegen. Bislang gibt es allerdings kaum Befunde zum Vergleich spezifischer Behandlungsansätze und Therapierichtungen. Darüber hinaus erweisen sich die Effektgrößen als klein bis mittelgradig. Zur längerfristigen Wirksamkeit über ca. drei bis sechs Monate hinaus liegen bisher wenig positive Nachweise vor. Insgesamt gibt es noch kaum Studien und Ergebnisse zur systematischen Anwendung individuell zugeschnittener KVT innerhalb der ambulanten und stationären Regelversorgung und ihrer Effektivität. Zu kritisieren ist auch, dass systematische Studien zur differenziellen Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei depressiven Kindern und Jugendlichen fehlen. Ebenso wenig existieren belastbare Befunde zu möglichen Wirkfaktoren bzw. effektiven Bestandteilen der Therapie oder zu Prozessen der Veränderung bzw. Mediatoren. Auch zwischen Einzel- und Gruppenbehandlungen oder Programmen mit unterschiedlicher Dauer und Intensität konnten bisher keine systematischen Unterschiede festgestellt werden. Insgesamt zeigte sich in einigen Studien jedoch eine höhere Wirksamkeit der untersuchten Interventionen bei Mädchen gegenüber Jungen sowie bei Jugendlichen gegenüber Kindern.

Die bisher zwar positiven, aber noch unbefriedigenden Wirksamkeitsnachweise der KVT bei depressiven Kindern und Jugendlichen erfordern erweiterte Forschungsbestrebungen zur Optimierung bestehender Angebote. Einen Schritt in diese Richtung stellt die so genannte dritte Welle in der KVT dar. Im Rahmen dieser Entwicklung (auch „emotionale Wende der Verhaltenstherapie“) haben sich in den letzten Jahren für das Erwachsenenalter neue Therapieprogramme und -ansätze etabliert. Hierzu zählen die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MCBT; Segal, William, Teasdale, 2008), die emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2002), die Schematherapie (Young, Klosko, Weishaar, 2005), die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Hayes, Luoma, Walser, 2008) und auch schon länger die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Li-

nehan, 1996). Bei diesen Vorgehensweisen kommt es weniger als in klassischen KVT-Ansätzen darauf an, negative Gedanken und Empfindungen in Inhalt und Ausmaß direkt zu verändern und zu beeinflussen. Vielmehr gilt es, sie als Teil der Symptomatik und in ihrer Dysfunktionalität zu erkennen und somit ihre Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben zu reduzieren (Greco u. Hayes, 2011). Im Mittelpunkt dieser Methoden stehen unter anderem

- Strategien zur Förderung einer kognitiven Distanzierung, bewussteren Wahrnehmung und Akzeptanz emotionaler Zustände und gedanklicher Schemata,
- eine stärkere Berücksichtigung bzw. vermehrte Herausbildung emotionaler Prozesse in der Therapie,
- Übungen zur Achtsamkeit sowie
- eine noch stärkere Berücksichtigung und Nutzung der therapeutischen Beziehung.

Viele dieser Ansätze werden aktuell auch für eine Nutzung im Jugendalter weiterentwickelt und erprobt. Die Veröffentlichung entsprechender Programme und Ansätze und ihre systematische Evaluation gerade auch für bestimmte Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen fehlen noch oder stehen noch am Anfang (Greco u. Hayes, 2011).

6 Selbstverletzendes Verhalten und Suizide

Ab dem 12. Lebensjahr tritt selbstverletzendes Verhalten erstmals und im Jugendalter besonders häufig auf (Petermann, 2012). Nach Plener, Brunner, Resch, Fegert und Libal (2010) variieren die Häufigkeiten bei Jugendlichen (Schülerpopulationen) zwischen 3 und 37 % (vgl. auch Brunner u. Schmahl, 2012; Rauber, Hefti, In-Albon, Schmid, 2012; Vonderlin et al., 2011). Die Störung ist mit einer Vielzahl weiterer Störungen verknüpft (vgl. Nitkowski u. Petermann, 2011; Noeker, 2011).

