

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)*

Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten

*Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien zur Diagnostik und
Behandlung von psychischen Krankheiten bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen*

Forschungsbericht Nr. 3/14



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren/Autorinnen: Peter Rüesch, Szilvia Altwicker-Hátori, Sibylle Juvalta
Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur
Tel. +41 (0) 58 934 63 09
E-mail: rech@zhaw.ch

Auskünfte: Martin Wicki
Forschung und Evaluation
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 58 462 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>

Bestellnummer: 318.010.3/14d



Fachstelle Gesundheitswissenschaften,
ZHAW Departement Gesundheit

Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von psy- chischen Krankheiten bei Minderjährigen und jun- gen Erwachsenen

Schlussbericht

Peter Rüesch, Szilvia Altwicker-Hámori, Sibylle Juvalta

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Die Entwicklung der IV-Neurentenzahlen ist insgesamt rückläufig. Eine Ausnahme von diesem Trend bilden junge Erwachsene mit psychischen Störungen. Gerade bei jungen Versicherten mit psychischen Störungen ist das Risiko gross, nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit entweder gar keinen Einstieg ins Berufsleben zu finden oder zumindest Schwierigkeiten zu haben, ihre erstmalige berufliche Ausbildung abzuschliessen.

Um den Betroffenen eine berufliche Ausbildung zu ermöglichen und die berufliche Integration nachhaltig zu stärken und schliesslich eine frühe Rentenlaufbahn zu verhindern, kommt der frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen eine besondere Bedeutung zu. Psychische Störungen bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen rechtzeitig und adäquate zu erfassen und behandeln stellt jedoch eine grosse Herausforderung dar. Deshalb gab das BSV im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (FoP2-IV) eine Literaturanalyse zu evidenzbasierten Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen in Auftrag.

Der vorliegende Forschungsbericht liefert eine breite Übersicht über die aktuelle Literatur zu den internationalen Trends bezüglich Diagnostik und Behandlungsmethoden, Wirksamkeit, Leitlinien und prognostischer Überlegungen zu den wichtigsten im Kindesalter auftretenden psychischen Gesundheitsstörungen. Allgemein über das Internet zugängliche Leitlinien liegen nur für Deutschland, Grossbritannien, die USA und partiell für Frankreich vor. Die Schweizerischen Fachgesellschaften haben keine eigenen Leitlinien entwickelt. In der Schweiz sind heute vor allem die deutschen und britischen Leitlinien bekannt. Sie werden von den Fachärzten und den Fachgesellschaften zwar als hilfreich aber nicht als bindend eingeschätzt und deshalb in der klinischen Praxis nur teilweise umgesetzt.

Generell besteht zwischen den evaluierten nationalen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung eine grosse Übereinstimmung. Diese Leitlinien werden von den zuständigen nationalen Expertenorganisationen jedoch oft nicht regelmässig aktualisiert.

In der publizierten Fachliteratur fehlen heute Studien zu Diagnostik- und Behandlungsleitlinien zu den bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen häufig auftretenden komorbiden Gesundheitsstörungen sowie bezüglich der langfristigen Eingliederungswirksamkeit der einzelnen Behandlungsleitlinien. Hinzu kommt, dass der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unverzichtbare interdisziplinäre Ansatz bisher in den wissenschaftlichen Studien kaum speziell untersucht wurde. Die Ergebnisse der Expertenbefragung weisen aber darauf hin, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlung und Betreuung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht alleine bewältigen kann. Sie ist vielmehr, wenn sie Wirksamkeit entfalten will, auf die grundlegende Mitwirkung oder gar vorrangige Betreuung seitens anderer Fachdisziplinen (wie z.B. Lehrpersonen, Fachleute aus der Heilpädagogik, Logopädie, Ergotherapie, Sozialarbeit) angewiesen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist vorzugweise auf die sekundäre Prävention ausgerichtet und will damit die Chronifizierung einer psychischen Störung verhindern. Es kann gefolgert werden, dass wenn eine sich anbahnende, pathologische Entwicklung sich zu einer etablierten psychischen Störung oder sogar bereits chronifizierten Problematik ausgewachsen hat, die Behandlung exponentiell aufwändiger und auch teurer wird. Gleichzeitig ver-

schlechtert sich die Prognose, Anschluss an die Berufsbildung und Berufswelt zu finden. Gerade deshalb sind die Früherfassung und Frühinterventionen (früh-)kindlicher psychischer Störungen inklusive Behandlung von grosser Bedeutung. Um zu vermeiden, dass psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter chronifizieren, ist frühzeitig koordiniert und interprofessionell vorzugehen. Dabei sind die Erziehungsverantwortlichen, die betroffene Person und die im Kontext beteiligten Akteure aus den Fachbereichen Pädagogik einzubeziehen, notwendigenfalls auch Psychologie, Medizin und Versicherer. Um das koordinierte Vorgehen sicherzustellen, empfiehlt das BSV, dass die Beteiligten jemanden aus ihrer Reihe für die Fallführung bestimmen.

Gefordert sind auch die Schweizerischen Fachärzte-Gesellschaften. In Zusammenarbeit mit den Fachdisziplinen der Psychologie und Erziehungswissenschaften obliegt es den Schweizerischen Fachärzte-Gesellschaften Leitlinien zur Beurteilung und Behandlung junger Personen mit psychischen Störungen zu entwickeln. Damit würden die Fachgesellschaften einen entscheidenden Beitrag zur Kommunikation unter der beteiligten Akteuren leisten, um Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Rahmen der beruflichen und sozialen Integration, zu unterstützen.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Depuis quelques années, en Suisse, le nombre total de nouvelles rentes AI a reculé, mais les jeunes adultes qui présentent des troubles psychiques constituent une exception à cette tendance. Or, précisément pour les assurés de cette catégorie, le risque est grand qu'ils ne parviennent pas à accéder au monde du travail à la fin de leur scolarité obligatoire ou du moins qu'ils éprouvent des difficultés à accomplir leur formation professionnelle initiale.

Pour permettre à ces personnes d'accomplir une formation professionnelle, renforcer durablement leur intégration sur le marché du travail et, en fin de compte, empêcher qu'elles ne se trouvent rapidement sur la voie de la rente, le diagnostic et le traitement précoces des troubles psychiques revêtent une importance particulière. Mais s'agissant de mineurs et de jeunes adultes, une telle démarche est une gageure. Pour y répondre, l'OFAS a mandaté, dans le cadre du 2^e programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2), une analyse de la littérature sur les lignes directrices internationales, basées sur des preuves, en matière de diagnostic et de traitement des maladies psychiques chez les mineurs et les jeunes adultes.

Le présent rapport livre un large aperçu de la littérature actuelle portant sur les tendances internationales en matière de diagnostic et de méthodes de traitement et sur leur efficacité, sur les lignes directrices et les pronostics concernant les principaux troubles psychiques chez l'enfant.

Seuls l'Allemagne, la Grande-Bretagne, les Etats-Unis et, en partie, la France rendent leurs recommandations librement accessibles sur Internet.

En Suisse, les sociétés médicales n'ont pas développé leurs propres lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement. A l'heure actuelle, ce sont les lignes directrices allemandes et britanniques qui sont les plus connues dans notre pays, mais elles ne sont appliquées qu'en partie, dans la mesure où les médecins spécialistes et les sociétés spécialisées reconnaissent leur utilité, sans toutefois les considérer comme impératives.

De manière générale, on constate que les lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement sont très semblables dans les divers pays. Elles ne sont cependant pas souvent mises à jour par les associations professionnelles nationales.

Dans la littérature spécialisée, il manque des études sur les lignes directrices concernant le diagnostic et le traitement des pathologies concomitantes courantes chez les mineurs et les jeunes adultes, ainsi que sur les effets à long terme des divers traitements recommandés sur la réadaptation des assurés. En outre, les études scientifiques ne se sont guère intéressées, jusqu'ici, à l'approche interdisciplinaire indispensable dans la psychiatrie pour enfants et adolescents. Or les résultats de l'enquête menée auprès des experts indiquent que la psychiatrie pour enfants et adolescents ne peut, à elle seule, assurer le traitement et la prise en charge des enfants, des adolescents et des jeunes adultes concernés, mais que, si elle entend déployer une certaine efficacité, elle dépend de la contribution fondamentale d'autres disciplines, voire avant tout de la prise en charge effectuée par d'autres corps de métier (par ex. enseignants, spécialistes des domaines de la pédagogie curative, de la logopédie, de l'ergothérapie et du travail social).

La psychiatrie pour enfants et adolescents vise principalement la prévention secondaire, en empêchant la chronicisation d'un trouble psychique. On peut en conclure que, lorsqu'une

évolution pathologique émergente s'est transformée en un trouble psychique attesté ou même en un problème chronique, la complexité et le coût du traitement suivent une courbe exponentielle et que, parallèlement, la perspective de l'accès à une formation professionnelle et au monde du travail s'assombrit. C'est précisément la raison pour laquelle la détection et l'intervention précoces ainsi que le traitement des troubles psychiques chez l'enfant (dès son plus jeune âge) revêtent une telle importance. Pour éviter une chronicisation de troubles psychiques à l'enfance et à l'adolescence, il faut mettre en place le plus tôt possible une procédure interprofessionnelle coordonnée, avec les personnes en charge de l'éducation, l'intéressé lui-même, les acteurs des domaines de la pédagogie et, si nécessaire, de la psychologie, de la médecine ainsi que des assurances. Pour assurer la coordination, l'OFAS recommande que les acteurs impliqués désignent l'un d'entre eux comme responsable de la gestion du cas.

Les sociétés suisses de médecine sont appelées, quant à elles, à élaborer des lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des jeunes souffrant de troubles psychiques, en coopération avec les disciplines de la psychologie et des sciences de l'éducation. Elles fourniraient ainsi une précieuse contribution à la communication entre les acteurs et favoriseraient ainsi une meilleure intégration professionnelle et sociale des personnes qui souffrent d'une atteinte à leur santé.

Stefan Ritler, vice-directeur

Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Da alcuni anni, il numero di nuove rendite dell'assicurazione invalidità (AI) è complessivamente in calo. Fanno eccezione a questa tendenza i giovani adulti affetti da disturbi psichici. Per questa categoria di persone, infatti, le probabilità di non riuscire ad entrare nel mondo del lavoro o comunque di incontrare difficoltà nel terminare la prima formazione professionale dopo la scuola dell'obbligo sono elevate.

Per permettere agli interessati di concludere una formazione professionale, rafforzare duramente la loro integrazione professionale ed evitare così in ultima analisi un'entrata precoce nel sistema delle rendite, i disturbi psichici vanno diagnosticati e trattati per tempo. Tuttavia, nel caso dei minorenni e dei giovani adulti farlo tempestivamente e adeguatamente rappresenta una grande sfida. Per questo motivo, nel quadro del secondo programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR-2AI), l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha commissionato un'analisi della letteratura specialistica concernente direttive scientificamente provate in materia di diagnostica e terapia per malattie psichiche presso questo gruppo target.

Il presente rapporto di ricerca fornisce un'ampia panoramica della letteratura scientifica attuale concernente le tendenze internazionali in materia di diagnostica e metodi di trattamento, efficacia, direttive e giudizi prognostici per i principali disturbi psichici che si manifestano nell'infanzia. Solo la Germania, il Regno Unito, gli Stati Uniti e in parte la Francia hanno direttive nazionali generalmente accessibili su Internet. Le associazioni svizzere non hanno sviluppato direttive proprie. Attualmente, in Svizzera sono conosciute in particolare le direttive tedesche e quelle britanniche, che sono considerate utili ma non vincolanti dai medici specialisti e dalle associazioni nazionali, e quindi applicate solo in parte nella prassi clinica.

In generale, le direttive nazionali per la diagnostica e il trattamento che sono state valutate presentano notevoli analogie, ma spesso le competenti organizzazioni nazionali di esperti non le aggiornano regolarmente.

Nella letteratura specialistica pubblicata, ad oggi mancano studi su direttive in materia di diagnostica e trattamento dei disturbi comorbili che si manifestano frequentemente tra i minorenni e i giovani adulti nonché sull'efficacia delle singole direttive per il trattamento ai fini dell'integrazione a lungo termine. Va inoltre aggiunto che finora l'approccio interdisciplinare indispensabile nella psichiatria infantile e dell'adolescenza è stato raramente oggetto di analisi specifiche negli studi scientifici. I risultati dell'inchiesta tra gli esperti mostrano comunque che la psichiatria infantile e dell'adolescenza non può affrontare da sola il trattamento e l'assistenza dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti interessati. Per essere efficace, essa necessita di un intervento sostanziale, se non addirittura prioritario, da parte di persone attive in altre discipline (quali l'insegnamento, la pedagogia curativa, la logopedia, l'ergoterapia e il lavoro sociale).

La psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è incentrata principalmente sulla prevenzione secondaria e vuole quindi evitare che un disturbo psichico diventi cronico. Si può pertanto ipotizzare che se una tendenza patologica in fase di sviluppo si è già trasformata in un disturbo psichico conclamato o addirittura in un problema cronico, il trattamento sarà esponenzialmente più impegnativo e anche più costoso; al contempo, i giovani che ne sono affetti

avranno presumibilmente meno probabilità di concludere la formazione professionale ed entrare nel mondo del lavoro. Proprio per questo motivo nel caso di disturbi psichici della (prima) infanzia il rilevamento e gli interventi tempestivi, ivi compreso il trattamento, sono particolarmente importanti. Al fine di evitare che disturbi psichici nell'infanzia e nell'adolescenza diventino cronici, occorre definire e attuare tempestivamente a livello interprofessionale una procedura coordinata che coinvolga i responsabili dell'educazione, i diretti interessati e gli attori che operano nei settori specialistici della pedagogia e, se necessario, della psicologia, della medicina e delle assicurazioni. Per poter garantire tale procedura, l'UFAS raccomanda alle parti interessate di stabilire dal canto loro chi sarà responsabile del singolo caso.

Anche le associazioni svizzere sono chiamate ad agire: a loro incombe sviluppare, in collaborazione con le persone attive nelle discipline della psicologia e delle scienze dell'educazione, direttive per l'esame e il trattamento dei giovani con disturbi psichici. In tal modo, le associazioni nazionali fornirebbero un contributo decisivo alla comunicazione tra gli attori interessati al fine di sostenere le persone con problemi di salute nel quadro dell'integrazione sociale e professionale.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

New invalidity pension figures show a downward overall trend. One exception to this concerns young adults with psychological disorders. Precisely among this group of young insured with psychological disorders there is a high risk of them being unable to find a job or at least having difficulty completing their first vocational training after ending their compulsory schooling.

Early diagnosis and treatment of psychological disorders play a major role in enabling those affected to embark on vocational training and to support their integration into the work force over the long term and thus prevent them having to draw a pension early on in life. However, the timely and appropriate documentation and treatment of psychological disorders among minors and young adults poses a considerable challenge. As part of a research programme on invalidity insurance (FoP2-IV), the Federal Social Insurance Office commissioned a review of the literature on evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of psychological disorders among minors and young adults.

The present research report provides a broad overview of the current literature on international trends regarding the diagnosis and treatment methods, effectiveness, guidelines and prognosis-related considerations for the most important psychological disorders occurring among children. Guidelines which are generally accessible via the Internet exist only for Germany, the UK, the USA and, to a certain extent, for France. The Swiss specialist societies have not drawn up any guidelines of their own. In Switzerland, it is mainly the German and British guidelines that are known. They are viewed by consultants and specialist societies as helpful but not binding and are thus only used to a certain extent.

Generally speaking, there is a high level of consensus among the various evaluated national guidelines as regards both diagnosis and treatment. However, these guidelines are often not updated regularly by the responsible national expert organizations.

There is currently a shortage of studies in the relevant literature on diagnosis and treatment methods for frequently occurring co-morbid health disorders among minors and adolescents as well as of questions relating to the long-term effectiveness of individual treatment methods. Moreover, the essential interdisciplinary approach required in child and adolescent psychiatry was rarely specifically reviewed in the scientific studies. The results of surveys among experts show, however, that child and adolescent psychiatry alone is unable to cope with the treatment and support of the affected children, adolescents and young adults. Instead, in its aim to develop efficacy, it relies on the fundamental cooperation or even upstream support of other disciplines (e.g. teachers, specialists in curative education, speech therapy, ergotherapy, and social work).

Ideally, child and adolescent psychiatry is geared to secondary prevention and thus aims at preventing a psychological disorder from becoming chronic. It can be concluded that if a nascent, pathological development has become an established psychological disorder or a chronic problem, the treatment will be exponentially more expensive and time-consuming. At the same time, the prognosis of making the transition to occupational training and work worsens. This is precisely why the early identification of and early intervention in psychological disorders in (early) childhood including treatment are so important. Coordinated, inter-disciplinary professional action is required at an early stage to prevent psychological disorders in

children and adolescents from becoming chronic. The persons responsible for education, the person concerned and others in the fields of education and, if necessary, psychology, medicine and insurers, must therefore be involved. To ensure that this concerted action is taken, the Federal Social Insurance Office recommends that the persons involved appoint someone to lead manage the case.