Vor dem Hintergrund der Bedeutung selbstverletzenden Verhaltens im Jugendalter kommt der Differenzialdiagnostik eine besondere Bedeutung zu. In diesem Kontext erscheint die Abgrenzung von selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuchen von besonderer Bedeutung (vgl. Nitkowski u. Petermann, 2010; Plener, Fegert, Freyberger, 2012). Das Kriterium, nach dem selbstverletzendes Verhalten mit leichten Verletzungen (etwa Schneiden, Selbstschlagen), Suizidversuche mit schweren Formen (Überdosis von Medikamenten, Nutzung von Schusswaffen) einhergeht, hat sich bewährt. Die wissenschaftliche Diskussion um eine eigenständige diagnostische Kriterienbildung für dieses Phänomen führte zum Vorschlag, eine Diagnose mit der Bezeichnung „Nicht-suizidale Selbstverletzung“ in das sich in Entwicklung befindliche DSM-5 aufzunehmen (Plener, Kapusta, Kölch, Kaess, Brunner, 2012).

Aus den aktuellen Übersichten wird deutlich, dass der Dialektisch-Behavioralen Therapie eine herausragende Rolle zukommt. Vermutlich entspricht die Kombination von

verhaltenstherapeutischen und achtsamkeitsbasierten Methoden in besonderer Weise der Problemlage Jugendlicher, die selbstverletzendes Verhalten zeigen (vgl. Plener, Kapusta et al., 2012). Seit kurzem liegt auch ein manualisiertes, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten vor (s. Taylor et al., 2011). Auch die Kombination von KVT mit Ansätzen der Pharmakotherapie wird teilweise als hilfreich bewertet (Plener, Kaess, Bonenberger, Blaumer, Spröber, 2012).

Radeloff et al. (2012) wiesen eine altersabhängige Assoziation von Drogenkonsum und Suiziden nach. Retrospektiv wurden alle im Zeitraum von 1996 bis 2008 rechtsmedizinisch bekannt gewordenen Suizidfälle bis zum Alter von 21 Jahren im Zuständigkeitsbereich des Instituts für Rechtsmedizin Frankfurt am Main deskriptiv ausgewertet. Es wurden 78 Todesfälle eingeschlossen und mit einer Vergleichsstichprobe von 1.797 erwachsenen Suizidenten (> 21 Jahre) verglichen. Dabei zeigte sich ein Rückgang der Suizidhäufigkeit in der Altersklasse der ≤ 21 -Jährigen um 44 %. Der Anteil Inhaftierter dieser Gruppe betrug 8.0 % im Vergleich zu 2.56 % in der Gruppe der Erwachsenen. Unterschiede zum Suizid im Erwachsenenalter zeigten sich auch im Hinblick auf suizidbegleitenden Substanzkonsum (seltenerer Alkohol, häufigerer Rauschdrogen) und der Suizidmethode (häufigerer Bahnsuizid). Schlussfolgernd kann die Gruppe der inhaftierten Jugendlichen als eine wichtige Risikogruppe für Suizidalität angesehen werden und für die vermehrt gezielt präventive Maßnahmen vorgehalten werden sollten.

Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie (vgl. Buchmann, Blomeyer, Laucht, 2012) wurde bei 311 jungen Erwachsenen (143 Männer, 168 Frauen) im Alter von 19-23 Jahren Risikofaktoren von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter untersucht, die zur Vorhersage suizidalen Verhaltens im jungen Erwachsenenalter dienen könnten. Junge Erwachsene, die suizidales Verhalten berichteten, wiesen zahlreiche Auffälligkeiten im Verlauf der Entwicklung auf. Dazu zählten u. a. eine höhere psychosoziale Risikobelastung bei Geburt, häufigere Suizidgedanken und mehr psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter sowie, als Jugendliche, ein negativer Selbstwert, ein geringeres schulisches Funktionsniveau, mehr Neugierverhalten und die Zugehörigkeit zu einem devianten Freundeskreis. Wichtige Prädiktoren zur Vorhersage von Suizidalität waren das Ausmaß der frühkindlichen Risikobelastung, Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter sowie eine geringe Selbstwerteinschätzung (Suizidgedanken) bzw. ein hohes Maß an „novelty seeking“ im Jugendalter (Suizidversuch). Als Mediatoren des Einflusses früher Risikofaktoren fungierten externe Symptome im Kindes- und Jugendalter sowie ein negativer Selbstwert im Jugendalter.

7 Störung des Sozialverhaltens

Die Störungen des Sozialverhaltens gehört immer noch zu den häufigsten psychischen Störungen. Mit diesem Problemverhalten werden grundlegende Rechte anderer und wichtige gesellschaftliche Normen und Regeln verletzt (Petermann u.

Petermann, 2013). Das Problemverhalten ist besonders stabil und beeinflusst nahezu alle Lebensbereiche eines Jugendlichen. Es ist bekannt, dass es sich bei den Störungen des Sozialverhaltens um eine besonders kostenintensive Störung handelt, da Kosten im Bereich der Krankenkassen, der Jugendhilfe und der Gesellschaft insgesamt (z. B. bei Sachbeschädigung, Diebstahl oder Strafvollzug) anfallen (vgl. u. a. Bachmann u. Vloet, 2011; Henggeler u. Sheidow, 2012; Stadler, 2012).

Aktuell finden sich Beiträge zur Psychopathologie, Therapie und Gesundheitsökonomie der Störungen des Sozialverhaltens. In jüngster Zeit werden so genannte „Psychopathy“-Eigenschaften mit der Störung des Sozialverhaltens in Verbindung gebracht. Dieses ursprünglich für das Erwachsenenalter entwickelte Konzept, das eine Untergruppe der antisozialen Persönlichkeitsstörung beschreibt, hat in den letzten Jahren auch bei der Untersuchung dissozialer Jugendlicher zunehmend an Bedeutung gewonnen (Petermann u. Koglin, 2012; Sevecke, Franke, Lehmkuhl, Krischer, 2012). Die Beschäftigung mit der Störung des Sozialverhaltens (inklusive Bullying) hat im Umfang und in der Herangehensweise gegenüber der Diskussion um die ADHS aufgeholt (vgl. Petermann u. Lehmkuhl, 2011, 2012).

Bei den Therapieansätzen kann festgestellt werden, dass die langfristigen Effekte familiär orientierter Ansätze in neueren Übersichtsarbeiten für das Jugendalter positiv bewertet werden. Dabei scheinen bei einer verschärften Problemsituation intensivtherapeutische Behandlungen besonders wichtig zu sein (vgl. Petermann u. Petermann, 2012a; Stadler, Kröger, Clement, Grasmann, 2012). Ein solches komplexes Angebot gibt Eltern und Familien die Möglichkeit, ihre Fertigkeiten im Umgang mit ihrem Kind und damit dem jeweiligen Alter den spezifischen Entwicklungsanforderungen gezielt anzupassen.

Ein verhaltenstherapeutisches Intensivprogramm stellt auch das von Grasmann und Stadler (2011) entwickelte manualisierte Verhaltenstherapeutische Intensivprogramm zur Reduktion von Aggression (VIA) dar. Mithilfe dieses Programms konnte eine signifikant größere Reduktion der oppositionellen Verhaltensprobleme (einschließlich komorbider ADHS-Symptomatik) in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartegruppe erzielt werden.

Ein für den deutschsprachigen Raum innovatives Therapieprogramm ist die Multisystemische Therapie (MST; Rhiner, Graf, Dammann, Fürstenau, 2011). Bei der MST handelt es sich um das bisher weltweit am besten beforschte Programm zur Behandlung von aggressivem und dissozialem Verhalten bei Jugendlichen. Basierend auf einem verhaltenstherapeutisch-systemischen Ansatz werden in einer hochfrequenten und intensiven Intervention Kinder und Eltern über eine mittlere Dauer von vier bis sechs Monaten therapeutisch begleitet, wobei der Therapeut gleichzeitig auch die Rolle eines case managers einnimmt. Im prä-post-Vergleich konnte bei 70 Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, die mit der MST behandelt wurden, eine Verringerung des SDQ-Gesamtscores in der Elternversion von 20,0 auf 14,6 Punkte sowie eine Verbesserung des GAF (Global Assessment of Functioning) Gesamtscores von 55,4 auf 70,3 Punkte erzielt werden. Zudem erwiesen sich die erzielten Ergebnisse als

stabil: Im 18-Monats-follow-up fanden die Autoren Erfolgsraten von 86 % für den Verbleib in der Herkunftsfamilie (anstelle einer außerhäuslichen Unterbringung) bzw. 80 % für die Vermeidung erneuter Delinquenz (Rhiner et al., 2011). Die MST ist außer im angloamerikanischen Raum inzwischen auch in Skandinavien weit verbreitet und erweist sich sowohl als ein effektives, sondern auch kostengünstiges Verfahren zur Behandlung von Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (Rehberg, Fürstenau, Rhiner, 2011).