The Swiss associations of medical specialists are also called on to take action. These associations, in cooperation with specialists in the fields of psychology and education, are responsible for developing guidelines to assess and treat young persons with psychological disorders. In this way the specialist associations would make a substantial contribution to communication between the various players and to supporting people with impaired health in the context of their professional and social integration.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance Domain

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Zusammenfassung	IX
Résumé	XVII
Riassunto	XXV
Summary	XXXIII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage, Problemstellung.....	1
1.2 Zielsetzungen Fragestellungen	2
2 Methodik	3
2.1 Studienkonzept.....	3
2.2 Präzisierungen und Eingrenzungen des Gegenstandes.....	4
2.3 Auswahl zu untersuchender psychische Störungen	4
2.4 Diagnostik und Behandlung, Leitlinien	5
2.5 Systematische Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Interventionen	9
3 Diagnostik und Behandlung: Verfahren und Leitlinien	13
3.1 Vorbemerkungen.....	13
3.2 Affektive Störungen (Depression)	17
3.3 Angststörungen	21
3.4 Zwangsstörungen	23
3.5 Persönlichkeitsstörungen	25
3.6 Sprach- und Teilleistungsstörungen: Artikulationsstörungen.....	28
3.7 Sprach- und Teilleistungsstörungen: Sprachstörungen	31
3.8 Autismus-Spektrum-Störungen	33
3.9 ADHS.....	37
3.10 Fazit.....	40

4	Diagnostik und Behandlung: Schweizerische Praxis	43
4.1	Störungsspektrum der Zielgruppe	43
4.2	Herausforderungen.....	44
4.3	Prozess der Abklärung	44
4.4	Interventionen	46
4.5	Stellenwert und Rezeption von Leitlinien	47
4.6	Sprachregionale und institutionelle Unterschiede	48
4.7	Fazit	48
5	Wirksamkeit von ausgewählten Behandlungen	49
5.1	Vorbemerkungen	49
5.2	Affektive Störungen	49
5.3	Angststörungen	51
5.4	Zwangsstörungen	53
5.5	Persönlichkeitsstörungen	54
5.6	Sprach- und Teilleistungsstörungen: Artikulationsstörungen und Sprachstörungen	56
5.7	Autismus-Spektrum-Störungen	58
5.8	ADHS.....	61
5.9	Fazit zur Wirksamkeit ausgeählter Behandlungen	64
6	Früherkennung und Frühintervention	67
6.1	Vorbemerkungen	67
6.2	Affektive Störungen	67
6.3	Angststörungen	68
6.4	Persönlichkeitsstörungen	70
6.5	Autismus-Spektrum-Störungen	71
6.6	ADHS.....	72
6.7	Fazit zu Früherkennung und Frühintervention	73
7	Synthese, Diskussion und Schlussfolgerungen	75
7.1	Zentrale Befunde der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	75
7.2	Lücken der Literatur.....	80
7.3	Methodische Grenzen	82
7.4	Schlussfolgerungen	82
8	Literaturverzeichnis	85

Anhänge	91
Anhang 1: Suchstrategie und Erfassung lokalisierter Studien.....	91
Anhang 2: Übersicht Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	99
Anhang 3: Entscheidungsbäume zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	105
Anhang 4: Übersicht Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	115
Anhang 5: Entscheidungsbäume zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	121
Anhang 6: Überblick NICE Pathways	126
Anhang 7: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen bzgl. der Wirksamkeit der Behandlungen	127
Anhang 8: Übersicht der geeigneten Publikationen zur Wirksamkeit der Behandlungen	128
Anhang 9: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen bzgl. Früherkennung und -intervention	140
Anhang 10: Übersicht der geeigneten Publikationen zu Früherkennung und -intervention.....	141

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Übersicht der Themenfelder der Literaturstudie	3
Abbildung 2: Analyseraster im Excel zur Erfassung geeigneter Studien	98
Abbildung 3: DGPPN, Stufenplan der Diagnostik der unipolaren depressiven Störung	105
Abbildung 4: DGPPN, Diagnostischer Prozess depressiver Störungen	106
Abbildung 5: DGKJP, Diagnostischer Entscheidungsbaum bei Angststörungen (F41)	107
Abbildung 6: DGPPN, Diagnostischer Stufenplan bei Zwangsstörungen (F42)	108
Abbildung 7: DGKJP, Entscheidungsbaum für die Diagnose von Artikulationsstörungen (F80.0)	109
Abbildung 8: DGPP/DGKJP, Diagnostischer Algorithmus „Sprachentwicklungsstörungen“	110
Abbildung 9: DGPP/DGKJP, Diagnostische Kriterien „Sprachentwicklungsstörungen“	111
Abbildung 10: DGKJP, Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum für Autistische Störungen	112
Abbildung 11: DGKJP, Synopsis der Diagnostik Autistischer Störungen (F84)	113
Abbildung 12: DGKJP, Entscheidungsbaum für die Diagnose hyperkinetischer Störungen (F90)	114
Abbildung 13: DGKJP, Hierarchie des therapeutischen Vorgehens bei affektiven Störungen (F32, F33)	121
Abbildung 14: DGKJP, Entscheidungsbaum zur Therapie bei Angststörungen (F41) bzw. bei Panikstörung (F41.0) und Generalisierter Angststörung (F41.1)	122
Abbildung 15: DGKJP, Therapeutischer Entscheidungsbaum bei Artikulationsstörungen (F80.0)	123
Abbildung 16: DGKJP, Hierarchie der Therapieziele bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache (F80.1, F80.2)	123
Abbildung 17: DGKJP, Therapeutischer Entscheidungsbaum für tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	124
Abbildung 18: DGKJP, Hierarchie des therapeutischen Vorgehens bei hyperkinetischen Störungen (F90)	125
Abbildung 19: NICE Pathway Autismus	126

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausgewählte ICD-Diagnosen für die Literaturstudie und Altersgruppen.....	5
Tabelle 2:	Kategorien des verwendeten Kategorienschemas.....	6
Tabelle 3:	Rekrutierung und definitive Stichprobe von Experten/innen	8
Tabelle 4:	Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; Medline via OvidSP	91
Tabelle 5:	Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; PsycInfo via OvidSP	92
Tabelle 6:	Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; EconLit, ERIC, Sociological Abstracts via ProQuest	93
Tabelle 7:	Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; Medline via OvidSP	94
Tabelle 8:	Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; PsycInfo via OvidSP	96
Tabelle 9:	Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; EconLit, ERIC, Sociological Abstracts via ProQuest	97
Tabelle 10:	(Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Affektive Störungen (Major Depression) (F32, -F33)	99
Tabelle 11:	(Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik Angst- und Zwangsstörungen (F40, F41, F42, F93.1 und F93.2)	100
Tabelle 12:	(Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	101
Tabelle 13:	(Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Sprach und Teilleistungsstörungen (F80, F81)	102
Tabelle 14:	(Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Autismus-Spektrum-Störungen (F84).....	103
Tabelle 15:	(Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – ADHS (F90)	104
Tabelle 16:	(web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Affektive Störungen (Major Depression) (F32, F33).....	115
Tabelle 17:	(web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Angst- und Zwangsstörungen (F40, F41, F42, F93.1 und F93.2)	116
Tabelle 18:	(web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Persönlichkeitsstörungen (F60-F62).....	117
Tabelle 19:	(web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Sprach- und Teilleistungsstörungen (F80, F81)	118
Tabelle 20:	(web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Autismus-Spektrum-Störungen (F84) ...	119
Tabelle 21:	(web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – ADHS (F90).....	120
Tabelle 22:	Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen.....	127
Tabelle 23:	Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei affektiven Störungen	128
Tabelle 24:	Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Angststörungen.....	130
Tabelle 25:	Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Zwangsstörungen	132

Tabelle 26: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Persönlichkeitsstörungen	133
Tabelle 27: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Sprachstörungen	135
Tabelle 28: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Autismus	136
Tabelle 29: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei ADHS ...	137
Tabelle 30: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen	140
Tabelle 31: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei affektiven Störungen	141
Tabelle 32: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei Angststörungen	141
Tabelle 33: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention Persönlichkeitsstörungen	142
Tabelle 34: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei Autismus	142
Tabelle 35: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei ADHS ..	142

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland)
AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AAP	American Academy of Pediatrics
APA	American Psychiatric Association
BÄK	Bundesärztekammer (Deutschland)
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DKPM	Deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin
Empfehlungsgrad A	Starke Empfehlung bzw. „Soll“-Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Empfehlung bzw. „sollte“ Empfehlung
HAS	Haute Autorité de Santé, France
Empfehlungsgrad KKP	Klinischer Konsenspunkt ¹ : Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutschland)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Grossbritannien)
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema nach Remschmidt

Zusammenfassung

Ausgangslage

Seit einigen Jahren ist die Entwicklung der IV-Neurenten in der Schweiz insgesamt rückläufig. Eine Ausnahme von diesem Trend zeigt sich bei der Altersgruppe der jungen Erwachsenen: Bei 18- bis 25-jährigen Versicherten mit psychischen Störungen stiegen die Neurenten weiterhin an, erst 2013 ist eine Stabilisierung dieses Trends feststellbar. Besorgniserregend ist auch der Befund, dass Versicherte dieser Altersgruppe, die eine ganze IV-Rente erhalten, die Berentung selten wieder verlassen. Die Entwicklung einer frühen Invalidisierung aufgrund psychischer Störungen im Kindesalter wird jedoch von Fachleuten als nicht zwingend bewertet, wenn die Betroffenen frühzeitig eine adäquate Behandlung erhalten würden. Besonders auf dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklung ist die nachhaltige Förderung der schulischen und beruflichen Integration von Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit (früh-)kindlichen intellektuellen und psychischen Störungen für die IV wichtig.

Dabei verlangt die Förderung der beruflichen Integration der Zielgruppe nicht nur optimale medizinische Massnahmen sondern auch geeignete berufliche Massnahmen. Für die IV ist es deshalb zentral, auch wissenschaftlich gesicherte Kenntnisse zur Wirksamkeit dieses Massnahmenspektrums zur erhalten. Ziel war es daher, im Rahmen einer Literaturstudie die nationalen und internationalen diagnostischen Verfahren und die therapeutischen Methoden aufzuzeigen, die auf wissenschaftlicher Evidenz basieren und neben der Symptomverbesserung auch im Hinblick auf eine nachhaltige berufliche Integration bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit psychischen Krankheiten wirksam sind. Konkret wurden durch die vorliegende Studie fünf Fragenkomplexe behandelt:

- 1) Welche diagnostischen Verfahren und welche (individuellen oder kombinierten) therapeutischen Methoden sollen in welcher Altersgruppe bei welcher Störung angewendet werden?
- 2) Gibt es für ausgewählte Störungen bei der interessierenden Zielgruppe national und international anerkannte und auf wissenschaftlicher Evidenz basierte Leitlinien zur Diagnostik und zur Therapie? Zeigen sich Unterschiede zwischen den Leitlinien verschiedener nationaler Fachgesellschaften?
- 3) Welche (individuellen oder kombinierten) therapeutischen Methoden sind bei der Zielgruppe und bei den spezifischen Störungen sowohl klinisch als auch im Hinblick auf den Schulerfolg sowie die berufliche Integration wirksam?
- 4) Gibt es einen optimalen Zeitpunkt für Diagnose und Behandlung bei den zu untersuchenden Krankheiten?
- 5) Inwieweit bestehen noch Lücken in der Literatur, um die vorangehenden Fragen (1-4) beantworten zu können?

Methodik

Analyseebenen

Aufgrund der Fragestellungen ergaben sich drei Analyseebenen der Studie:

- *Diagnostik:* Hier geht es um das Vorgehen und die Instrumente der Abklärung sowie um die Diagnosestellung psychischer Erkrankungen bei den Zielgruppen (Kleinkinder bis junge Erwachsene).

- **Behandlungen/Interventionen:** Die Behandlung der ausgewählten Störungsbilder sollte breit gefasst werden und sowohl medizinische Massnahmen im engeren Sinne wie Psychotherapie, Pharmakotherapien als auch im weiteren Sinne psychosoziale Interventionen (z.B. Elternberatung/-training bei ADHS im Schulalter) berücksichtigen.
- **Wirkungen:** Medizinische Behandlungen sollten im Idealfall im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Prinzip) überprüft werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie stand aus Aufwandsgründen primär die Wirksamkeit im Vordergrund. Mit Blick auf die Wirksamkeit der untersuchten Behandlungen/Interventionen wurde zudem eine Differenzierung zwischen im engeren Sinne „klinischen“ und „psychosozialen“ Outcomes vorgenommen: Erstere beziehen sich auf Veränderungen der Symptombelastung (durch eine ausgewählte Krankheit), letztere auf Veränderungen im Bereich des sozialen Verhaltens und der Integration.

Ausgewählte psychische Störungen

Durch eine Arbeitsgruppe des BSV wurde eine Zuordnung der IV-Gebrechenscodes zu ICD-Diagnosen und anschliessend eine Auswahl der interessierenden Störungsbilder vorgenommen. Dabei handelt es sich um die folgenden acht Störungen: Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sprach- und Teilleistungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS.

Zentrale Studienbausteine

Die Studie umfasste die folgenden zentralen Bausteine:

- 1) **Allgemeine Literaturrecherche** zu etablierten Praktiken von Diagnostik und Behandlung: Die Fragestellungen zu angewandten diagnostischen Verfahren und durchgeführter Therapien (vgl. Fragenkomplex 1) sowie zu anerkannten und auf wissenschaftlicher Evidenz basierender Leitlinien der Diagnostik und Therapien (vgl. Fragenkomplex 2) wurden über Quellen der praxisorientierten Fachliteratur bearbeitet, nämlich: (a) aktuelle Lehrbücher aus den Fachbereichen Kinder- & Jugendpsychiatrie und Pädiatrie; (b) aktuelle, anerkannte und veröffentlichte Leitlinien (D, UK, USA, F, NL, skandinavische Länder).
- 2) **Systematische Literaturrecherche** zur Wirksamkeit von Interventionen und zum optimalen Zeitpunkt von Diagnose und Behandlung: Die Fragestellungen zur Wirksamkeit von Interventionen (Fragenkomplex 3) sowie zur optimalen Terminierung der Diagnose und Behandlung (Fragenkomplex 4) wurden im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche über Datenbanken der wissenschaftlichen Literatur bearbeitet. Die systematische Literaturrecherche erfolgte nach einer klar definierten Suchstrategie und umfasste Einzelstudien, Metaanalysen und Reviews, die in wissenschaftlichen Zeitschriften im Peer-Review-Verfahren veröffentlicht wurden. Folgende Datenbanken der medizinischen und ökonomischen Fachgebiete wurden einbezogen: Medline, PsycInfo, EconLit, ERIC. Die Auswahl der publizierten Studien erfolgte über einen mehrstufigen Prozess; so wurden u.a. die identifizierten Referenzen einem kriterienorientierten Screening unterzogen, um geeignete Studien auszuwählen. Die definitiv ausgewählten Publikationen wurden abschliessend mit einem strukturierten Analyseraster erfasst und verarbeitet.
- 3) **Experteninterviews:** Die Berücksichtigung der schweizerischen Praxis sollte für die geplante Studie in gebührendem Rahmen erfolgen. Zu diesem Zweck wurden leitfadengestützte Interviews mit 6 Experten/innen aus der Deutschen Schweiz (N=4) und der Romandie (N=2) durchgeführt¹. Als Experten/innen wurden Fachärzte- oder Ärztinnen aus dem Bereich der Kinder- und

¹ Es gelang nicht, Fachpersonen aus dem Tessin zu rekrutieren.

Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie beigezogen, die entweder als Gutachtende für ein RAD oder aber in einer kinderpsychiatrischen Institution tätig waren. Gegenstand der Interviews waren die in der Schweiz gebräuchlichen Diagnostikinstrumente, die Verwendung von Behandlungsleitlinien sowie Unterschiede der Praktiken zwischen den Sprachregionen. Die Experten/innen-Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschliessend nach dem methodischen Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Leitlinien der Diagnostik und Behandlung

Allgemeines

Es bestand die Absicht, verschiedene nationale Leitlinien darzustellen. Die Recherchen zeigten jedoch, dass allgemein über das WWW zugängliche Leitlinien nur für Deutschland (AWMF)², Grossbritannien (NICE)³, die USA (AACAP)⁴ und partiell für Frankreich (HAS)⁵ vorliegen. Für die Niederlande und die skandinavischen Ländern konnten keine zugänglichen oder in englischer Sprache publizierten Leitlinien identifiziert werden.

Aufgrund der schieren Masse des Materials wurden für die vergleichende Darstellung als Referenzgrösse die deutschen Leitlinien der AWMF gewählt. Diese wurden in komprimierter Form verarbeitet und dargestellt, die Leitlinien der anderen Länder (d.h. UK, USA, F) wurden dahingehend kommentiert, inwiefern sie sich mit den Empfehlungen der deutschen Leitlinien decken oder aber von diesen abweichen. Allgemein kann festgehalten werden, dass zwischen den berücksichtigten nationalen Leitlinien eine grosse Übereinstimmung sowohl in Bezug auf die Diagnostik als auch auf die Behandlung besteht. Bei einzelnen Störungsbildern gibt es geringfügige inhaltliche Differenzen. Wesentlicher sind die formalen Unterschiede in Bezug auf Darstellungsform (Textdokumente, grafische Entscheidungsbäume, web-basierte interaktive Tools), Umfang der Dokumentationen, Aktualität und Abdeckungsgrad der Störungsbilder.

Diagnostikleitlinien

Nur für den deutschsprachigen Raum liegen für umschriebene *Sprachentwicklungsstörungen* bei Kindern und Jugendlichen eine sehr ausführlich dokumentierte Diagnostik und eine Beurteilung von Erhebungsinstrumenten in der gültigen Leitlinie der DGPPN⁶/DGKJP⁷ vor. Indessen sind keine britischen, amerikanischen und französischen Leitlinien für dieses Störungsbild verfügbar.

Für *Angststörungen*, umschriebene *Artikulationsstörungen*, tief greifende *Entwicklungsstörungen* (*Autismus*) und *ADHS* besteht in den deutschen Leitlinien (AWMF) eine ausführliche Dokumentation der Diagnostik, die jedoch nicht mehr auf dem neuesten Stand ist (Leitlinien nicht mehr gültig). Allerdings skizzieren die gültigen britischen (NICE) und amerikanischen Leitlinien im Wesentlichen dieselben diagnostischen Etappen wie die deutschen.

Ebenfalls ausführlich dokumentiert ist die Diagnostik von *Zwangsstörungen* in der gültigen deutschen Leitlinie der DGPPN. Allerdings sind die Empfehlungen in dieser Leitlinie nicht spezifisch auf

² AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

³ NICE: National Institute for Health and Care Excellence

⁴ AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

⁵ HAS: Haute Autorité de Santé

⁶ DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

⁷ DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Kinder und Jugendliche ausgerichtet, wie dies bei den britischen und amerikanischen Leitlinien der Fall ist.

Begrenzt dargestellt ist in den deutschen Leitlinien die Diagnostik von *Depressionen* im Kindes- und Jugendalter: es liegen nur Empfehlungen für Jugendliche und Erwachsene, aber nicht für Kinder vor. Dies liegt auch im fachlichen Konsens begründet, dass die Etablierung einer Depressionsdiagnose im Kindesalter schwierig ist und der Sinn angezweifelt wird. Es ist zwar eine gültige britische Leitlinie von NICE für Kinder und Jugendliche verfügbar, aber auch hier wird das diagnostische Vorgehen nicht konkret dokumentiert.

Auch für *Persönlichkeitsstörungen* liegen für das Jugendalter nur spärliche Diagnostikempfehlungen vor und zwar sowohl für den deutschen als auch den angelsächsischen Sprachraum.

Behandlungsleitlinien

Die aktuellsten deutschen Behandlungsleitlinien liegen für *Zwangsstörungen* vor. Diese enthalten ausführliche Therapieempfehlungen, die sich mit denjenigen von NICE und AACAP decken. Ebenfalls relativ aktuell sind die Behandlungsempfehlungen zu *Depression*. Wie bei der Diagnostik bereits festgestellt wurde (s.o.), besteht hier allerdings eine Lücke für Kinder unter acht Jahren, die von den Empfehlungen ausgenommen sind. Die Empfehlungen decken sich mit denjenigen von NICE.

Bei allen anderen, in diesem Bericht dokumentierten Störungen sind die deutschen Leitlinien nicht mehr gültig. Das heisst jedoch noch nicht, dass sie weitgehend veraltet wären. So bestehen bei *ADHS* ausführliche Therapieempfehlungen der DGKJP, die sich mit den aktuellen Leitlinien von NICE und AACAP nach wie vor decken. Für *Angststörungen* (Panikstörung, generalisierte Angststörung) umfasst die deutsche Leitlinie ebenfalls ausführliche Angaben zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Die Empfehlungen decken sich mit jenen von NICE; diese hat jedoch zusätzlich eine spezifische Behandlungsleitlinie zu „social anxiety“ entwickelt. Für *Autismus* fallen die Behandlungsempfehlungen der deutschen Leitlinie ebenfalls umfangreich aus. Das Vorgehen und die Interventionen sind identisch zur amerikanischen AACAP, während leichte Abweichungen gegenüber NICE und der französischen HAS bei den empfohlenen Therapien bestehen. Für umschriebene *Artikulationsstörungen* und umschriebene *Entwicklungsstörungen der Sprache* sind die nicht mehr gültigen deutschen Empfehlungen ebenfalls umfassend formuliert. Dies ist umso bedeutender, da für diese Störungsgruppe aus den anderen Ländern bisher noch keine gültigen Behandlungsleitlinien vorliegen. Für *Persönlichkeitsstörungen* liegen hingegen weniger differenzierte Behandlungsempfehlungen vor, und die deutsche Leitlinie dazu ist nicht mehr gültig. Hier sind lediglich von NICE aktuelle und umfassende Behandlungsleitlinien verfügbar, wobei für die beiden Phänomene „antisocial personality disorder“ und „borderline personality disorder“ je eine spezifische Leitlinie vorliegt. Die deutschen Empfehlungen umfassen dagegen ohne weitere Differenzierung die Persönlichkeitsstörungen als Ganzes.

Anwendungen in der Praxis

Die besonderen *Herausforderungen* in der Abklärung und Behandlung von Kindern Jugendlichen werden unabhängig von der institutionellen Provenienz (RAD⁸/KJP⁹) der befragten Fachpersonen sehr ähnlich wahrgenommen. So wird die Diagnostik aufgrund der entwicklungsbedingten Variabilität der Symptome als komplex beurteilt, die einen breiten Erfahrungshintergrund der Ärztinnen und

⁸ RAD: Regionale Ärztliche Dienste

⁹ KJP: Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ärzte erfordert. Zentral für das Gelingen der Behandlung ist eine gute Zusammenarbeit sowohl von Behandler und Kind/Jugendlicher als auch Behandler und Eltern.

Diagnostik- und Behandlungs-Leitlinien werden von den KJP teilweise verwendet und wohl als hilfreich aber nicht als bindend eingeschätzt. Die RAD-Fachärzte/innen scheinen sich dagegen stärker an Leitlinien zu orientieren, u.a. um Störungsbilder zu definieren und um die Angemessenheit/Notwendigkeit von therapeutischen Massnahmen einschätzen zu können. Bekannt sind die deutschen Leitlinien der AWMF, vereinzelt auch jene von NICE.

Übereinstimmend wurde von den Experten/-innen die Ansicht vertreten, dass es in der Schweiz *sprachregionale Unterschiede* gibt beim Abklärungsprozess und in der Diagnostik, und zwar vor allem dahingehend, dass in der Romandie eine psychoanalytische Tradition in der Psychiatrie weiterhin prägend sei. Es herrschte aber auch weitgehend Einigkeit darin, dass darüber hinaus sowohl *individuelle Unterschiede* in der Person des Behandlers/Gutachters als auch *institutionelle Kulturen* mindestens so bedeutend für die konkrete Ausgestaltung der Abklärung, Diagnostik und Behandlung sind.

Wirksamkeit von Interventionen

Die *wissenschaftliche Evidenz* zur Wirksamkeit von Interventionen bei einzelnen Störungsbildern ist unterschiedlich breit. Für jede Störung liegt jedoch heute ein Fundament von wissenschaftlichen Studien (Einzelstudien und Reviews) vor, welche verschiedene Arten von Interventionen geprüft haben. Am häufigsten wurden psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Interventionen untersucht, aber auch für weitere psychosoziale Interventionen liegt – je nach Störung – ein wachsendes Studienmaterial vor. Bei der Psychotherapie handelt es sich häufig um störungsspezifische Therapieansätze oder -Module, die auf den Konzepten der Kognitiven Verhaltenstherapie fussen.

Es gibt ein starkes Übergewicht von Untersuchungen, welche primär die Wirksamkeit von Interventionen im Hinblick auf *klinische Outcomes*, also auf die Veränderung der Symptombelastung untersuchen. Weit weniger Studien berücksichtigen auch sogenannte *psychosoziale Outcomes*. Bei diesen überwiegen relativ einfach zu messende Grössen wie insbesondere die skalenbasierte (Fremd-) Einschätzung der sozialen Anpassung oder die Einschätzung sozialer Kompetenzen. Hingegen gibt es nur sehr wenige Studien, welche in umfassenderen Sinne die Auswirkungen von Interventionen auf die konkrete *Performanz in verschiedenen sozialen Kontexten* untersuchen, insbesondere in der Schule (Schulleistungen, Schulnoten) oder in Arbeit und Beruf (z.B. Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, berufliche Stellung etc.).

Depression: Die Resultate der Studien/Reviews belegen die klinische Wirksamkeit sowohl von *Psychotherapie* als auch von *Pharmakotherapie* als Monotherapie, und die *Kombination beider Ansätze* scheint noch bessere Ergebnisse zu erzielen. Nur wenige Publikationen untersuchen zusätzlich die psychosoziale Wirksamkeit von Psychotherapie und belegen diese. Die psychosoziale Dimension wird dabei als die Qualität der sozialen Beziehungen der Zielgruppe aus der Perspektive der Patient/innen, deren Eltern oder der Lehrpersonen definiert. Studien, welche die Auswirkungen von Interventionen auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchen, konnten nicht identifiziert werden.

Angststörungen: Sowohl die Wirksamkeit von *Psychotherapie (meistens verhaltenstherapeutische Ansätze)* als auch von *Pharmakotherapie* als Monotherapien ist gut belegt, die *Kombination beider Ansätze* scheint (bei schweren Störungen) noch bessere Ergebnisse zu erzielen. Die Wirksamkeit weiterer *psychosozialer Interventionen* (z.B. Psychoedukation) ist schwieriger zu beurteilen, da die berücksichtigten Studien diese i.d.R. nicht isoliert sondern als Massnahmenpakete oder in Kombination mit psychotherapeutischen Interventionen prüfen. Neben der Symptomverbesserung untersu-

chen nur eine Minderheit der Studien weitere psychosoziale Dimensionen, wobei diese meistens das allgemeine soziale Funktionieren und die Lebensqualität der Zielgruppe betreffen.

Zwangsstörungen: Die positive Wirkung sowohl von *Psycho- als auch Pharmakotherapie* ist gut belegt. Die *Kombinationstherapie* scheint der Monotherapie überlegen zu sein; nicht alle Studien können dies jedoch nachweisen. Es gibt nicht ausreichend Studien, die neben der Symptomänderung, weitere Wirkungen im psychosozialen Bereich erfassen.

Persönlichkeitsstörungen: Die ausgewählten Studien untersuchen grösstenteils die Wirksamkeit von verschiedenen *psychotherapeutischen Ansätzen*, insbesondere Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Verfahren zeigen positive Effekte. Die *Pharmakotherapie* ist umstrittener: es scheint, dass die untersuchten Medikamentengruppen immer nur in Teilbereichen der Persönlichkeitsstörungssymptomatik Verbesserungen erzielen können, aber nicht beim Gesamtbild. Im Vordergrund der Studien stehen Verbesserungen im Symptombereich bzw. in der Psychopathologie. Wenn darüber hinaus psychosoziale Outcomes geprüft werden, so erfolgt dies relativ allgemein über unspezifische Skalen der sozialen Anpassung.

Sprach- und Teilleistungsstörungen: Die klinische Wirksamkeit von *logopädischen Behandlungen* ist gut belegt. Interventionen, welche durch die Eltern durchgeführt werden, sind gleich wirksam wie Interventionen, welche von spezialisierten Therapeut/innen durchgeführt werden. Die *Aufklärung und Beratung* der Bezugspersonen, welche besonders bei Kleinkindern mit Artikulationsstörungen im Vordergrund steht, wurde in den Studien nicht (explizit) behandelt. Es konnten keine Studien identifiziert werden, welche die Auswirkungen von Interventionen z.B. auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchten.

Autismus: Sowohl die klinische als auch die psychosoziale Wirksamkeit von *psychotherapeutischen Verfahren* ist gut belegt. Dies gilt für Kinder ab Kleinkind- bis zum Jugendalter (18 Jahren). Die Mehrzahl der Publikationen differenziert *nicht* nach der Art der Autismus-Spektrum-Störung. Im Weiteren wird die klinische und psychosoziale Wirksamkeit von *elternbezogenen sowie schulbezogenen Interventionen* nachgewiesen. *Pharmakotherapie* als Monotherapie wird lediglich in wenigen Studien untersucht. In der Mehrzahl der Studien wurde sowohl die klinische als auch die psychosoziale Wirksamkeit untersucht. Bei den evaluierten psychosozialen Dimensionen handelt es sich um die Interaktionsfähigkeit (u.a. Kommunikation), das soziale Verhalten, die sprachlichen Fertigkeiten und das Spielverhalten der Zielgruppe.

ADHS: Die Resultate der Studien/Reviews belegen die klinische Wirksamkeit von *Pharmakotherapie als Monotherapie oder als Kombinationstherapie* mit anderen psychotherapeutischen sowie psychosozialen Interventionen bei Schulkindern. *Psychotherapie* als Monotherapie erweist sich in einer Mehrheit der ausgewählten Studien als wirksam. Es scheint aber, dass psychotherapeutische Verfahren wirksamer in Kombination mit anderen Interventionen sind. Generell zeigt die Kombination verschiedener Interventionen besonders vielversprechende Resultate. Wichtig in der ADHS-Behandlung sind weitere *psychosoziale Interventionen*, wobei v.a. für elternbezogene Interventionen die Studienbilanz positiv ausfällt. Viele Studien zur Behandlung von ADHS haben auch die psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen untersucht. Die Ergebnisse entsprechen den Resultaten zur klinischen Wirksamkeit.

Früherkennung und Frühintervention

Es zeigte sich, dass die Frage des optimalen Behandlungszeitpunktes von psychischen Störungen im Wesentlichen unter zwei Themenkomplexen in der wissenschaftlichen Literatur abgehandelt wird: Früherkennung und Frühintervention. Darüber hinaus behandeln viele Studien in diesem Bereich auch Fragen von wirksamen Präventionsstrategien. Die wissenschaftliche Literatur liefert somit nicht

Angaben in der Form, in welchem Altersjahr eine bestimmte Störung idealerweise behandelt werden sollte. Es besteht vielmehr ein Konsens dahingehend, dass die Entwicklung einer vollausgebildeten psychischen Störung idealerweise vermieden werden sollte durch Massnahmen der Primär- oder Sekundärprävention. Insgesamt ist jedoch die Studienlage in diesen Themenfeldern schmäler als bei der Wirksamkeit von Interventionen (s.o.). Bei Zwangs- und Sprachstörungen konnten gar keine geeigneten Publikationen zum Thema identifiziert werden.

Die Mehrzahl der Studien zu *affektiven Störungen* untersucht die Wirksamkeit von universellen, selektiven und/oder indizierten Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen. Diese Programme basieren meistens auf einer Kognitiven Verhaltenstherapie. Die Wirksamkeit der Präventionsprogramme wird allerdings nur teilweise belegt.

Bei *Angststörungen* befassen sich die ausgewählten Studien mit Instrumenten der Früherkennung, mit Frühinterventionsmassnahmen/-programmen oder der Kombination aus Früherkennung/-intervention. Die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme, welche häufig Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie beinhalten, wird als positiv eingestuft.

Ebenfalls gut belegt wird die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme und der Kombination aus Früherkennung/-intervention, basierend auf etablierten Therapieansätzen, bei den *Persönlichkeitsstörungen*.

Bei den *Autismus-Spektrum-Störungen* erscheinen die Frühinterventionsprogramme, welche auf einem Elterntaining basieren, sowie Programme, welche im engen und bedürfnisorientierten Kontakt mit den Kindern durchgeführt werden, gute Ergebnisse zu erzielen.

Auch bei *ADHS* zeigt Elterntaining im Rahmen eines Frühinterventionsprogrammes bei Klein- und Vorschulkindern vielversprechende Resultate.

Schlussfolgerungen

Wissenslücken

Aufgrund der recherchierten Literatur konnten einige Wissenslücken sowie Themenfelder mit schmäler Befundlage identifiziert werden. Diese betreffen das Wissen:

- zu *mittel- bis langfristigen Wirkungen von Interventionen auf die soziale Integration und Anpassung* (Schulerfolg, Beruf, Bewältigung von Entwicklungsaufgaben) der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen;
- zur Wirksamkeit (*sonder- bzw. heil-)pädagogischer Interventionen* für die untersuchten psychischen Störungen;
- zur *Nachhaltigkeit positiver Therapieeffekte* und zu *nicht-intendierten (Neben-)Wirkungen* oder auch *negativer Effekte* von Interventionen;
- zur Wirksamkeit von verschiedenen *Präventionsstrategien* psychischer Störungen;
- zu geeigneten Interventionen für *Kinder im Vorschulalter*.

Ausblick

Weiterführende Studien bzw. Analysen würden sich in folgenden Bereichen (vgl. Wissenslücken) empfehlen:

- mittel- und langfristige Wirkungen von Interventionen auf die soziale Integration von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen,
- erfolgsversprechende Präventions-Strategien für psychische Störungen bei der Zielgruppe,

- Best Practices der Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Studium nationaler und internationaler Programme).

Résumé

Situation actuelle

Depuis quelques années, en Suisse, le nombre total de nouvelles rentes AI est en recul, mais les jeunes adultes font exception à la tendance générale. En effet, le groupe des assurés de 18 à 25 ans présentant des troubles psychiques affichait encore une augmentation du nombre de nouvelles rentes ; cette tendance ne s'est stabilisée qu'en 2013. On constate également – et c'est préoccupant – qu'un grand nombre de ces assurés touchent une rente AI entière, et qu'il est rare qu'ils cessent de la percevoir par la suite. Pourtant, à en croire les milieux spécialisés, il n'est pas inéluctable que des troubles psychiques survenant pendant l'enfance évoluent en une invalidité précoce, à condition que les personnes touchées bénéficient rapidement d'un traitement approprié. Compte tenu d'une telle évolution, l'AI accorde une grande importance à l'encouragement ininterrompu de l'insertion scolaire et professionnelle des mineurs et des jeunes adultes ayant présenté des troubles intellectuels ou psychiques dès leur plus jeune âge.

L'encouragement de l'insertion professionnelle de ce groupe cible nécessite, outre des mesures médicales optimales, des mesures d'ordre professionnel appropriées. L'AI a par conséquent tout intérêt à disposer de connaissances scientifiquement fondées sur l'efficacité de cet ensemble de prestations. L'objectif de la présente étude était donc de passer en revue la littérature consacrée aux méthodes diagnostiques et thérapeutiques appliquées en Suisse et à l'étranger, pour inventorier celles qui sont fondées sur des preuves scientifiques et dont l'efficacité est démontrée, tant pour l'amélioration des symptômes que dans l'optique d'une insertion professionnelle durable des mineurs et des jeunes adultes présentant des troubles psychiques. Concrètement, cette étude traite des cinq questions de recherche suivantes :

- 6) Quelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques doivent être appliquées (seules ou en combinaison avec d'autres) à quel groupe d'âge pour un type de troubles donné ?
- 7) Existe-t-il, pour les troubles en question et pour les groupes d'âge qui nous intéressent, des lignes directrices en matière de diagnostic et de thérapie reconnues au niveau national et international et fondées sur des preuves scientifiques ? Y a-t-il des différences entre les directives des diverses organisations professionnelles nationales ?
- 8) Quelles méthodes thérapeutiques (appliquées seules ou en combinaison avec d'autres) s'avèrent efficaces pour le groupe d'âge et pour les troubles considérés, tant d'un point de vue clinique que dans l'optique des résultats scolaires et de l'insertion professionnelle ?
- 9) Y a-t-il un moment optimal pour le diagnostic et le traitement ?
- 10) Dans quelle mesure la littérature présente-t-elle encore des lacunes qui empêchent de répondre aux questions 1 à 4 ?

Méthodologie

Niveaux d'analyse

L'étude aborde ces questions en distinguant trois niveaux d'analyse :

- *Diagnostic* : ce niveau comprend les procédures et les instruments de l'instruction, ainsi que le diagnostic des maladies psychiques dans les groupes d'âge retenus (des jeunes enfants aux jeunes adultes).

- *Traitement ou intervention* : le traitement des pathologies choisies devrait englober aussi bien des mesures strictement médicales (par ex. psychothérapie ou pharmacothérapies) que des interventions psychosociales au sens large (par ex. conseil aux parents ou entraînement des parents en cas de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH] en âge scolaire).
- *Effets* : les traitements médicaux devraient répondre idéalement aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE). Pour des raisons financières, la présente étude met l'accent sur l'efficacité des traitements et des interventions examinés. Elle fait également une distinction entre effets cliniques au sens strict et effets psychosociaux : les premiers se réfèrent aux modifications des symptômes (d'une maladie donnée), les seconds aux modifications du comportement social et de l'intégration des patients.

Troubles psychiques retenus

Un groupe de travail de l'OFAS a entrepris un classement des codes d'infirmité AI en fonction des diagnostics CIM pour sélectionner ensuite les pathologies que l'étude devait prendre en considération. Il a retenu les troubles suivants : dépression, troubles anxieux, troubles compulsifs, troubles de la personnalité, troubles du langage et pathologies affectant d'autres facultés, troubles du spectre autistique, TDAH.