8 Dissoziation, Konversion und Traumafolgestörungen

Bis heute weisen die Begriffe „Dissoziation“ und „Konversion“ eine konzeptionelle Unschärfe auf, die nach wissenschaftlichen Präzisierungen verlangt. Die Begriffe werden derzeit zur Erklärung und Beschreibung der Reaktionen bei extremem Stress und Traumatisierung verwendet (Noeker u. Petermann, 2011). Konversionsstörungen äußern sich in spezifischen motorischen oder sensorischen Symptomen und epileptischen Anfällen oder Krämpfen. Die dissoziativen Störungen kennzeichnet im Sinne des ICD-10 ein teilweiser oder vollständiger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen (vgl. im Detail Noeker, 2011). Die Heterogenität der Patienten mit dissoziativen oder Konversionsstörungen und die weitaus engeren Grenzen als bei anderen psychischen Störungen erfordern ein hohes Maß an Interdisziplinarität in der Gestaltung der Therapie. Je nach klinischer Konstellation des Einzelfalls und Qualifikation des Therapeuten werden Methoden aus der kindzentrierten Psychotherapie, der Familientherapie auf kognitiv-behavioraler wie auf systemischer Grundlage, der Hypnotherapie und suggestive Verfahren, psychodynamische und tiefenpsychologische Ansätze, verhaltenstherapeutische und vor allem operante Interventionen, rehabilitative Verfahren und Pharmakotherapie flexibel und pragmatisch kombiniert.

Die Therapie bei Konversionsstörungen besteht aus der Wiederaufnahme altersgerechter Aktivitäten und sozialer Teilhabe (z. B. Schulbesuch, Kontakt zu Gleichaltrigen), analog zum therapeutischen Vorgehen bei somatoformen Störungen. Hierzu wird meist ein Aktivitätsplan mit schrittweise ansteigenden Anforderungen erstellt unter Hinzunahme von Verstärkerplänen. Wichtige Therapieelemente stellen auch Psychoedukation und Elternberatung dar (vgl. Noeker, 2011).

Zur Wirksamkeit der Behandlung dissoziativer Störungen im Jugendalter liegen derzeit keine Studien vor, die gängigen methodischen Standards genügen. Auch spezifische Behandlungsleitlinien etablierter Fachgesellschaften für das Kindes- und Jugendalter sind oft noch nicht ausgearbeitet. Eine Leitlinie der deutschen kinderpsychiatrischen Fachgesellschaften liegt vor, differenziert aber nicht zwischen Konversionsstörungen und psychoformen dissoziativen Störungen. Jans und Warnke (2011) haben in ihrer Übersicht wesentliche Grundlagen der Therapie bei dissoziativen Stö-

rungen zusammengestellt. Wichtige Prinzipien in der Behandlung dissoziativer Störungen sind die Notwendigkeit eines individualisierten, auf den Patienten und sein Umfeld abgestimmten Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Entstehungsbedingungen. Traumatische Erfahrungen sind gezielt zu explorieren, ohne dabei suggestiv „aufdeckend“ vorzugehen. Elementar ist der Grundsatz, dass bei hinreichend begründetem Verdacht einer aktuellen Gefährdung Schutzmaßnahmen einzuleiten sind. Grundvoraussetzung für einen Therapieerfolg ist, den Betroffenen von aktuell nicht zu bewältigenden Anforderungen zu entlasten. Dies kann möglicherweise auch eine stationäre Behandlung erfordern. Wichtig ist dabei, kein komplett anforderungsfreies Setting zu schaffen, sondern schrittweise bewältigbare Anforderungen einzuführen und Kompetenz aufzubauen. Zum Einsatz kommen verschiedene verhaltenstherapeutische Methoden, etwa operante Verfahren (Verstärkung des mit der dissoziativen Symptomatik inkompatiblen Verhaltens; hierbei schrittweiser Kompetenzaufbau, Shaping, Löschung dissoziativen Verhaltens und Abbau direkter oder indirekter Verstärker.

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sind häufig eine Folge von Missbrauch und Misshandlung im Jugendalter (Fegert u. Petermann, 2011). Trotz deutlich verbesserter psychotherapeutischer Möglichkeiten bleibt aber offenbar ein großer Teil der Betroffenen über Jahre unbehandelt (Kowalski, Kreuzel, Gerber, Niederberger, Petermann, 2012). Die Wirksamkeit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (Tf-KVT) nach sexuellem Missbrauch ist inzwischen gut belegt. Hierbei handelt es sich um ein multimodales, manualisiertes Behandlungsverfahren für 7- bis 14-Jährige mit PTBS und deren Bezugspersonen. Das Verfahren zielt auf die Bewältigung der posttraumatischen Belastungssymptome ab, auf die Integration des traumatischen Ereignisses, die Normalisierung und Förderung der psychosozialen Gesundheit sowie die Schaffung einer optimistischen Perspektive (vgl. Kirsch, Fegert, Seitz, Goldbeck, 2011) und integriert verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Methoden, etwa Psychoedukation und Förderung der Elternfertigkeiten, Entspannung, affektive Modulation, Aufbau von sozialen Kompetenzen, Affektregulationsstrategien sowie kognitive Verfahren, Traumanarrativ, Exposition in sensu und in vivo. In einer Pilotstudie (Kirsch et al., 2011) wurden die Machbarkeit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie sowie erste Behandlungsergebnisse an einer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit klinisch relevanter posttraumatischer Belastungssymptomatik nach Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder häuslicher Gewalt untersucht. Die Tf-KVT erwies sich in dieser Pilotstudie als wirksam und führte zu einer signifikanten und klinisch relevanten Besserung. Die multimethodale Evaluation ergab in allen psychopathologischen Bereichen eine Abnahme der Symptomatik mit jeweils großen Effektstärken. Sowohl die Symptombereiche Wiedererleben, Vermeidung/emotionale Abstumpfung und Übererregung und die depressive Symptomatik konnten signifikant und klinisch bedeutsam reduziert werden. Die größten Effektstärken zeigten sich in den Bereichen Wiedererleben und Vermeidung/emotionale Abstumpfung. Die Reduktion

der PTBS-Symptomatik bestätigte sich in den Angaben von Eltern oder Erziehern. Die Anzahl komorbider Störungen in der Stichprobe reduzierte sich ebenfalls bedeutsam, kein Patient erfüllt mehr die Kriterien mehrerer komorbider Störungen.

9 Fazit

Die Klassifikationssysteme ICD und DSM versuchen zunehmend, entwicklungspsychopathologische Kriterien zu berücksichtigen, und ermöglichen dadurch eine bessere diagnostische Zuordnung im Kindes- und Jugendalter. Es wird sich zeigen, inwieweit es mit dem gerade erschienenen DSM-5 und der in den nächsten Jahren zu erwartenden ICD-11 möglich ist, eine bessere Zuordnung von Störungsbildern zu erreichen, um davon ausgehend bessere Verlaufparameter und therapeutische Interventionen zu finden. Ein großer Fortschritt konnte durch die Intensivierung der Psychotherapieforschung erreicht werden. Für die meisten Störungsbilder gibt es evidenzbasierte wirksame Methoden und Interventionen. Allerdings sind diese Effektivitätsverbesserungen in der klinischen Praxis noch nicht angekommen. Hier gilt es, für die Zukunft einen besseren Transfer von klinischen Studien in die therapeutische Praxis zu erreichen.

Dank einer besseren Transparenz, Aufklärung und Behandlungsbereitschaft hat sich das Beziehungsgeschehen zwischen Patienten/Familien und Ärzten/Psychotherapeuten deutlich verändert. Ein größeres Gewicht wird hierbei auf eine gute therapeutische Allianz und ein partnerschaftliches Verhältnis gelegt. Dabei gewinnen Aufklärung und Psychoedukation einen zunehmend höheren Stellenwert, ebenso die aktive Steuerung und Beteiligung der Patienten und Angehörigen im Behandlungsprozess. Bereits Grawe und Mitarbeiter (1994) wiesen in ihrem Buch „Psychotherapie im Wandel“ darauf hin, dass es zukünftig darauf ankommt, schulübergreifende Wirkfaktoren zu erkennen, um sie dann in differenzielle Interventionen und Behandlungsmaßnahmen umzusetzen. Auf diesem Weg sind wir zwar bereits ein gutes Stück vorangekommen, jedoch warten noch viele anstehende Probleme auf ihre Lösung.