Principaux éléments de l'étude

Les principaux éléments de l'étude ont été les suivants :

- 4) *Recherche bibliographique générale* sur les pratiques établies en matière de diagnostic et de traitement : les sources utilisées pour le traitement des questions relatives aux méthodes diagnostiques et thérapeutiques appliquées (cf. question de recherche 1) ainsi qu'aux lignes directrices en matière de diagnostic et de thérapie reconnues et fondées sur des preuves scientifiques (cf. question de recherche 2) sont tirées de la littérature spécialisée axée sur la pratique : (a) ouvrages didactiques récents des domaines de la psychiatrie pour enfants et adolescents et de la pédiatrie et (b) lignes directrices actuelles, reconnues et publiées (Allemagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et pays scandinaves).
- 5) *Recherche bibliographique systématique* sur l'efficacité des interventions et sur le moment optimal pour le diagnostic et le traitement : les questions sur l'efficacité des interventions (question de recherche 3) ainsi que sur la planification optimale du diagnostic et du traitement (question de recherche 4) ont été traitées dans le cadre d'une recherche bibliographique systématique se servant des banques de données de la littérature scientifique. Basée sur une stratégie clairement définie, cette recherche a englobé des études ponctuelles, des méta-analyses et des revues systématiques publiées dans des revues scientifiques pratiquant une évaluation par les pairs. Les banques de données médicales et économiques utilisées sont Medline, PsycInfo, EconLit, ERIC. Les références identifiées ont fait l'objet d'un premier tri, en fonction de critères précis ; une grille d'analyse structurée a permis ensuite de procéder à une sélection définitive des publications (corpus de l'étude).
- 6) *Entretiens avec des experts* : la présente étude devait dûment tenir compte de la pratique en Suisse. A cette fin, des entretiens semi-directifs ont été menés avec six experts, dont quatre sont actifs en Suisse alémanique et deux en Suisse romande¹⁰. Il s'agit de médecins spécialistes du domaine de la psychiatrie pour enfants et adolescents et de la pédiatrie, qui effectuent

¹⁰ Il n'a pas été possible de recruter un spécialiste venant du Tessin.

des expertises pour un SMR ou qui exercent leur activité dans une institution de pédopsychiatrie. Les entretiens ont porté sur les instruments de diagnostic utilisés en Suisse, l'application des lignes directrices en matière de traitement, ainsi que sur les différences de pratique entre régions linguistiques. Enregistrés, puis retranscrits, ils ont ensuite été exploités sous l'angle de l'analyse qualitative de contenu.

Résultats

Lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement

Généralités

L'intention était de présenter les lignes directrices suivies dans différents pays. Mais les recherches ont montré que seuls quatre pays rendent leurs recommandations accessibles sur Internet : l'Allemagne (AWMF)¹¹, la Grande-Bretagne (NICE)¹², les Etats-Unis (AACAP)¹³ et, en partie, la France (HAS)¹⁴. Aucune donnée accessible ou publiée en langue anglaise n'a pu être identifiée pour les Pays-Bas et les pays scandinaves.

Les lignes directrices allemandes, étant les plus exhaustives, ont servi de point de référence pour l'analyse comparative ; elles sont présentées sous une forme condensée. Celles des autres pays (Grande-Bretagne, Etats-Unis et France) sont commentées en fonction de leur degré de concordance avec les lignes directrices allemandes. On observe, de façon générale, une forte analogie entre les recommandations publiées dans les différents pays, tant en matière de diagnostic que de traitement. Des différences mineures apparaissent au sujet de certaines pathologies. Mais pour le reste, il s'agit surtout de différences formelles concernant la présentation (textes, schémas d'arbres décisionnels, outils interactifs basés sur Internet) et le volume des documents, leur mise à jour et le degré auquel ils traitent les pathologies considérées.

Lignes directrices en matière de diagnostic

Seules les lignes directrices de la DGPPN¹⁵ et de la DGKJP¹⁶, dans l'espace germanophone, proposent un diagnostic très détaillé et une évaluation des instruments utilisés à cette fin au sujet des *troubles spécifiques du langage* chez les enfants et les adolescents. Par contre, aucune ligne directrice accessible de Grande-Bretagne, des Etats-Unis ou de la France ne traite ce sujet.

Concernant les *troubles anxieux*, les *troubles spécifiques de l'articulation*, les *troubles du développement sévères (autisme)* et les *TDH*, les lignes directrices allemandes (AWMF) fournissent une documentation détaillée en matière de diagnostic, mais elle n'ont pas été actualisées récemment (elles ne sont plus en vigueur). En revanche, les directives britannique et américaine esquissent dans l'ensemble les mêmes étapes diagnostiques que les directives allemandes.

Le diagnostic des *troubles compulsifs* est également documenté en détail dans les lignes directrices de la DGPPN. Les recommandations émises ne concernent toutefois pas spécifiquement les enfants et les adolescents, à la différence de celles de Grande-Bretagne et des Etats-Unis.

Les directives allemandes sur le diagnostic des *dépressions* survenant pendant l'enfance ou l'adolescence ont une portée plus limitée, du fait qu'elles contiennent uniquement des recommanda-

¹¹ AWMF : Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

¹² NICE : National Institute for Health and Care Excellence

¹³ AACAP : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

¹⁴ HAS : Haute Autorité de Santé

¹⁵ DGPPN : Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

¹⁶ DGKJP : Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

tions relatives aux patients adolescents et adultes. Cela tient notamment au consensus qui règne dans la branche, selon lequel l'établissement d'un diagnostic de dépression est difficile chez les enfants et qu'on peut s'interroger sur le sens de cette démarche. Certes, le NICE a des lignes directrices en la matière et qui concernent les enfants et les adolescents, mais là non plus, la procédure de diagnostic n'est pas documentée concrètement.

Au sujet des *troubles de la personnalité*, il n'existe que quelques rares recommandations en matière de diagnostic, tant dans l'espace germanophone que dans l'espace anglo-saxon.

Lignes directrices en matière de traitement

Les lignes directrices allemandes les plus récentes en matière de traitement concernent les *troubles compulsifs*. Elles contiennent des recommandations détaillées qui recoupent celles du NICE et de l'AACAP. Celles concernant la *dépression* sont aussi relativement récentes, mais souffrent d'une lacune. Cela a déjà été observé en diagnostic (voir supra), ces recommandations ne portent pas sur les enfants de moins de 8 ans. Les recommandations allemandes sont similaires à celles de Grande-Bretagne (NICE).

Pour tous les autres troubles considérés dans ce rapport, les lignes directrices allemandes ne sont plus en vigueur. Cela ne signifie pas pour autant que leur contenu soit obsolète. Ainsi, pour les *TDH*, elles donnent des recommandations en matière de traitement qui recoupent celles des directives du NICE et de l'AACAP. Au sujet des *troubles anxieux* (trouble panique, troubles anxieux généralisés), elles abordent également de manière complète le traitement des enfants et des adolescents ; elles recoupent celles du NICE, à ceci près qu'elles ne contiennent pas d'indications spécifiques sur la phobie sociale (*social anxiety*). Pour l'*autisme*, les recommandations allemandes en matière de traitement sont également très détaillées. Elles sont identiques à celles de l'AACAP (Etats-Unis) en ce qui concerne la procédure et les interventions, et elles présentent de légères différences par rapport à celles du NICE (Grande-Bretagne) et de la HAS (France), pour ce qui est des thérapies. Les recommandations allemandes au sujet des *troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation* et des *troubles spécifiques du développement du langage* sont également formulées de façon détaillée, mais elles ne sont plus en vigueur. C'est d'autant plus remarquable qu'il n'existe encore aucune directive, dans les autres pays, concernant le traitement de ce groupe de pathologies. S'agissant du traitement des *troubles de la personnalité*, en revanche, il y a moins de différences entre les recommandations des divers pays considérés (les directives allemandes ne sont plus en vigueur) ; seules celles du NICE abordent le niveau du traitement, en étant complètes, à jour et disponibles ; elles contiennent des dispositions distinctes au sujet du trouble antisocial de la personnalité (*antisocial personality disorder*) et du trouble de la personnalité borderline (*borderline personality disorder*). Les recommandations allemandes n'opèrent pas de distinctions entre les types de troubles de la personnalité.

Utilisation en pratique

Indépendamment de l'institution (SMR¹⁷ ou PEA¹⁸) dont proviennent les spécialistes interrogés, les exigences particulières que posent l'instruction des cas d'enfants et d'adolescents et leur traitement sont perçues de façon très semblable. En raison de la variabilité des symptômes due à l'évolution de la maladie, le diagnostic est considéré comme un acte complexe qui exige des médecins une grande expérience. La collaboration entre le médecin traitant et l'enfant (ou l'adolescent), ainsi qu'entre le médecin traitant et les parents est essentielle pour la réussite du traitement.

¹⁷ SMR : services médicaux régionaux

¹⁸ PEA : Institutions de psychiatrie d'enfants et d'adolescents

Les PEA appliquent en partie les lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement pour leur utilité pratique, sans toutefois les considérer comme impératives. En revanche, il semble que les spécialistes des SMR suivent plus systématiquement les lignes directrices, notamment pour définir les pathologies et évaluer l'adéquation ou la nécessité des mesures thérapeutiques préconisées. Les lignes directrices de l'AWMF sont bien connues ; celles du NICE le sont aussi, mais d'un nombre de personnes plus restreint.

Les experts s'accordent à dire qu'il existe en Suisse des différences entre les régions linguistiques au niveau de la procédure d'instruction et du diagnostic. En Suisse romande, par exemple, la tradition psychanalytique est encore dominante dans la psychiatrie. Ils s'accordent également sur le fait que les *différences* entre médecins traitants ou experts particuliers, ou entre *cultures institutionnelles* particulières, jouent un rôle au moins aussi important dans les modalités organisationnelles concrètes de l'instruction, du diagnostic et du traitement.

Efficacité des interventions

Selon les pathologies considérées, la *preuve scientifique* de l'efficacité des interventions est d'ampleur très variable, mais on trouve pour tous les types de troubles un corpus d'études scientifiques (études ponctuelles et revues systématiques) portant sur l'évaluation des différentes formes d'intervention. Celles qui ont été le plus souvent examinées sont les interventions psychothérapeutiques et pharmacothérapeutiques, et les données disponibles relatives aux interventions psychosociales sont en augmentation. Quand il est question de psychothérapie, il s'agit principalement d'approches ou de modules thérapeutiques spécifiques à un trouble particulier et se référant aux principes de la thérapie cognitivo-comportementale.

Une forte proportion d'évaluations s'attache en premier lieu à l'efficacité des interventions sous l'angle de leurs *effets cliniques*, autrement dit aux modifications des symptômes. Seul un petit nombre d'études s'attarde également sur ce que l'on appelle les *effets psychosociaux*, par quoi on désigne généralement des aptitudes relativement simples à mesurer comme l'adaptation sociale, évaluée par la personne elle-même ou par des tiers à l'aide d'échelles médicales standardisées, ou certaines compétences sociales. Par contre, très peu d'études analysent les effets (au sens large) des interventions sur la *performance des patients dans divers contextes sociaux*, en particulier à l'école (cf. résultats scolaires, notes) ou au travail et sur le plan professionnel (cf. activité lucrative sur le marché primaire de l'emploi, situation professionnelle, etc.).

Dépression : les résultats des études et revues systématiques attestent l'efficacité clinique de la *psychothérapie* et de la *pharmacothérapie* en monothérapie ; les résultats de la *combinaison des deux approches* semblent encore meilleurs. Les publications qui examinent et établissent l'efficacité psychosociale de la psychothérapie ne sont que peu nombreuses. La dimension psychosociale est alors définie par la qualité des relations sociales évaluée par les jeunes patients eux-mêmes, par leurs parents ou leurs enseignants. Le corpus ne contenait aucune étude sur les effets des interventions en termes de réussite scolaire ou professionnelle.

Troubles anxieux : l'efficacité de la *psychothérapie* (généralement une approche comportementale) et de la *pharmacothérapie* en monothérapie est bien établie, et les résultats de la *combinaison des deux approches* (pour les troubles sévères) semblent encore meilleurs. L'efficacité d'autres formes d'interventions psychosociales (par ex. la psychoéducation) est plus difficile à évaluer, du fait que les études prises en compte ne les analysent pas en tant que telles, mais intégrées dans un train de mesures ou en combinaison avec d'autres interventions psychothérapeutiques. Les études du corpus qui examinent d'autres dimensions psychosociales que l'amélioration des symptômes sont mi-

noritaires ; leur objet est généralement le fonctionnement social dans son ensemble et la qualité de vie du groupe cible.

Troubles compulsifs : l'efficacité de la *psychothérapie* et de la *pharmacothérapie* est bien attestée. Même si toutes les études n'ont pas pu l'établir, la combinaison des deux approches semble plus efficace qu'une monothérapie. Aucune des études retenues ne montre d'autres effets d'ordre psychosocial que l'amélioration des symptômes.

Troubles de la personnalité : la majorité des études sélectionnées ont analysé l'efficacité des diverses *approches psychothérapeutiques*, en particulier des variantes de la thérapie cognitivo-comportementale. Ces méthodes ont montré des effets positifs. La *pharmacothérapie* est plus controversée : il semble que les groupes de médicaments examinés permettent d'obtenir des améliorations pour certains symptômes des troubles de la personnalité, mais pas pour tous. Les études mettent l'accent sur les améliorations au niveau des symptômes ou de la psychopathologie. Si l'on examine également des effets d'ordre psychosocial, ce n'est généralement qu'au moyen d'échelles mesurant l'adaptation sociale d'une manière non spécifique.

Troubles du langage et pathologies affectant d'autres facultés : l'efficacité clinique des *traitements logopédiques* est bien attestée. Les interventions réalisées par les parents s'avèrent aussi efficaces que celles des thérapeutes spécialisés. Les études considérées n'ont pas traité explicitement *l'instruction et le conseil* destinés aux personnes de référence, qui jouent un rôle de premier plan dans le cas d'enfants en bas âge ayant des troubles de l'articulation. Le corpus ne contient pas d'études qui traitent des effets des interventions sur le groupe cible, en termes de réussite scolaire ou professionnelle, par exemple.

Autisme : l'efficacité clinique et psychosociale des *méthodes psychothérapeutiques* est bien démontrée, y compris lorsque celles-ci sont appliquées pour traiter des mineurs (de la prime enfance à l'âge de 18 ans). La plupart des publications *ne font pas de distinctions* entre les différents types de trouble du spectre autistique. L'efficacité clinique et psychosociale des interventions réalisées par les parents et de celles réalisées dans le cadre scolaire est également attestée. Parmi les études du corpus, rares sont celles qui évaluent la *pharmacothérapie* en monothérapie, la plupart concentrent leur analyse sur l'efficacité clinique et psychosociale. Les dimensions psychosociales évaluées sont la capacité d'interaction (notamment la communication), le comportement social, les compétences linguistiques et l'attitude dans le jeu.

TDAH : les résultats des études et des revues systématiques attestent l'efficacité clinique de la *pharmacothérapie* en monothérapie ou en *combinaison* avec des interventions psychothérapeutiques ou psychosociales auprès des enfants en âge scolaire. D'après une majorité des études sélectionnées, la *psychothérapie* en monothérapie s'avère efficace. Il semble toutefois que les approches psychothérapeutiques soient plus efficaces lorsqu'elles sont combinées avec d'autres types d'intervention. De façon générale, la combinaison d'interventions différentes aboutit à des résultats particulièrement prometteurs. Le recours à des *interventions psychosociales*, en particulier l'intervention des parents, est important dans le traitement des TDAH. De nombreuses études ont également analysé l'efficacité psychosociale des interventions. Les résultats concordent avec ceux de l'efficacité clinique.

Détection et intervention précoces

La question du moment optimal pour le traitement de troubles psychiques est traitée dans la littérature spécialisée principalement en lien avec deux thèmes, la détection et l'intervention précoces. De nombreuses études traitent également, dans ce domaine, de l'efficacité des stratégies de prévention. Les textes du corpus ne donnent pas d'indications précises sur l'âge auquel il serait optimal de

traiter tel ou tel type de troubles. Mais il y a consensus, en revanche, sur le fait que des mesures de prévention primaire et secondaire ont des chances d'empêcher le développement complet des troubles psychiques. La recherche est toutefois moins avancée dans ces domaines qu'en matière d'efficacité des interventions (voir supra). Aucune publication traitant ce thème n'a pu être identifiée à propos des troubles compulsifs et des troubles du langage.

La plupart des études concernant les *troubles affectifs* analysent l'efficacité des programmes de prévention qui visent les enfants et les adolescents. Qu'ils soient universels, sélectifs et/ou indiqués, ces programmes s'inspirent généralement de l'approche cognitivo-comportementale. Leur efficacité n'est toutefois pas entièrement démontrée.

Les études ayant trait aux *troubles anxieux* analysent les instruments de *détection* précoce, les mesures et les programmes d'*intervention* précoce ou la *combinaison* de la détection et de l'intervention. L'efficacité des programmes d'intervention précoce, qui présentent souvent des éléments de thérapie cognitivo-comportementale, est jugée très bonne.

L'efficacité des programmes d'intervention précoce et de la combinaison de la détection et de l'intervention précoces qui ciblent les *troubles de la personnalité* en utilisant des approches thérapeutiques établies est également bien attestée.

S'agissant des *troubles du spectre de l'autisme*, les programmes d'intervention précoce qui mettent l'accent sur un entraînement des parents, tout comme ceux qui sont réalisés en contact étroit avec les enfants et qui sont axés sur leurs besoins, semblent obtenir de bons résultats.

S'agissant du *TDHA*, l'entraînement des parents montre des résultats prometteurs lorsqu'il est intégré dans un programme d'intervention précoce mis en place pour les enfants en bas âge et en âge préscolaire.

Conclusions

Des lacunes de connaissances

Les recherches bibliographiques ont permis d'identifier certaines lacunes de connaissances ainsi que des thématiques encore insuffisamment analysées. Il s'agit des points suivants :

- les *effets à moyen et long terme des interventions sur l'intégration sociale et la capacité d'adaptation* (en termes de réussite scolaire, de profession, d'accomplissement des tâches propres à la phase de développement) des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques ;
- l'effectivité des interventions (sonder- und heilpädagogisch) pour les troubles psychiques analysés ;
- la *durabilité des effets positifs des thérapies* et les *effets (secondaires) inattendus* ou même les *effets négatifs* de certaines interventions ;
- l'efficacité de diverses *stratégies* en faveur de la prévention des troubles psychiques ;
- les interventions adaptées aux *enfants en âge préscolaire*.

Perspectives

Il serait souhaitable de procéder à des études ou à des analyses plus poussées dans les domaines suivants (correspondant aux lacunes de connaissances identifiées) :

- les effets sur l'intégration sociale à moyen et long terme des interventions auprès d'enfants et d'adolescents présentant des troubles psychiques ;

- les facteurs de réussite (considérés du point de vue des groupes cibles) des stratégies visant la prévention des troubles psychiques ;
- les bonnes pratiques de la prévention de troubles psychiques chez les enfants et les adolescents (étude portant sur des programmes nationaux et internationaux).

Riassunto

Contesto

Da alcuni anni, in Svizzera il numero di nuove rendite dell'assicurazione invalidità (AI) è complessivamente in calo. Fa eccezione a questa tendenza il gruppo di età costituito dai giovani adulti. Per gli assicurati tra i 18 e i 25 anni affetti da disturbi psichici il numero di nuove rendite ha infatti registrato una crescita costante, stabilizzandosi solo nel 2013. Un'altra constatazione preoccupante è che gli assicurati di questo gruppo di età che beneficiano di una rendita intera dell'AI riescono solo di rado ad uscire dal sistema delle rendite. Gli esperti non ritengono tuttavia che debba necessariamente sorgere un'invalidità precoce in seguito a disturbi psichici nell'infanzia, se gli interessati ricevessero tempestivamente un trattamento adeguato. Considerando in particolare l'evoluzione descritta in precedenza, per l'AI è importante promuovere durevolmente l'integrazione scolastica e professionale dei minorenni e dei giovani adulti affetti da disturbi psichici e cognitivi della (prima) infanzia.