Literatur

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1503-1526.
- Allgaier, A.-K., Schiller, Y., Schulte-Körne, G. (2011). Wissens- und Einstellungsänderungen zu Depression im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 247-255.
- Allroggen, M., Rau, T., Fegert, J. M. (2012). Sexuelle Übergriffe von Jugendlichen und Heranwachsenden auf Jugendliche. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 35-40.

- Bachmann, C. J., Vloet, T. D. (2011). Neues zu Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 5-7.
- Blechinger, T., Klosinski, G. (2011). Zur Bedeutung der Bibliothherapie und des expressiven Schreibens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 109-124.
- Brunner, R., Schmahl, C. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 5-15.
- Buchmann, A. F., Blomeyer, D., Laucht, M. (2012). Suizidales Verhalten im jungen Erwachsenenalter: Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 32-49.
- Büttner, P., Rücker, S., Petermann, U., Petermann, F. (2011). Jugendhilfe und Therapie: Effekte aus kombinierten Maßnahmen in der Gegenüberstellung mit Hilfen ohne Therapieangebot. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 224-238.
- Esser, G., Blank, S. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 626-638.
- Fegert, J. M., Freyberger, H. J. (2012). Neue Entwicklungen in der Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 2012, 11-14.
- Fegert, J. M., Kistler-Fegert, L. (2012). Teilnahme am Straßenverkehr und Psychopathologie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 41-49.
- Fegert, J. M., Petermann, F. (2011). Sexueller Missbrauch, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 61-63.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J. (2011). Structural models of the comorbidity of internalizing disorders and substance use disorders in a longitudinal birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 933-942.
- Fischer, G., Brunner, R., Parzer, P., Klug, K., Durkee, T., Carli, V., Wasserman, D., Vonderlin, E., Resch, F., Kaess, M. (2012). Depressivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit riskanter und pathologischer Internetnutzung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 16-31.
- Fuhrer, U. (2013). Jugendalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., veränd. Aufl., S. 119-133). Göttingen: Hogrefe.
- Goldbeck, L. (2011). Wie spezifisch ist evidenzbasierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 639-648.
- Graeff-Martins, A. S., Flament, M. F., Fayyad, J., Tyano, S., Jensen, P., Rohde, L. A. (2008). Diffusion of efficacious interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 335-352.
- Grasmann, D., Stadler, C. (2011). VIA – Intensivtherapeutischer Behandlungsansatz bei Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 23-31.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greco, L., Hayes, S. (2011). *Akzeptanz und Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotionsfokussierte Therapie: Lernen mit den eigenen Gefühlen umzugehen*. Tübingen: dgvt-Verlag.

- Groen, G., Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2., erweit. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G., Petermann, F. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 373-384.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Walser, R. D. (2008). *ACT-Training. Handbuch der Acceptance & Commitment Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 30-58.
- Hoffmann, F., Petermann, F., Glaeske, G., Bachmann, C.J. (2012). Prevalence and Comorbidities of adolescent depression in Germany. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 399-404.
- Jans, T., Warnke, A. (2011). Dissoziative Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 127-138.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kirsch, V., Fegert, J. M., Seitz, D. C. M., Goldbeck, L. (2011). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach Missbrauch und Miss-handlung Ergebnisse einer Pilotstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 95-102.
- Kowalski, J. T., Kreuzel, C., Gerber, W.-D., Niederberger, U., Petermann, F. (2012). Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Jugendliche mit und ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 238-244.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Mohnke, S., Warschburger, P. (2011). Körperzufriedenheit 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. (2010). Selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche: Fundierung der Differentialdiagnostik. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 78, 9-17.
- Nitkowski, D., Petermann, F. (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 79, 9-20.
- Noeker, M. (2011). Konversionsstörungen: Störungsbild, Diagnostik, Psychoedukation und Intervention. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 139-153.
- Noeker, M., Petermann, F. (2011). Dissoziation und Konversion. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 119-126.
- Petermann, F. (2012). Selbstverletzendes Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 1-4.
- Petermann, F., Jaščenoka, J., Koglin, U., Karpinski, N., Petermann, U., Kullik, A. (2012). Zur Lebenszeitprävalenz Affektiver Störungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 209-218.
- Petermann, F., Koglin, U. (2012). Psychopathy. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 137-140.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G. (2011). ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 421-426.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G. (2012). ADHS und Störung des Sozialverhaltens: Trends in Diagnostik und Therapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 512-523.
- Petermann, U., Petermann, F. (2012a). Intensivtherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 77-80.