Per il gruppo target in esame, tale promozione richiede non solo provvedimenti sanitari ottimali, ma anche provvedimenti professionali adeguati. Per l'AI è pertanto fondamentale poter disporre anche di conoscenze scientificamente consolidate sull'efficacia di questa gamma di provvedimenti. Occorreva dunque indicare, nel quadro di uno studio bibliografico, le procedure diagnostiche nazionali e internazionali nonché i metodi terapeutici, che, sulla base di prove scientifiche, sono efficaci non solo per il miglioramento della sintomatologia, ma anche in vista dell'integrazione professionale duratura dei minorenni e dei giovani adulti affetti da malattie psichiche. Concretamente, il presente studio ha trattato le cinque serie di domande seguenti:

- 11) Quali procedure diagnostiche e quali metodi terapeutici (singoli o combinati) occorre applicare per quale disturbo presso quale gruppo di età?
- 12) Esistono direttive riconosciute a livello nazionale e internazionale, e scientificamente provate, in materia di diagnostica e terapia per determinati disturbi presso il gruppo target in esame? Vi sono differenze tra le direttive delle diverse associazioni nazionali?
- 13) Quali metodi terapeutici (singoli o combinati) sono efficaci presso il gruppo target e per disturbi specifici, sia dal punto di vista clinico che nella prospettiva del successo scolastico e dell'integrazione professionale?
- 14) Vi è un momento ottimale per la diagnosi e il trattamento delle patologie in esame?
- 15) In che misura esistono ancora lacune nella letteratura specialistica che non consentono di rispondere alle domande precedenti (1–4)?

Metodo

Livelli di analisi

Considerando le domande poste, lo studio presenta tre livelli di analisi:

- *Diagnostica*: si tratta della procedura e degli strumenti di accertamento nonché della diagnosi di malattie psichiche presso i gruppi target (dai bambini piccoli ai giovani adulti).
- *Trattamenti/Interventi*: il trattamento dei disturbi considerati deve essere inteso in una prospettiva ampia e tener conto sia dei provvedimenti sanitari in senso stretto (p. es. psicoterapia, farmacoterapia) che degli interventi psicosociali in senso lato (p. es. consulenza e/o formazione ai

genitori per i figli in età scolastica affetti da un disturbo da deficit di attenzione e iperattività [ADHD]).

- *Effetti*: idealmente, i trattamenti medici dovrebbero essere valutati in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità. Nel quadro del presente studio, per motivi economici si è posto l'accento sul criterio di efficacia. Per considerare l'efficacia dei trattamenti e degli interventi esaminati, si è inoltre proceduto a una distinzione tra risultati «clinici» in senso stretto e «psicosociali»: i primi si riferiscono alle variazioni sintomatiche (di una determinata malattia), mentre i secondi ai cambiamenti intervenuti a livello del comportamento sociale e dell'integrazione.

Disturbi psichici considerati

Un gruppo di lavoro dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha classificato i diversi codici d'infermità AI in base al sistema diagnostico ICD, per poi selezionare i disturbi da considerare. Si tratta delle otto patologie seguenti: depressione, ansia, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi della personalità, disturbi del linguaggio e disfunzioni parziali, disturbi dello spettro autistico e ADHD.

Elemento principali dello studio

Gli elementi principali dello studio sono i seguenti:

- 7) *Ricerca generale della letteratura scientifica* concernente le prassi consolidate di diagnostica e trattamento: le domande sulle procedure diagnostiche applicate e le terapie svolte (v. serie di domande 1) nonché quelle sulle direttive riconosciute e scientificamente provate per la diagnostica e le terapie (v. serie di domande 2) sono state trattate con l'aiuto di fonti di letteratura specialistica orientata alla prassi, in particolare: (a) libri di testo attuali dei settori della psichiatria infantile e dell'adolescenza nonché della pediatria; (b) direttive attuali, generalmente riconosciute e pubblicate (Germania, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Francia, Paesi Bassi, Paesi scandinavi).
- 8) *Ricerca sistematica della letteratura scientifica* concernente l'efficacia degli interventi e il momento ottimale per la diagnosi e il trattamento: le domande sull'efficacia degli interventi (v. serie di domande 3) nonché quelle sul momento ottimale per la diagnosi e il trattamento (v. serie di domande 4) sono state trattate nel quadro di una ricerca sistematica della letteratura scientifica contenuta nelle banche dati in materia. Svolta secondo una strategia ben definita, questa ricerca sistematica ha riguardato singoli studi, meta-analisi e revisioni pubblicate in riviste scientifiche in base a una procedura di revisione paritaria (*peer review*). Sono state consultate le banche dati seguenti (ambiti medico ed economico): Medline, PsycInfo, EconLit, ERIC. Gli studi pubblicati sono stati selezionati nel quadro di un processo a più livelli: le referenze individuate sono state sottoposte a un primo esame in funzione dei criteri scelti; le pubblicazioni selezionate definitivamente sono state infine registrate ed elaborate in base a una griglia di analisi strutturata.
- 9) *Interviste a esperti*: era necessario considerare la prassi svizzera nel suo contesto specifico. A tal fine, sono state svolte interviste guidate con sei esperti, provenienti rispettivamente dalla Svizzera tedesca (N=4) e dalla Svizzera romanda (N=2)¹⁹. A titolo di esperti sono stati coinvolti medici specialisti in psichiatria infantile e dell'adolescenza o in pediatria, attivi quali periti per un SMR²⁰ o presso un istituto di psichiatria infantile. Oggetto delle interviste sono stati gli strumenti diagnostici comunemente utilizzati in Svizzera, l'applicazione di direttive per il trattamento e le differenze nelle pratiche tra le regioni linguistiche. Le interviste agli esperti sono state registrate,

¹⁹ Non è stato possibile far partecipare esperti del Ticino.

²⁰ SMR: Servizio medico regionale

trascritte e successivamente esaminate secondo l'approccio metodologico dell'analisi qualitativa dei dati.

Risultati

Direttive per la diagnostica e il trattamento

In generale

Lo scopo dello studio era presentare diverse direttive nazionali. Dalle ricerche è però emerso che tali direttive sono generalmente accessibili in Internet solo nei casi di Germania (AWMF)²¹, Regno Unito (NICE)²², Stati Uniti (AACAP)²³ e in parte Francia (HAS)²⁴. Per i Paesi Bassi e i Paesi scandinavi non è stato possibile reperire direttive accessibili o pubblicate in inglese.

Considerata la grande mole di materiale disponibile, quale parametro di riferimento per il confronto sono state scelte le direttive tedesche della AWMF. Si è quindi proceduto alla loro compressione e rappresentazione, per poi commentare le direttive degli altri Paesi (p. es. Regno Unito, Stati Uniti e Francia) evidenziando in che misura queste coincidono con le raccomandazioni delle direttive tedesche o ne divergono. In generale, si può constatare che tra le direttive nazionali considerate sussistono notevoli analogie sia in materia di diagnostica che di trattamento; solo per alcuni disturbi si osservano minime differenze di contenuto. Più sostanziali sono invece le differenze formali relative alla presentazione (documenti di testo, rappresentazioni grafiche di alberi decisionali, strumenti interattivi online), al volume della documentazione, all'attualità e al grado di copertura dei disturbi.

Direttive per la diagnostica

Solo per l'area germanofona è disponibile una documentazione molto dettagliata sulla diagnostica di determinati *disturbi evolutivi del linguaggio* tra i bambini e i giovani nonché una valutazione degli strumenti di rilevazione, fornite dalle direttive vigenti delle DGPPN²⁵ e DGKJP²⁶. Per questi disturbi non sono invece disponibili direttive né del Regno Unito né degli Stati Uniti.

Per i *disturbi di ansia*, determinati *disturbi dell'articolazione*, gravi *disturbi dello sviluppo (autismo)* e l'*ADHD*, le direttive tedesche (AWMF) forniscono una documentazione dettagliata della diagnostica, che però non è aggiornata (le direttive non sono più in vigore). Tuttavia, le direttive in vigore nel Regno Unito (NICE) e negli Stati Uniti presentano sostanzialmente le stesse fasi diagnostiche di quelle tedesche.

Altrettanto approfondita è la documentazione della diagnostica per i *disturbi ossessivo-compulsivi* fornita dalle vigenti direttive della DGPPN. Va tuttavia rilevato che le raccomandazioni di queste direttive non si riferiscono specificamente ai bambini e ai giovani, come fanno invece quelle britanniche e quelle statunitensi.

Per quanto concerne la diagnostica della *depressione* nell'infanzia e nell'adolescenza, le direttive tedesche hanno una portata limitata, dato che presentano solo raccomandazioni per i giovani e gli adulti, ma non per i bambini. Questo è dovuto anche al fatto che gli specialisti sono concordi sulla difficoltà di emettere una diagnosi di depressione nell'infanzia e ne mettono in dubbio l'opportunità.

²¹ AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

²² NICE: National Institute for Health and Care Excellence

²³ AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

²⁴ HAS: Haute Autorité de Santé

²⁵ DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

²⁶ DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Sebbene nel Regno Unito sia in vigore una direttiva del NICE per i bambini e i giovani, neanche questa documenta concretamente la procedura diagnostica.

Anche per i *disturbi della personalità* sono disponibili solo pochissime raccomandazioni diagnostiche per l'adolescenza, tanto nell'area germanofona che in quella anglosassone.

Direttive per il trattamento

Le linee direttive tedesche più aggiornate in materia di trattamento riguardano i *disturbi ossessivo-compulsivi*. Queste contengono raccomandazioni terapeutiche dettagliate, che coincidono con quelle fornite dal NICE e dall'AACAP. Inoltre, sono relativamente attuali anche le raccomandazioni per il trattamento dei casi di *depressione*, che coincidono con quelle del NICE. Come già constatato per la diagnostica (v. sopra), però, anche in questo ambito esistono lacune relative ai bambini di età inferiore agli otto anni, che sono esclusi dalle raccomandazioni.

Per quanto concerne gli altri disturbi considerati nel presente studio, le direttive tedesche non sono più in vigore. Questo non significa però che siano superate: nel caso dell'*ADHD*, ad esempio, sono disponibili raccomandazioni terapeutiche approfondite della DGKJP, che continuano a coincidere con quelle aggiornate del NICE e dell'AACAP. Anche per i *disturbi di ansia* (panico, disturbo d'ansia generalizzata) le direttive tedesche summenzionate forniscono indicazioni dettagliate per il trattamento di bambini e giovani. Le raccomandazioni coincidono con quelle del NICE, che in aggiunta ha sviluppato anche una direttiva specifica per il trattamento della fobia sociale («social anxiety»). Le direttive tedesche propongono inoltre ampie raccomandazioni per l'*autismo*, prevedendo procedure e interventi identici a quelli indicati dalla statunitense AACAP, ma raccomandazioni terapeutiche leggermente diverse rispetto a quelle proposte dal NICE e dalla francese HAS. Le direttive tedesche non più vigenti restano esaustive anche per determinati *disturbi dell'articolazione* e certi *disturbi evolutivi del linguaggio*, il che è tanto più significativo se si pensa che per questo gruppo di disturbi al momento in nessun altro Paese sono disponibili direttive per il trattamento. Per quanto riguarda i *disturbi della personalità* esistono raccomandazioni per il trattamento meno differenziate; quelle tedesche non sono più valide. In questo ambito sono disponibili solo le direttive (molto complete) del NICE, che ha elaborato due documenti specifici, rispettivamente per il disturbo antisociale di personalità («antisocial personality disorder») e il disturbo borderline di personalità («borderline personality disorder»). Le raccomandazioni tedesche considerano invece i disturbi della personalità nel loro complesso, senza distinzioni ulteriori.

Impieghi nella prassi

Gli specialisti interpellati hanno mostrato di avere una percezione simile delle particolari *sfide* poste dall'accertamento e dal trattamento dei bambini e dei giovani, indipendentemente dall'ente presso il quale lavorano (SMR o istituto di psichiatria infantile). Data la variabilità dei sintomi legata allo sviluppo, la diagnostica è considerata complessa e richiede una vasta esperienza da parte dei medici. Affinché il trattamento sia efficace, è fondamentale una buona collaborazione sia tra i terapisti e i bambini/giovani sia tra i terapisti e i genitori. Gli specialisti intervistati che operano per i SMR rilevano inoltre ulteriori *sfide legate al sistema dell'AI* e alla sua struttura specifica, che incentiva a beneficiare di determinate prestazioni e fa sì che per gli assicurati sia più vantaggioso fatturare le spese per le cure mediche all'AI piuttosto che alla cassa malati. La conseguente pressione sull'AI per la riduzione dei costi determina quindi l'applicazione di regolamentazioni restrittive ai provvedimenti sanitari, che risultano di difficile attuazione e creano situazioni conflittuali tra gli assicurati e i medici curanti.

Le *direttive per la diagnostica e il trattamento* sono impiegate parzialmente dagli istituti di psichiatria infantile, che evidentemente le considerano utili, ma non vincolanti. Gli specialisti dei SMR sembra-

no invece basarsi maggiormente su di esse, in particolare per definire i disturbi e poter valutare l'adeguatezza e la necessità di provvedimenti terapeutici. Le direttive tedesche dell'AWMF sono ampiamente conosciute e in alcuni casi anche quelle del NICE.

Gli esperti concordano sul fatto che in Svizzera esistono *differenze a livello di regioni linguistiche* per quanto concerne la procedura di accertamento e la diagnostica, rilevando in particolare che nella Svizzera romanda si è radicata una tradizione di psicanalisi nella psichiatria. Vi è comunque ampio consenso anche sul fatto che sia le *differenze individuali* tra i singoli terapeuti o periti che le *filosofie istituzionali* sono quantomeno altrettanto significative ai fini dell'impostazione pratica degli accertamenti, della diagnostica e del trattamento.

Efficacia degli interventi

La presenza di *prove scientifiche* dell'efficacia degli interventi per i singoli disturbi appare molto differenziata. Per ogni disturbo è comunque disponibile un certo numero di studi scientifici (singoli studi e revisioni) su diversi tipi di interventi. L'analisi più frequente è stata quella condotta su interventi di psicoterapia e farmacoterapia, ma vengono svolti sempre più studi anche su altri interventi psicosociali (il numero varia a seconda del disturbo considerato). Per quanto riguarda la psicoterapia, spesso si tratta di approcci terapeutici propri al disturbo in questione o di moduli basati sui metodi della terapia cognitivo-comportamentale.

In generale, sono nettamente più numerose le analisi che mettono l'accento sull'efficacia degli interventi in termini di *risultati clinici* , ovvero sulle variazioni sintomatiche, mentre restano pochi gli studi che considerano anche i cosiddetti " *risultati psicosociali* ". In quest'ultimo caso, prevalgono parametri relativamente facili da misurare, quali la valutazione dell'adattamento sociale basata su un'apposita scala o la valutazione delle competenze sociali. Vi sono invece solo pochissimi studi che analizzano in un'ottica più ampia gli effetti degli interventi sulle *performance concrete in diversi contesti sociali* , in particolare a scuola (prestazioni scolastiche, voti) o in ambito professionale (p. es. impiego sul mercato del lavoro primario, posizione professionale).

Depressione: i risultati degli studi e delle revisioni considerati attestano l'efficacia clinica sia della *psicoterapia* che della *farmacoterapia* quali monoterapie; l' *associazione dei due approcci* sembra produrre risultati ancora migliori. Solo poche pubblicazioni esaminano anche l'efficacia psicosociale della psicoterapia, comprovandola. In questo contesto, la dimensione psicosociale è definita come la qualità delle relazioni sociali del gruppo target dal punto di vista del paziente, dei suoi genitori o degli insegnanti. Non è stato possibile reperire studi che analizzassero gli effetti degli interventi nell'ottica del successo scolastico e/o professionale del gruppo target.

Disturbi di ansia: l'efficacia sia della *psicoterapia* (*prevalentemente approcci di terapia comportamentale*) sia della *farmacoterapia* quali monoterapie è saldamente dimostrata; l' *associazione dei due approcci* sembra produrre risultati ancora migliori (nel caso di disturbi gravi). L'efficacia di altri *interventi psicosociali* (p. es. la psicoeducazione) è più difficile da valutare, poiché gli studi considerati la esaminano di regola non isolatamente, bensì nel quadro di un pacchetto di provvedimenti o in associazione a interventi di psicoterapia. Solo una minoranza degli studi analizza, oltre al miglioramento della sintomatologia, altre dimensioni psicosociali, che interessano prevalentemente il funzionamento sociale generale e la qualità di vita del gruppo target.

Disturbi ossessivo-compulsivi: l'efficacia sia della *psicoterapia* che della *farmacoterapia* risulta comprovata. La *terapia combinata* sembra dare esiti più favorevoli rispetto alla monoterapia, ma non tutti gli studi possono provarlo. Da nessuno degli studi considerati sono emersi altri effetti nei settori psicosociali oltre alle variazioni sintomatiche.

Disturbi della personalità: gli studi considerati analizzano per la maggior parte l'efficacia di diversi *approcci psicoterapeutici*, in particolare alcune varianti della terapia cognitivo-comportamentale, che hanno mostrato effetti positivi. La *farmacoterapia* è controversa: i gruppi di medicinali esaminati possono produrre miglioramenti solo in determinati settori della sintomatologia dei disturbi della personalità, ma non nel quadro generale. Gli studi pongono l'accento in particolare sui miglioramenti relativi alla sintomatologia e alla psicopatologia. Laddove si sono analizzati anche i risultati psicosociali, in generale si è proceduto sulla base di scale di adattamento sociale non specifiche.

Disturbi del linguaggio e disfunzioni parziali: l'efficacia clinica delle *terapie logopediche* è dimostrata in modo chiaro. Gli interventi effettuati dai genitori hanno la stessa efficacia di quelli svolti da terapisti specializzati. *L'informazione e la consulenza* alle persone di riferimento, particolarmente importanti nel caso di bambini piccoli con disturbi dell'articolazione, non erano (esplicitamente) oggetto degli studi in esame. Non è stato tuttavia possibile reperire studi che analizzassero gli effetti degli interventi nell'ottica, ad esempio, del successo scolastico e/o professionale del gruppo target.

Autismo: sia l'efficacia clinica che quella psicosociale delle *procedure di psicoterapia* sono saldamente comprovate per quanto concerne i pazienti in un'età compresa tra la prima infanzia e l'adolescenza (18 anni). La maggior parte delle pubblicazioni esaminate *non* distingue tra i diversi tipi di disturbo dello spettro autistico. Inoltre, sono attestate anche l'efficacia clinica e quella psicosociale degli *interventi legati ai genitori e alla scuola*. La *farmacoterapia* quale monoterapia è oggetto solo di pochi studi; la maggior parte di essi analizza sia l'efficacia clinica che quella psicosociale. Le dimensioni psicosociali valutate sono la capacità d'interazione (tra cui la comunicazione), il comportamento sociale, le competenze linguistiche e il comportamento ludico del gruppo target.

ADHD: i risultati degli studi e delle revisioni attestano l'efficacia clinica della *farmacoterapia quale monoterapia o quale terapia combinata* con altri interventi psicoterapeutici e psicosociali presso i bambini in età scolastica. La *psicoterapia* quale monoterapia risulta efficace nella maggior parte degli studi considerati, ma sembra che tali procedure siano più efficaci in associazione ad altri interventi. In generale, si è constatato che l'associazione di diversi interventi produce risultati particolarmente promettenti. Per il trattamento dell'ADHD sono importanti anche altri *interventi psicosociali*, in particolare quelli relativi ai genitori. Molti studi sul trattamento dell'ADHD hanno analizzato anche l'efficacia psicosociale degli interventi, con risultati che corrispondono a quelli sull'efficacia clinica.

Rilevamento e intervento tempestivi

È emerso che la questione del momento ottimale per il trattamento di disturbi psichici è trattata nella letteratura scientifica sostanzialmente nell'ambito di due tematiche: il rilevamento e l'intervento tempestivi. Inoltre, molti studi in materia affrontano anche questioni concernenti strategie efficaci per la prevenzione. La letteratura scientifica non fornisce dunque indicazioni sulla forma e sull'anno di età in cui un determinato disturbo andrebbe idealmente trattato. Vi è però consenso sul fatto che idealmente occorrerebbe evitare il pieno sviluppo di un disturbo psichico mediante provvedimenti di prevenzione primaria o secondaria. Nel complesso, tuttavia, gli studi disponibili in questi ambiti tematici sono meno numerosi di quelli sull'efficacia degli interventi menzionati in precedenza. Non è stato possibile reperire pubblicazioni adeguate sui disturbi ossessivo-compulsivi e su quelli del linguaggio.

La maggior parte degli studi sui *disturbi affettivi* analizza l'efficacia di programmi di prevenzione universale, selettiva e/o indicata presso i bambini e i giovani. L'efficacia di questi programmi, basati perlopiù su una terapia cognitivo-comportamentale, è però dimostrata solo parzialmente.

Per quanto riguarda i *disturbi di ansia*, gli studi esaminati trattano strumenti di rilevamento tempestivo, provvedimenti e/o programmi d'intervento tempestivo o la combinazione di rilevamento e inter-

vento tempestivi. L'efficacia dei programmi d'intervento tempestivo – che spesso includono elementi di terapia cognitivo-comportamentale – risulta comprovata.

Altrettanto vale per l'efficacia dei programmi d'intervento tempestivo e della combinazione di rilevamento e intervento tempestivi, in base ad approcci terapeutici consolidati, per quanto riguarda i *disturbi della personalità*.

Per i *disturbi dello spettro autistico* i programmi d'intervento tempestivo basati sull'allenamento dei genitori e i programmi svolti a stretto contatto con i bambini, in funzione dei bisogni, sembrano produrre buoni risultati.

Anche nei casi di *ADHD* l'allenamento dei genitori nel quadro di un programma d'intervento tempestivo condotto presso i bambini piccoli e quelli in età prescolare risulta promettente.

Conclusioni

Lacune conoscitive

In base all'analisi della letteratura specialistica sono state individuate alcune lacune conoscitive e tematiche per le quali i risultati disponibili sono ancora molto scarsi. Si tratta in particolare delle conoscenze in materia di:

- *effetti a medio e lungo termine degli interventi sull'integrazione e sull'adattamento sociale* dei bambini e dei giovani affetti da disturbi psichici (successo scolastico, professione, adempimento dei compiti dello sviluppo);
- *durevolezza degli effetti positivi delle terapie ed effetti (collaterali) non voluti o anche effetti negativi* degli interventi;
- efficacia di diverse *strategie di prevenzione* dei disturbi psichici;
- interventi adeguati per i *bambini in età prescolare*.

Prospettive

Sono auspicabili studi e analisi più approfonditi nei settori seguenti (v. lacune conoscitive):

- *effetti a medio e lungo termine degli interventi sull'integrazione sociale* dei bambini e dei giovani affetti da disturbi psichici;
- *strategie di prevenzione promettenti* per i disturbi psichici del gruppo target;
- *buone pratiche della prevenzione* di disturbi psichici tra i bambini e i giovani (studio di programmi nazionali e internazionali).

Summary

Background

Over the last few years, the number of new invalidity pension claims in Switzerland has declined. One exception to this trend concerns young adults. Among the insured persons with psychological disorders in the 18-25-year age group, the number of new pension claims continued to rise, and the trend only began to stabilize in 2013. It is alarming to note that many persons in this age group who are granted complete invalidity pensions (IV pensions) rarely cease drawing a pension. However, experts agree that psychological disorders in childhood ought not necessarily lead to the onset of early invalidity if those affected receive adequate treatment at an early stage. Especially in light of the above-mentioned trend, it is important for the invalidity insurance (IV) entity to promote the long-term educational and occupational integration of minors and young adults with intellectual and psychological disorders.

Promoting the occupational integration of this target group requires not only optimum medical measures, but also appropriate occupational ones. That is why it is essential for the IV entity to obtain sound scientific data on the effectiveness of the various measures available. Thus, through a study of the pertinent literature, the aim was to present the nationally and internationally recognized, evidence-based diagnostic procedures and therapeutic methods that, in addition to improving the symptoms, are also effective when it comes to the long-term occupational integration of minors and young adults with psychological illnesses. Specifically, the present study dealt with five fundamental questions:

- 16) Which diagnostic procedures and which therapeutic methods (applied either individually or in combination) should be used with which age group and for which disorder?
- 17) Do nationally and internationally recognized, evidence-based diagnostic and therapeutic guidelines exist for selected disorders of the target group in question? Are there differences between the guidelines published by different national medical bodies?
- 18) Which (individual or combined) therapeutic methods are effective – with the target group and for specific illnesses – both in clinical terms and in terms of educational success and occupational integration?
- 19) Is there an optimum time for the diagnosis and treatment of the illnesses being examined?
- 20) To what extent are there still gaps in the available literature that prevent us from answering the preceding questions (1-4)?

Methodology

Analytical levels

These questions resulted in three different analytical levels for the present study:

- *Diagnostics:* This concerns the approach taken and the tools for clarification used as well as the diagnosis of psychological illnesses in the target groups (infants to young adults).
- *Treatments/interventions:* The treatment of the selected clinical pictures should be broadly based, encompassing not only medical measures in the narrow sense (such as psychotherapy, pharmacotherapy), but also psychosocial interventions (e.g. counselling/training for parents of schoolchildren with ADHD).

- **Effects:** Ideally, medical treatments should be assessed in terms of their effectiveness, expediency and economic feasibility. For cost reasons, the present study focused primarily on effectiveness. When analysing the effectiveness of the treatments/interventions examined, the authors of the study differentiated between "clinical" outcomes (in the narrow sense) and "psycho-social" outcomes: the former refer to changes in the symptomatology (of a selected illness), while the latter refer to changes in social behaviour and integration.

Selected psychological disorders

A working group of the Federal Social Insurance Office assigned the IV infirmity codes to ICD diagnoses and subsequently selected the disorders of interest. The eight disorders in question are as follows: depression, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders (OCD), personality disorders, speech and specific developmental disorders, autism spectrum disorders, ADHD.

Central components of the study

The following were the central components of the study:

- 10) *General review of the literature* on established practices in the areas of diagnosis and treatment: The questions regarding the diagnostic procedures applied and the therapies carried out (cf. Question 1) and recognized, evidence-based diagnosis and therapy guidelines (cf. Question 2) were addressed using practice-oriented specialist literature, i.e.: (a) current text books on child & adolescent psychiatry and paediatrics; (b) current recognized guidelines published by medical authorities (in Germany, the UK, the USA, France, the Netherlands, Scandinavia).
- 11) *Systematic review of the literature* on the effectiveness of interventions and the optimum time for diagnosis and treatment: The questions concerning the effectiveness of interventions (Question 3) and the optimum time for diagnosis and treatment (Question 4) were addressed by means of a systematic review of the scientific literature in pertinent electronic databases. The systematic review of the literature was carried out using a clearly defined search strategy and covered individual studies, meta-analyses and reviews published in scientific journals that observe the peer-review principle. The following specialized medical and economics databases were used: Medline, PsycInfo, EconLit and ERIC. The published studies were selected in a multi-phase process. For instance, the identified references were subjected to criterion-oriented screening in order to select suitable studies. The publications ultimately chosen were then recorded and processed using a structured analytical matrix.
- 12) *Expert interviews:* The intention of the planned study was to give ample scope to practice in Switzerland. To this end, structured interviews were carried out with six experts from German-speaking Switzerland (N=4) and French-speaking Switzerland (N=2)²⁷. The experts were specialists from the fields of child & adolescent psychiatry or paediatrics who were either consultants for a regional medical service or active in a child psychiatric institution. The interviews centred around the diagnostic tools commonly used in Switzerland, the use of treatment guidelines as well as differences in practice between the country's different language regions. The expert interviews were recorded, transcribed and subsequently evaluated using the methodological approach of a qualitative content analysis.

²⁷ It was not possible to recruit experts from the Ticino region.

Results

Guidelines for diagnosis and treatment

General

The original intention was to describe the guidelines used in different countries. However, research revealed that guidelines are generally available online only for Germany (AWMF)²⁸, the UK (NICE)²⁹, the US (AACAP)³⁰ and, to a certain extent, for France (HAS)³¹. Neither in the Netherlands nor in Scandinavia was it possible to locate any guidelines that were either freely accessible or available in English.

In view of the sheer amount of material, the German AWMF guidelines were taken as a point of reference for the comparative analysis. The AWMF guidelines were processed and presented in condensed form, while the guidelines of the other countries (i.e. UK, USA, F) were commented on with regard to the extent to which they coincide with, or diverge from, the recommendations of the German guidelines. In general, there was a large degree of correspondence between the sets of national guidelines analysed, both as regards diagnostics and treatment. Minor differences in content were observable for certain clinical pictures. Of greater consequence are the formal differences as regards the mode of presentation (text documents, decision tree graphs, interactive web-based tools), the scope of documentation, currency of the information and the degree of overlap between the clinical pictures.

Diagnostic guidelines

As far as the specified *speech development disorders* in children and adolescents are concerned, only in Germany are the diagnostics documented in detail and the research tools assessed – namely in the guidelines of the DGPPN³²/DGKJP³³. By contrast, no British, American or French guidelines are available for this clinical picture.

The German AWMF guidelines document in detail the diagnosis of *anxiety disorders*, the specified *speech disorders*, serious *developmental disorders (autism)* and *ADHD*, but they are not up to date (guidelines no longer valid). However, the applicable British (NICE) and American guidelines broadly describe the same diagnostic steps as the German ones.

The diagnosis of *obsessive-compulsive disorders* is also thoroughly documented in the German DGPPN guidelines. However, the recommendations given in these guidelines are not specifically oriented to children and adolescents, as they are in the British and American guidelines.

The diagnosis of *depression* in children and adolescents is presented in a more limited way, with recommendations being made for adolescents and adults, but not for children. The reason for this lies in the prevailing medical view that it is difficult to properly diagnose depression in children – indeed, doubt is cast on the sense of such diagnoses. Although there are British guidelines (NICE) covering children and adolescents, they do not specifically document the diagnostic approach to be taken.

²⁸ AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

²⁹ NICE: National Institute for Health and Care Excellence

³⁰ AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

³¹ HAS: Haute Autorité de Santé

³² DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

³³ DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

With *personality disorders*, too, diagnostic recommendations for adolescents are only rare, both in Germany and the Anglo-American sphere.

Treatment guidelines

The most up-to-date German guidelines for treatment concern *compulsive-obsessive disorders*. They include detailed recommendations for therapy, which correspond to those of the NICE and AACAP. The treatment recommendations for *depression* are also relatively up-to-date. However, as was the case with diagnostics (see above), the guidelines make no recommendations for children below the age of eight. The recommendations are similar to those of the NICE.

For all other disorders documented in this report, the German guidelines are no longer valid. That does not mean, however, that they are largely outmoded. For instance, in the case of *ADHD*, the DGKJP has detailed recommendations for therapy that correspond with the latest NICE and AACAP guidelines. For *anxiety disorders* (panic disorders, generalized anxiety disorders), the German guidelines also include detailed information on the treatment of children and adolescents. These recommendations correspond to those of the NICE; however, the latter has also developed specific guidelines for the treatment of "social anxiety". In the case of *autism*, the recommendations for treatment given in the German guidelines are also comprehensive. The approach and interventions are identical with those of the AACAP, with slight differences discernible in the recommended therapies compared with the NICE and HAS guidelines. The German recommendations, which are no longer valid, also contain detailed information on the specified *speech disorders* and *language development disorders*. This fact is even more important given that the other countries have yet to formulate treatment guidelines for this group of disorders at all. For *personality disorders*, however, the recommendations for treatment are less sophisticated, and the German guidelines are no longer valid. Up-to-date, comprehensive guidelines for treatment are available only from the NICE, with specific sets of guidelines existing for the two phenomena "antisocial personality disorder" and "borderline personality disorder". By contrast, the German recommendations do not distinguish between different types of personality disorder.

Application in practice

Regardless of what sort of institution the experts interviewed work in (RMS³⁴/ICAP³⁵), they express similar views when it comes to the particular *challenges* faced in diagnosing and treating children and adolescents. Diagnosis is seen as a complex task given that the symptoms can vary with the subject's stage of development – that means that the doctors involved require a wide range of experience. The success of treatment hinges largely on good collaboration, both between the treating physician and the child/adolescent, and between the treating physician and the parents.

Guidelines for diagnosis and treatment are used by the ICAP on occasion and are viewed as helpful, but not binding. By comparison, the specialists of the RMS appear to adhere more closely to the guidelines, especially when defining clinical pictures and assessing the appropriateness/necessity of therapeutic measures. The specialists are aware of the German guidelines (AWMF) and, in some cases, of those published by the NICE.

The experts were unanimous in the opinion that *differences exist between the linguistic regions* of Switzerland when it comes to the clarification process and to diagnosis, mainly as regards the continuing dominance of the psychoanalytic tradition in psychiatry in the French-speaking region. But

³⁴ RMS: regional medical services

³⁵ ICAP: institutions for childhood and adolescent psychiatry

the experts were also more or less agreed that, beyond that, both *individual differences* in the person of the treating physician/expert and *institutional cultures* were at least as important for the specific design of the clarification, diagnosis and treatment process.

Effectiveness of interventions

The *scientific evidence* for the effectiveness of interventions varies with each individual clinical picture. However, for each disorder, there is already a solid foundation of scientific studies (individual studies and reviews) in which different types of intervention have been tested. The most frequently investigated interventions are psychotherapeutic and pharmacotherapeutic ones but, depending on the disorder, there is also an ever-growing body of studies for other psychosocial interventions. In the case of psychotherapy, the therapeutic approaches and modules used are often disorder-specific and based on the principles of cognitive behavioural therapy.

There is a strong preponderance of studies primarily directed towards gauging the effectiveness of interventions as regards *clinical outcomes*, that is to say in how they change the symptomatology. Far fewer studies also take account of what are known as *psychosocial outcomes*. In studies of this kind, parameters predominate that are relatively easy to measure – such as, in particular, the scale-based evaluation of social adjustment or the assessment of social skills. By contrast, very few studies examine, in a more holistic manner, the effects of interventions on the subject's specific *performance in different social contexts*, especially at school (academic performance, marks) or at work (e.g. employment in the primary labour market, occupational status, etc.).

Depression: The results of the studies/reviews document the clinical effectiveness of both *psychotherapy* and *pharmacotherapy* as monotherapies, while the *combination of these two approaches* appears to lead to even better outcomes. Only very few publications go on to examine and document the psychosocial effectiveness of psychotherapy. In this context, the psychosocial dimension is defined as the quality of the target group's social relationships, as viewed from the perspective of the patient, his/her parents or teachers. It was not possible to identify any studies that looked into the effects of interventions on aspects of the target group's success in the educational and/or occupational environment.

Anxiety disorders: The effectiveness of both *psychotherapy (usually behavioural therapy approaches)* and *pharmacotherapy* as monotherapies is well documented, while the *combination of both approaches* appears (in the case of severe disorders) to achieve even better outcomes. It is more difficult to assess the effectiveness of other *psychosocial interventions* (e.g. psychoeducation) as the relevant studies do not generally examine such interventions in isolation, but as part of a package of measures or in combination with psychotherapy. In addition to assessing improvement in the symptoms, only a minority of the studies examine other psychosocial dimensions, though these mostly concern the target group's quality of life and general ability to function socially.

Compulsive-obsessive disorders: The positive effect of both *psychotherapy and pharmacotherapy* is well documented. Although a *combination therapy* seems to be superior to monotherapy, this is not verified in all studies. Apart from an improvement in the symptoms, none of the studies selected revealed any further effects in psychosocial areas.

Personality disorders: The majority of the studies selected examine the effectiveness of different *psychotherapeutic approaches*, especially variants of cognitive behavioural therapy. These approaches show positive effects. *Pharmacotherapy* is more controversial. It appears that the groups of medicines examined can lead to an improvement in the personality disorder symptoms in isolated areas only, but not in the overall clinical picture. The studies focus on improvements in the symp-

toms or psychopathology. Where psychosocial outcomes are assessed at all, it is done in a relatively general manner using non-specific scales of social adjustment.

Speech and specific developmental disorders: The clinical effectiveness of *speech therapy* is well documented. Interventions carried out by the subject's parents are just as effective as those carried out by specialized speech therapists. Although much emphasis is placed on the *education and counselling* of those close to the patients, especially in the case of young children with speech disorders, this aspect was not dealt with (explicitly) in the studies. No studies could be located that examined the effects of interventions, e.g. on aspects of the target group's educational and/or occupational success.

Autism: Both the clinical and psychosocial effectiveness of *psychotherapeutic procedures* is well documented. This applies to all children, from infants up to adolescents (18-year-olds). The majority of publications *doesn't* make a distinction between different types of autism spectrum disorders. In addition, the clinical and psychosocial effectiveness of *parent-related and school-related interventions* has been demonstrated. *Pharmacotherapy* as a monotherapy is examined in only very few studies. The majority of studies examine both clinical and psychosocial effectiveness. Among the psychosocial dimensions evaluated are the target group's ability to interact (including communication skills), social behaviour, linguistic skills and play behaviour.

ADHD: The results of the studies/reviews document the clinical effectiveness in schoolchildren of *pharmacotherapy as a monotherapy or as a combination therapy* with other psychotherapeutic and psychosocial interventions. In the majority of the selected studies, *psychotherapy* is documented as being an effective monotherapy. It appears, however, that psychotherapeutic procedures are more effective in combination with other interventions. In general, the combination of different interventions delivers particularly promising results. Other *psychosocial interventions* are important in the treatment of ADHD, with most studies showing positive outcomes in particular for parent-related interventions. Many studies of the treatment of ADHD have also examined the psychosocial effectiveness of the interventions. The results correspond with the outcomes for clinical effectiveness.

Early identification and early intervention

It became apparent that, in the scientific literature, the question of the optimum time for the treatment of psychological disorders is dealt with mainly in relation to two topics: early identification and early intervention. Over and above that, many studies in this area deal with questions of effective prevention strategies. Thus, the literature does not provide information concerning the ideal age for treating certain disorders. Rather, there is a consensus that, ideally, primary and secondary preventive measures should be deployed to avoid the development of a full-blown psychological disorder in the first place. Overall, however, fewer studies deal with this topic than with the effectiveness of interventions (see above). It proved impossible to locate any suitable publications at all on compulsive-obsessive disorders and speech disorders.

The majority of the studies on *affective disorders* examine the effectiveness of universal, selective and/or indicated prevention programmes with children and adolescents. Most of these programmes are based on cognitive behavioural therapy. However, the effectiveness of these prevention programmes is documented in a small number of cases only.

In the case of *anxiety disorders*, the selected studies deal with the tools for early identification, early intervention measures/programmes or the combination of early identification/intervention. The effectiveness of the early intervention programmes, which often include elements of cognitive behavioural therapy, is assessed as being positive.

Also well documented is the effectiveness of early intervention programmes and the combination of early identification and intervention on the basis of established therapeutic approaches in the case of *personality disorders*.

In the case of *autism spectrum disorders*, good results appear to be achievable with early intervention programmes based on parental training as well as programmes carried out in close, needs-oriented contact with the children concerned.

With *ADHD* as well, parental training as part of an early intervention programme produces promising results in the case of infants and preschool children.

Conclusions

Knowledge gaps

An analysis of the literature revealed a number of knowledge gaps as well as certain topics for which findings are thin on the ground. These concern knowledge:

- of the *medium- to long-term effects of interventions on the social integration and adjustment* (educational success, occupation, dealing with developmental tasks) of children and adolescents with psychological disorders;
- on the effectiveness of (sonder- und heilpädagogische) interventions for the analysed psychological disorders;
- of the *sustainability of positive therapeutic effects* and of the *unintended (side) effects or negative effects* of interventions;
- of the effectiveness of various *prevention strategies* against psychological disorders;
- of suitable interventions for *preschool children*.

Outlook

Further studies/analyses are recommended in the following areas (see "Knowledge gaps"):

- the medium- and long-term effects on social integration of interventions for psychological disorders in children and adolescents,
- promising prevention strategies against psychological disorders in the target group,

best practice in the prevention of psychological disorders in children and adolescents (a study of national and international programmes).

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage, Problemstellung

Renten der Invalidenversicherung (IV), die aufgrund psychischer Erkrankungen der Versicherten gesprochen werden, haben in der Schweiz während vieler Jahre sowohl in absoluten Zahlen als auch relativ (in Bezug zur Gesamtzahl der Invaliditätsursachen) stark zugenommen (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 2013c). So betrug die durchschnittliche jährliche Zunahme in den Jahren 2000-2005 rund 8%; danach (zwischen 2006-2012) hat sie sich verringert, lag aber immer noch bei einer Wachstumsrate von rund 2%. Einzig bei den Neuberentungen aufgrund psychischer Behinderungen ist es in den letzten Jahren zu einer Stabilisierung der absoluten Zahlen gekommen. Allerdings sind diese Befunde auf dem Hintergrund zu betrachten, dass die Gesamtzahl der Neuberentungen sich im gleichen Zeitraum reduziert hat.

Eine besondere Bedeutung kommt bei diesem Phänomen des zunehmenden Stellenwerts früher psychischer Erkrankungen als Invaliditätsursache der Gruppe der jungen Erwachsenen zu. Wie eine Länder-Studie der OECD (OECD, 2014) für die Schweiz zeigt, hat die Zahl der Neuberentungen in der Schweiz bei den 18-24-Jährigen, entgegen dem allgemeinen Trend, zwischen 1995-2011 weiterhin deutlich zugenommen (4% bei den 18-19-Jährigen, 1% bei den 20-24-Jährigen). Diese Zunahme ist besonders dem Wachstum der Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen geschuldet.

Dieser soeben beschriebene Trend einer zunehmenden „Invalidisierung“ von Kindern und Jugendlichen scheint ein international beobachtetes Phänomen darzustellen, wie eine andere OECD-Studie zeigt (OECD, 2012). Besorgniserregend ist auch der Befund, dass viele Personen bereits im Alter zwischen 18 und 25 Jahren eine ganze IV-Rente erhalten und selten die Berentung wieder verlassen. Die Entwicklung einer frühen Invalidisierung aufgrund psychischer Störungen im Kindesalter wird jedoch von Fachleuten als nicht zwingend bewertet, wenn die Betroffenen frühzeitig eine adäquate Behandlung erhalten würden (Currie, Stabile, Manivong, & Roos, 2010; Fletcher, 2012).

Besonders auf dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklung ist die nachhaltige Förderung der schulischen und beruflichen Integration von Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit (früh-)kindlichen intellektuellen und psychischen Störungen für die IV wichtig. Denn Menschen mit psychischen Störungen sind auf dem Arbeitsmarkt oft besonders schlecht gestellt. Psychische Störungen können die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen durch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Fehlzeiten und die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren (Schuler & Burla, 2012). Die Betroffenen weisen eine niedrigere Erwerbsbeteiligung auf (Cornwell, Forbes, Inder, & Meadows, 2009; Frijters, Johnston, & Shields, 2010). Auch kann die berufliche Wiedereingliederung durch Stigmatisierung erschwert sein (Schuler & Burla, 2012). Deshalb ist die Förderung von beruflicher Integration bei Menschen mit psychischen Störungen zentral. Wissenschaftliche Studien legen den Nutzen von frühzeitigen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen für eine spätere berufliche Integration nahe (Currie et al., 2010; Fletcher, 2012). Dabei verlangt die Förderung der beruflichen Integration von Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen nicht nur optimale *medizinische Massnahmen* sondern auch geeignete *berufliche Massnahmen*.

Für die IV ist es deshalb wichtig, wissenschaftlich gesicherte Kenntnisse zur Wirksamkeit dieses Massnahmenspektrums zu erhalten, wobei besonders auch die schulische und berufliche Integration der Zielgruppe wichtige Erfolgskriterien darstellen. Es interessieren dabei sowohl diagnostische Verfahren als auch therapeutische Methoden (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie).

Ziel ist es daher, die nationalen und internationalen diagnostischen Verfahren und die therapeutischen Methoden aufzuzeigen, die auf wissenschaftlicher Evidenz basieren und im Hinblick auf eine nachhaltige berufliche Integration bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit psychischen Krankheiten wirksam sind.

Als häufigste psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Alter: 6-18 Jahren) erweisen sich aufgrund epidemiologischer Studien: die Angsterkrankungen (Prävalenzen: 2-11%, je nach Studie), Störungen des Sozialverhaltens/Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (2-8%), die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS (2-7%) und Depressionen (1-5%) (Rüesch & Maeder, 2010)³⁶. Für diese Erkrankungen liegen heute in der Fachwelt international anerkannte Leitlinien der Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen vor, welche auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen. In einer systematischen Literaturreview für die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich haben Rüesch & Mäder (2010) diese Befundlage zusammengetragen. Allerdings ist anzunehmen, dass bei den IV-Berentungen partiell eine andere Häufigkeitsverteilung der psychischen Störungsbilder vorliegt³⁷.

1.2 Zielsetzungen Fragestellungen

Das Hauptziel der vorliegenden Studie bestand in der Zusammenstellung nationaler und internationaler *diagnostischer Verfahren und therapeutischer Methoden* für Kinder im Vorschul- und Schulalter sowie für Jugendliche und junge Erwachsene mit (früh-)kindlichen psychischen Störungen im Rahmen einer *Literaturstudie*. Internationale Literatur aus den folgenden Ländern sollte berücksichtigt werden: aus Deutschland, Österreich, Dänemark, Frankreich, Holland, Grossbritannien, Italien, Norwegen, Schweden, Kanada und aus den USA. Insgesamt fünf Fragenkomplexe wurden bearbeitet:

Fragenkomplex 1: Welches diagnostische Verfahren und welche (individuelle oder kombinierte) therapeutische Methode wird in welcher Altersgruppe bei welcher Störung durchgeführt?

Fragenkomplex 2: Gibt es für die erwähnten Störungen im Vorschulalter, Schulalter, in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter national und international anerkannte und auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Leitlinien zur Diagnostik und zur Therapie? Gibt es gewisse Trends, Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in den Empfehlungen resp. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie für die erwähnten Störungen und Altersgruppen unter den untersuchten Ländern?

Fragenkomplex 3: Welche (individuellen oder kombinierten) therapeutischen Methoden sind bei den einzelnen Störungen auch im Hinblick auf eine nachhaltige berufliche Integration in den ersten Arbeitsmarkt für Kinder im Vorschul- und Schulalter, Jugendliche und junge Erwachsene wirksam?

Fragenkomplex 4: Gibt es gewisse Vorteile, die interessierenden Störungen im Kindesalter früher oder später zu diagnostizieren bzw. zu behandeln? Gibt es einen besseren Zeitpunkt für Diagnose und Behandlung bei den zu untersuchenden Krankheiten?

Fragenkomplex 5: Inwieweit bestehen noch Lücken in der Literatur, um die Fragen zu beantworten? Welche Quellen können zur Beantwortung der noch zu klärenden Fragen herbeigezogen werden?

³⁶ In einer aktuellen Übersichtsarbeit (Perou, Bitsko, & Blumberg, 2013) zur Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den USA werden neben den oben erwähnten Störungen auch Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen), Autismus-Spektrum-Störungen und Tic-Störungen als vergleichsweise häufig bewertet.

³⁷ U.a. wegen einer breiteren Altersspanne die interessiert und auch junge Erwachsene einbezieht. Zu beachten ist auch, dass die epidemiologischen Studien i.d.R. alle Fälle einer Altersgruppe umfassen, also auch unbehandelte. Bei der IV hingegen treffen wir auf Personen, die grösstenteils schon medizinische Behandlungen in Anspruch genommen haben und schon im Versorgungssystem aufgetaucht sind.

2 Methodik

2.1 Studienkonzept

Die zentralen Themenfelder der vorliegenden Studie lassen sich grafisch strukturieren, wie dies in **Abbildung 1** vorgenommen wurde. Es ist dabei zwischen drei Ebenen der Analyse zu differenzieren:

- Diagnostik: Hier geht es um das Vorgehen und die Instrumente der Abklärung sowie um die Diagnosestellung psychischer Erkrankungen bei den Zielgruppen (Kleinkinder bis junge Erwachsene). Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Früherkennung von Störungen und damit verbunden die Anwendbarkeit von Screenings.
- Behandlungen/Interventionen: Die Behandlung der ausgewählten Störungsbilder soll breit gefasst werden und sowohl medizinische Massnahmen im engeren Sinne wie Psychotherapie, Pharmakotherapien als auch im weiteren Sinne psychosoziale Interventionen (z.B. Elternberatung/-training bei ADHS im Schulalter) berücksichtigen. Dies ist auf dem Hintergrund wichtig, dass für die IV insbesondere auch an die Wirksamkeit von Behandlungen im Bereich der sozialen Integration (s.u., Wirkungen) der Versicherten von Bedeutung ist.
- Wirkungen: Medizinische Behandlungen sollten im Idealfall im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Prinzip) überprüft werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden aus Aufwandsgründen besonders die Wirksamkeit in den Vordergrund gestellt. Mit Blick auf die *Wirksamkeit* der untersuchten Behandlungen/Interventionen ist eine Differenzierung zwischen im engeren Sinne „klinischen“ Outcomes und „psychosozialen“ Outcomes notwendig: Erstere beziehen sich auf Veränderungen der Symptombelastung (durch eine ausgewählte Krankheit), letztere auf Veränderungen im Bereich des sozialen Verhaltens und der Integration (z.B. im Schulalter: schulische Leistungen; im Jugendalter: berufliche Integration).



Abbildung 1: Schematische Übersicht der Themenfelder der Literaturstudie

2.2 Präzisierungen und Eingrenzungen des Gegenstandes

2.2.1 Nomenklatura der psychiatrischen Diagnostik

Bei der Auswahl der zu untersuchenden Störungsbilder stellten sich zwei Herausforderungen:

- Begrifflichkeit: Sowohl die medizinische (psychiatrische, pädiatrische) Fachliteratur als auch die wissenschaftliche Literatur im engeren Sinne orientieren sich i.d.R. an der Nomenklatura der gebräuchlichen medizinischen/psychiatrischen Diagnostiksysteme. Dabei sind die aktuelle „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) zu beachten. Es war deshalb notwendig, eine „Übersetzung“ oder Zuordnung ausgewählter IV-Gebrechenscodes in eines der erwähnten Diagnostiksysteme vorzunehmen.
- Umfang (Anzahl Diagnosen): Die ursprünglich anvisierten (früh-)kindlichen psychischen Störungen könnten unter Bezugnahme auf die Gebrechenscodes der IV (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 2013a) bis zu 15 Störungen umfassen³⁸. Hier war eine Reduktion erforderlich auf die häufigsten Störungen in einer bestimmten Altersgruppe sowie mit besonderer Relevanz für die IV.

2.2.2 Nationale Spezifika der Diagnostik- und Behandlungsleitlinien

Es sollte sowohl nationale als auch internationale (Fach-)Literatur berücksichtigt werden. Die medizinische/psychiatrische Fachliteratur ist international ausgerichtet und es besteht ein relativ grosser internationaler Konsens in der Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen. Deshalb wurde neben der internationalen Perspektive ein Fokus auf den deutschsprachigen Raum und die Schweiz gelegt: insbesondere auch deshalb, weil die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) bereits seit einigen Jahren eine online zugängliche Dokumentation von Diagnostik- und Behandlungsleitlinien unterhält³⁹. Darüber hinaus sollte mit Blick auf die Schweiz geprüft werden, inwieweit sich der romanische Sprachraum (Westschweiz, Tessin) allenfalls an anderen Ansätzen orientiert als die deutschsprachige Schweiz.

2.2.3 Relevante Altersgruppen

Es wurden die folgenden Altersgruppen berücksichtigt: (a) 0-3 Jahre (*Kleinkindalter*), (b) 4-12 Jahre (*Kindergarten-/Schulalter*), (c) 13-18 Jahre (*Jugendalter*) und (d) 19-25 Jahre (*junges Erwachsenenalter*). Je nach Störungsbild standen jedoch nicht alle dieser Altersgruppen im Fokus der Untersuchung.

2.3 Auswahl zu untersuchender psychische Störungen

Die Auswahl der zu behandelnden Störungsbilder und deren Zuordnung zu spezifischen Diagnosen(-gruppen) der ICD (bzw. des DSM) musste für die vorliegende Studie erst geleistet werden. Eine Arbeitsgruppe des BSV nahm eine Zuordnung der IV-Gebrechenscodes zu ICD-Diagnosen vor. Diese wurde an einer gemeinsamen Sitzung mit dem Forschungsteam besprochen, und es wurde eine Auswahl der interessierenden Störungsbilder sowie der Altersgruppen vorgenommen (s.u. **Tabelle 1**).

³⁸ Die erwähnten Störungen umfassen die IV-Gebrechenscodes 403 – 406 aus dem Bereich „Psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände“ sowie die IV-Gebrechenscodes 641 – 649 aus dem Bereich „Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“. Zu beachten ist darüber hinaus auch die Gruppe 501 (Down-Syndrom) und 502 (Oligophrenie).

³⁹ Siehe dazu: <http://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften/visitenkarte/fq/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie.html> (Stand: 18.06.2014)

Tabelle 1: Ausgewählte ICD-Diagnosen für die Literaturstudie und Altersgruppen

<i>Diagnosen nach ICD-10</i>	<i>Altersgruppen</i>
F3 (Affekt. Störungen)*	ab Kindergarten-/Schulalter, d.h. 4-25 Jahre
F4 (Neurot., Belastg.- & Somatof. Störungen)*	erst ab Jugendalter, d.h. >12 Jahre
F60-F62 (Persönlichkeitsstörungen)	erst ab Jugendalter, d.h. >12 Jahre (unser Vorschlag)
F80 ("Sprachstörungen"), F81 "(Teilleistungsstörungen")	v.a. Kleinkind- und Kindergarten/Schulalter (0-12 J)
F84 (v.a. "Autismus-Spektrum"-Störungen)	alle Altersgruppen
F90 ("ADHS")	Kindergarten-/Schulalter (4-12 Jahre)
F10 (Psych. & Verhaltensstörungen durch Alkohol) F12 (Psych. & Verhaltensstörungen durch Cannabinoide) <u>Bemerkung:</u> nur als Nebendiagnose bzw. unter Komorbidität behandeln	erst ab Jugendalter, d.h. >12 Jahre
*) Präzisierung erforderlich (s.u. im Text)	

Es handelt sich um insgesamt um 7 Gruppen von Störungsbildern, welche im Rahmen der Literaturstudie untersucht werden sollen. Präzisierungen sind u.E. bei zwei Störungen notwendig:

- bei den *Affektiven Störungen (F3)* wurde eine Fokussierung auf die sog. „Major Depression“ (F32 & F33) vorgenommen, während die selteneren bipolaren Störungen nicht behandelt wurden (F30, F31).
- bei den *Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F4)* erfolgte eine Beschränkung auf die relativ häufigen Angst- und Zwangsstörungen (d.h. F40, F41, F42). Darüber hinaus wurden auch Angststörungen berücksichtigt, welche unter den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend kodiert werden (d.h. F93.1, F93.2)

2.4 Diagnostik und Behandlung, Leitlinien

2.4.1 Übersicht

Die Fragestellungen zu angewandten diagnostischen Verfahren und durchgeführten Therapien (vgl. Fragenkomplex 1) sowie zu anerkannten und auf wissenschaftlicher Evidenz basierender Leitlinien der Diagnostik und Therapien (vgl. Fragenkomplex 2) wurden über *Quellen der praxisorientierten Fachliteratur* bearbeitet. Dabei wurden die folgenden deutsch- und englischsprachigen Quellen insbesondere aus den Fachbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie vorgesehen:

- 1) aktuelle *Lehrbücher* aus den Fachbereichen Kinder- & Jugendpsychiatrie und Pädiatrie;
- 2) themenspezifische Fachreports und Artikel in praxisorientierten Fachzeitschriften;
- 3) aktuelle, anerkannte und veröffentlichte *Leitlinien* der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, wie z.B. die Leitlinien:
 - der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);
 - des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE);
 - der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP);

- der American Academy of Pediatrics (APA);
- weitere Leitlinien der folgenden Länder/Regionen: Frankreich, Niederlande, Skandinavien.

2.4.2 Literaturrecherche Fachbücher

Es wurden sieben Lehrbücher bearbeitet, davon sechs aus dem deutschsprachigen Raum (Döpfner & Petermann, 2012; Esser, 2011; Irblich & Renner, 2009; Lehmkuhl, Poustka, Holtmann, & Steiner, 2013; Remschmidt, Mattejat, & Warnke, 2008; Steinhausen, 2010) und – als Referenz – ein amerikanisches Lehrbuch (Dulcan & Wiener, 2006).

In einem ersten Schritt wurden die ausgewählten Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angaben zur Diagnostik durchsucht und das Text- bzw. Tabellenmaterial gesichtet. Anhand des gewonnenen ersten Überblicks wurden verschiedene Kategorien von Diagnoseverfahren entwickelt, die in ein Excel basiertes Kategorienschema überführt wurden (vgl. **Tabelle 2**). Anschliessend wurde das Lehrbuchmaterial auf die Erwähnung bzw. Nicht-Erwähnung einer Kategorie von Diagnoseverfahren bearbeitet. Standards der kinderpsychiatrischen Abklärung (siehe Kap. 3.4.1) wurden nicht erfasst. Zur Komplexitätsreduktion wurden keine Altersangaben für die erwähnten Verfahren erhoben.

Tabelle 2: Kategorien des verwendeten Kategorienschemas

Kategorien	Merkmalsausprägungen
<u>Angaben zu den Lehrbüchern</u>	
• Quelle, Kapitel, Autoren, Seite	Offener Text
<u>Diagnoseverfahren</u>	
• Strukturiertes Interview	
• Standardisierter Test: Persönlichkeitstest	
• Standardisierter Test: Leistungstest	
• Standardisierter Test: IQ	Nicht erwähnt: 0, Erwähnt: 1
• Standardisierter Test: Symptome	falls zutreffend: Name des/der Verfahren/s
• Standardisierter Test: Entwicklungstest	
• Testbatterien	
• Verhaltenstest Kind	
• Projektive Verfahren	
• Externe Berichte	Nicht erwähnt: 0, Erwähnt: 1
• Laboruntersuchungen	Nicht erwähnt: 0, Erwähnt: 1
• Screening/Früherkennung	Name des Verfahrens (falls kein konkretes Verfahren: Nicht erwähnt: 0, Erwähnt: 1)
• Bemerkungen	Offener Text zu Schwierigkeiten bei der Diagnostik, bei Leistungstests etc.
<u>Weitere Kategorien</u>	
• Bemerkungen ICD-10/DSM IV	Offener Text zu Schwierigkeiten der Operationalisierung von Klassifikationssystemen oder Unterschiede zwischen ICD und DSM Klassifikationen
Quelle von Empfehlungen zur Diagnostik	Offener Text

2.4.3 Literaturrecherche webbasierter Diagnostik- und Behandlungsleitlinien

Zugänglichkeit von Leitlinien nationaler Fachgesellschaften

In einem ersten Schritt wurde nach dem *Vorhandensein* der Leitlinien der ausgewählten psychischen Störungen, Altersgruppen und Länder recherchiert.

Bei der Recherche der **deutschen Leitlinien** wurden die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einbezogen. Priorität hatten dabei die Leitlinien der *Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)*, weil sich die Analyse auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bezieht. Falls keine Leitlinien der DGKJP vorhanden waren, folgte eine Recherche bei den anderen AWMF-Fachgesellschaften, damit zumindest die Empfehlungen für die jungen Erwachsenen erfasst werden können. Die deutschen Leitlinien werden im Kapitel 3.1.1 umfassend beschrieben.

Bei der Recherche der **britischen Leitlinien** wurde das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) einbezogen. Die Suche bei NICE nach den Leitlinien für Kinder und Jugendliche erfolgte anhand ausgewählter Störungsbilder. Es konnte für alle ausgewählten Störungen eine Leitlinie für Kinder und Jugendliche gefunden werden – mit Ausnahme der Sprach- und Teilleistungsstörungen. Die britischen Leitlinien werden ebenfalls im Kapitel 3.1.1 beschrieben.

Bei den **amerikanischen Leitlinien** wurden erst einmal die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) recherchiert. Falls bei der AACAP keine Leitlinien vorhanden waren, wurden die Leitlinien der American Psychiatric Association (APA) bzw. der American Academy of Pediatrics (AAP) recherchiert (vgl. Kapitel 3.1.1).

Die **französischen Leitlinien** werden vom nationalen Gesundheitsamt, der *Haute Autorité de Santé (HAS)* auf dem Internet unter der Rubrik "Évaluation & Recommandation / Bonne Pratique Professionnelle" publiziert⁴⁰. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen liegen gegenwärtig (Stand: April 2014) Leitlinien zu zwei psychischen Störungen vor: *Autismus* und *ADHS*. In Vorbereitung sind Leitlinien für Depression bei Jugendlichen (adolescents). Diese Leitlinien umfassen sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung (vgl. Kapitel 3.1.1).

Für die **Niederlande und die skandinavischen Länder** wurden nach Leitlinien in englischer oder deutscher Sprache bei der „International Guideline Library“⁴¹ recherchiert.

Dokumentation und vergleichende Analyse

In einem zweiten Schritt wurden die Leitlinien zusammengefasst bzw. einer vergleichenden Analyse unterzogen, wobei die *deutschen Leitlinien die Referenzgrösse* darstellten. Bei der vergleichenden Analyse wurde auf eine Komplexitätsreduktion Wert gelegt: D.h., Ziel war es, einen komprimierten Vergleich zu erstellen. Im Bericht werden die Leitlinien in drei unterschiedlichen Formen zusammengefasst – mittels Übersichtstabellen, Entscheidungsbäumen der Diagnostik- und Behandlungsschritte und Zusammenfassungen im Text. Die drei verschiedenen Auswertungs- bzw. Darstellungsweisen werden im Kapitel 2.5.3 umfassend beschrieben.

⁴⁰ Siehe: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1250022/fr/bonne-pratique-professionnelle> (Stand: April 2014)

⁴¹ Siehe: <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>

2.4.4 Interviews mit Expertinnen und Experten

Rekrutierung und Durchführung

Die Experten/innen-Interviews dienen der Ermittlung der schweizerischen Praxis der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Fragenkomplexe 1 und 2).

Damit Erfahrungen und Einschätzungen aus der gesamtschweizerischen *Praxis* zum Tragen kommen, wurden Experten/innen aus allen drei Sprachregionen (Deutsche, Französische und Italienische Schweiz) einbezogen. Innerhalb der Deutschen Schweiz wurde zudem eine Differenzierung zwischen Ost-Schweiz (St. Gallen, Thurgau), Region Zürich und Nordwest-Schweiz/Mittelland (AG, BE und BS/BL) gewünscht. Als Experten/innen wurden zwei Personengruppen ausgewählt: a) Kinder- und Jugendpsychiater/innen (KJP) die in eigener Praxis oder im Rahmen einer Institution Patienten/innen behandeln, b) Ärzten/innen die bei oder für einen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) tätig sind und über Erfahrung in der Abklärung bei Rentengesuchen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen verfügen. Dies ergab insgesamt 8 Experteninterviews.

Es wurden insgesamt 11 Fachpersonen, verteilt über die drei Schweizer Sprachregionen, für ein Interview angefragt (vgl. **Tabelle 3**). Mit 6 Personen konnte ein Interview durchgeführt werden. Im Tessin konnte kein Interview realisiert werden; die Rekrutierung erwies sich dort als schwierig.

Tabelle 3: Rekrutierung und definitive Stichprobe von Experten/innen

Experten/innen	Angefragt	Termin vereinbart	Interview durchgeführt
<i>Deutsche-CH</i>			
KJP	2	2	2
RAD	3	2	2
<i>Französische-CH</i>			
KJP	2	1	1
RAD	1	1	1
<i>Italienische-CH</i>			
KJP	2	0	0
RAD	1	0	0
Total	11	6	6

KJP: Kinder-/Jugendpsychiater/in; RAD-Arzt/Ärztin

Analyse der Interviews

Die Interviews erfolgten auf der Basis eines Leitfadens, welcher fünf Themenblöcke umfasst. Der erste Themenblock beinhaltet Fragen über die *Verbreitung von psychischen Störungen* bei Kindern und Jugendlichen und den *spezifischen Herausforderungen*, die sich bei der Abklärung und Behandlung dieser Altersgruppe stellen. Im zweiten Themenblock wird der *Ablauf der Abklärung bzw. die diagnostischen Etappen* thematisiert. *Interventionen und Behandlungen* – insbesondere bezüglich der sozialen und beruflichen Integration – sind Gegenstand des dritten Themenblocks. Im vierten Themenblock geht es um die Bedeutung von *Leitlinien* und im letzten Themenblock um *Weiterbildung*. Es wurden je nach Experten/innen-Gruppe angepasste Leitfäden entwickelt, welche den Rahmenbedingungen der Tätigkeit einer bestimmten Gruppe Rechnung tragen. Die Leitfäden wurden Ende Januar 2014 von der Begleitgruppe der Studie genehmigt. Die Experten/innen-Interviews wurden aufgezeichnet und nach Frageblöcken zusammengefasst. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe

eines Tools für die qualitative Analyse (Atlas.ti) nach dem methodischen Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

2.5 Systematische Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Interventionen

2.5.1 Suchstrategie und Erfassung lokalisierter Studien

Die Fragestellungen zur Wirksamkeit der Behandlungen sowie zur optimalen Terminierung der Diagnosestellung und Behandlung wurden über medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Datenbanken bearbeitet. Konkret erfolgte die Suche bzgl. der medizinischen Literatur durch MEDLINE (via OvidSP). Die Suche bzgl. der psychologischen Literatur erfolgte durch PsycInfo (via OvidSP). Die Suche bzgl. der sozialwissenschaftlichen Literatur erfolgte durch EconLit, ERIC (Educational Resources Information Center Database) und Sociological Abstracts (via ProQuest).

Zunächst wurde eine Suchsyntax für jede psychische Störungsgruppe (d.h. sieben Störungsgruppen) und für jede der oben erwähnten Datenbanken entwickelt⁴². Damit wurde die Recherche nach der Wirksamkeit der Behandlungen insgesamt 21-mal (7 Störungsgruppen x 3 Datenbanken = 21) durchgeführt. Bei der Suchsyntax wurden die folgenden Beschränkungen festgelegt:

- Die in den letzten zehn Jahren publizierte Literatur (2003-2014);
- die ausgewählten Altersgruppen gemäss Forschungsplan (wenn möglich); englisch- oder deutschsprachige Publikationen;
- „journal articles“ oder „reviews“.

Die Suchsyntax zur Fragestellung der Wirksamkeit von Behandlungen wird in **Tabelle 4 – Tabelle 6** im Anhang 1 dargestellt. Diesen Tabellen können die Suchwörter im Titel, die Einschränkungen (bzw. „limits“) sowie die Anzahl Publikationen lokalisiert durch die systematische Recherche entnommen werden.

Die Suchstrategie bei der Fragestellung bzgl. *der optimalen Terminierung der Diagnose und Behandlung* war identisch mit dem soeben beschriebenen Verfahren. Die *Suchsyntax* war ebenfalls gleich mit einer Ausnahme: Die Suchwörter betrafen diesmal das Diagnose- bzw. Behandlungsalter. Als *Beschränkung* wurde der Publikationszeitraum (2003-2014) gewählt (wegen der beschränkten Anzahl Publikationen im Thema). Die Suchsyntax zur Fragestellung der Wirksamkeit von Behandlungen wird in **Tabelle 7-9** im Anhang 1 dargestellt.

Die Angaben zu den durch die Suchsyntax lokalisierten Publikationen wurden in eine Excel-Datei exportiert. Für jede Störungsgruppe und Datenbank wurde eine separate Datei erstellt, sofern Publikationen gefunden wurden. Die Anzahl der resultierenden Excel-Dateien beträgt 25 für die Fragestellung bzgl. der Wirksamkeit der Behandlungen und 18 für die Fragestellung bzgl. der optimalen Terminierung der Diagnose und Behandlung. In den Excel-Dateien wurden die Publikationen chronologisch geordnet. Die folgenden Angaben zur Publikation wurden erfasst: die Autoren, der Titel, die Quelle, das Abstract, das Publikationsjahr und ggf. die Database.

⁴² Dabei wurden die folgenden Suchwörter für die Störungsgruppen definiert: 1. depression* / affective*, 2. anxiet*, 3. "Obsessive-compulsive*" 4. "personality disorder*", 5. "specific developmental disorder*", 6. Autism*, 7. Adhd / "Attention def*" / Hyperkinet*.

2.5.2 Selektion und Erfassung geeigneter Studien

Die mit der Suchstrategie ermittelten Publikationen wurden nach bestimmten *Kriterien* selektioniert. Diese Selektion war erforderlich wegen der hohen Anzahl der Publikationen, welche durch die systematische Recherche lokalisiert wurden. Das folgende *Selektionsvorgehen* wurde definiert:

- *Ziel* ist, zur *Fragestellung bzgl. der Wirksamkeit der Behandlungen* 20 geeignete Studien pro vorgegebene Störungsgruppe (d.h. 7 Störungsgruppen x 20 Studien = 140 Studien) auszuwählen.
- *Reviews/Metanalysen* haben dabei Priorität: Im Idealfall sollten 5 Reviews/Metaanalysen und 15 aktuelle Einzelstudien ausgewählt werden.
- Die Selektion der Publikationen innerhalb einer Datenbank bzw. einer Excel-Datei erfolgte *chronologisch*. D.h. die Selektion der Publikationen begann mit der aktuellsten Publikation in der Excel-Datei und lief so lange bis 20 geeignete Studien ausgewählt werden konnten.
- Weiterhin war es wichtig, die *Reihenfolge*, in der die Datenbanken ausgewertet werden sollten, festzulegen. Als erstes sollten die durch Medline lokalisierten Publikationen bearbeitet werden. Falls die Anzahl der geeigneten Studien unter 20 liegen sollte, wurden die durch PsycInfo lokalisierten Publikationen bearbeitet. Falls die Anzahl der geeigneten Publikationen immer noch unter 20 liegen sollte, wurden die in sozialwissenschaftlichen Datenbanken lokalisierten Publikationen ausgewertet.

Bei der Selektion wurde zunächst geprüft, ob eine Publikation geeignet ist. Die folgenden sieben Gründe waren für die Nicht-Selektion denkbar: 1. Publikationen, die den Schwerpunkt nicht auf die zu untersuchenden psychischen Störungen legen; 2. Publikationen, die nicht die interessierenden Altersgruppen untersuchen (bei der Fragestellung bzgl. Wirksamkeit); 3. Publikationen, die nicht die Wirksamkeit der Behandlungen, bzw. die nicht den (optimalen) Zeitpunkt der Diagnose oder Behandlungen untersuchen; 4. mehrfache Publikation einer Studie; 5. Sprache der Publikation nicht in Deutsch oder Englisch; 6. Untersuchungen in spezifischen, nicht interessierenden Gruppen (z.B. Missbrauchsoffer) oder Settings; 7. kein Zugriff auf den Artikel.

Bei der *Fragestellung zum optimalen Diagnose- und Behandlungsalter* war das Selektions- und Erfassungsvorgehen identisch, mit einem Unterschied. Wegen der geringeren Anzahl der Publikationen pro Störung war das Ziel, 1 Review und 2 aktuelle Einzelstudien pro Störungsgruppe (d.h. 7 Störungsgruppen x 3 Studien = 21 Studien) auszuwählen. Falls keine Reviews ausgewählt werden konnten, war das Ziel, 4 aktuelle Einzelstudien pro Störungsgruppe (d.h. 7 Störungsgruppen x 4 Studien = 28 Studien) auszuwählen.

2.5.3 Auswertung der Suchergebnisse

Die Publikationen wurden mit einem *strukturierten Analyseraster* ausgewertet. In **Abbildung 2** im Anhang 1 ist ein Beispiel für das strukturierte Analyseraster dargestellt. Die bearbeiteten Excel-Dateien wurden in das Statistikprogramm Stata exportiert, damit erst einmal die Ergebnisse der Literaturrecherche vereinfacht ausgewertet werden konnten. Dabei ging es in einem ersten Schritt um eine Zusammenfassung der „Grundparameter“ der Recherche: der Anzahl der bearbeiteten Publikationen, der Anzahl der geeigneten sowie ungeeigneten Publikationen. Bei ungeeigneten Studien wurden die Gründe für die Nicht-Selektion zusammengefasst. Falls eine Studie geeignet war, wurde das Folgende erfasst: die Diagnose, die Altersgruppe, die Art der Behandlungen, die Outcomes (bzw. eine Veränderung der Symptombelastung oder ein psychosoziales Outcome), eine kurze Zusammenfassung der Hauptresultate und ob Abhängigkeitserkrankungen (ICD-F10 oder -F12) als Nebendiagnose bzw. unter Komorbidität behandelt wurden. In der Zusammenfassung der Hauptre-

sultate wurde erfasst, ob eine Behandlung eine negative Wirkung, keine Wirkung oder eine positive Wirkung hatte. Falls in einer Publikation Behandlungen als wirksam eingestuft wurden, wurden diese Behandlungen ggf. nach ihrer Wirksamkeit geordnet. Weiter wurden auch Art der Behandlung sowie Art der gemessenen Outcomes (bzw. Symptomveränderung versus psychosoziales Outcome) dokumentiert.

3 Diagnostik und Behandlung: Verfahren und Leitlinien

3.1 Vorbemerkungen

3.1.1 Welche Leitlinien werden in die Recherche einbezogen?

Untenstehend werden die Leitlinien, welche in die Literaturrecherche einbezogen worden sind, beschrieben. Die Beschreibung der deutschen Leitlinien in diesem Bericht (s.u.) erfolgt relativ umfassend, weil diese Leitlinien für die vergleichenden Analysen als Referenzgrösse gewählt wurden.

Deutsche Leitlinien

Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurden in die Recherche einbezogen. Bei der AWMF-Webseite⁴³ sind aktuelle (bzw. gültige) sowie nicht aktuelle (bzw. Leitlinien, die mit dem Vermerk „Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft“ versehen sind) Leitlinien mehrerer Fachgesellschaften zugänglich – u.a. die der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und die der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Die publizierten Leitlinien sind als pdf-Datei erhältlich und beinhalten grundsätzlich sowohl die Diagnostik- als auch die Behandlungsleitlinien. Die Leitlinien werden in Textform, als Tabellen, grafische Entscheidungsbäume oder als Kombination dieser Elemente dargestellt. Teilweise liegen eine Kurzfassung, eine Langfassung sowie eine Patientenfassung der Leitlinie vor. Bei den ausgewählten Störungen wurde immer die Langfassung der Leitlinie in die Analyse einbezogen, weil diese – im Gegensatz zu einer Kurzfassung und einer Patientenversion – bei allen ausgewählten Störungen vorhanden war.

Zwei Klassifizierungen der AWMF-Leitlinien, welche u.a. im *Leitlinien-Glossar