- Petermann, U., Petermann, F. (2012b). Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 21, 194-197.
- Petermann, U., Petermann, F. (2013). Störungen des Sozialverhaltens. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (7., veränd. Aufl., S. 291-318). Göttingen: Hogrefe.
- Pfammatter, M., Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60, 67-76.
- 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.
- Plener, P. L., Fegert, J. M., Freyberger, H. J. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) und Suizidalität in der Adoleszenz. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 60, 27-35.
- Plener, P. L., Kaess, M., Bonenberger, M., Blaumer, D., Spröber, N. (2012). Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext. Kindheit und Entwicklung, 21, 16-22.
- Plener, P. L., Kapusta, N. D., Kölch, M. G., Kaess, M., Brunner, R. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose Implikationen des DSM-5 Vorschlages für Forschung und Klinik selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40, 113-120.
- Radeloff, D., Lempp, T., Albowitz, M., Oddo, S., Toennes, S. W., Schmidt, P. H., Freitag, C. M., Kettner, M. (2012). Suizide im Kindes- und Jugendalter. Eine 13-Jahreserhebung im Einzugsgebiet einer deutschen Großstadt. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40, 263-269.
- Rauber, R., Hefti, S., In-Albon, T., Schmid, M. (2012). Wie psychisch belastet fühlen sich Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? Kindheit und Entwicklung, 21, 23-39.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 871–878.
- Rehberg, W., Fürstenau, U., Rhiner, B. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39, 41–45.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., Fürstenau, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39, 33-39.
- Rutter, M., Smith, D. J. (1995). Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes. Chichester, West Sussex: Wiley.
- Schmidt, M. H., Petermann, F., Schipper, M. (2013). Epigenetik – Revolution der Entwicklungspsychopathologie? Kindheit und Entwicklung, 21, 245-253.
- Schmidt, S., Petermann, F., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Koglin, U. (2012). Körperbildwahrnehmung als Risikofaktor für chronischen Stress. Kindheit und Entwicklung, 21, 227-237.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2008). Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). Stress, coping, and relationships in adolescence. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Seiffge-Krenke, I. (2011). Psychoanalytische Therapien mit Jugendlichen: Diagnostische Unsicherheiten, Behandlungsprobleme, Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 649-665.
- Sevecke, K., Franke, S., Lehmkuhl, G., Krischer, M.K. (2012). Das Psychopathy-Konzept bei Mädchen. Eine konzeptionelle Frage. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 161-171.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G., Petermann, F., Krischer, M. (2011). Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 256-264.
- Spielmann, G.I., Pasek, L.F., McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 27, 642-654.
- Stadler, C. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. Sind neue Erklärungsansätze eine Grundlage für eine evidenzbasierte Klassifikation und Behandlung? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 7-19.
- Stadler, C., Kröger, A., Clement, H.-W., Grasmann, D. (2012). Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Ansatzes VIA. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 103-113.
- Statistisches Bundesamt (2012). *Jahresberichte Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Taylor, L., Oldershaw, A., Richrads, C., Davidson, K., Schmidt, U., Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioral treatment package for adolescent self-harm. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39, 619-625.
- Vonderlin, E., Haffner, J., Behrend, B., Brunner, R., Parzer, P., Resch, F. (2011). Welche Probleme berichten Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 20, 111-118.
- Walter, D., Hautmann, C., Lehmkuhl, G., Döpfner, M. (2011). Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus: Veränderungen während der Therapie und Stabilität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 677-683.
- Wick, K., Leipold-Haas, S., Dye, L., Strauß, B. (2012). Bindungsmuster, Figurzufriedenheit und auffälliges Essverhalten bei 13- bis 18-jährigen weiblichen und männlichen Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 219-226.
- Witthöft, J., Koglin, U., Petermann, F. (2012). Zum Zusammenhang von gewalthaltigen Bildschirmspielen und Aggression. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 51-65.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.

Korrespondenzanschrift: Dr. Ulrike de Vries, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Grazer Straße 6, 28359 Bremen;
E-Mail: udevries@uni-bremen.de

Ulrike de Vries und Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen; Gerd Lehmkuhl, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln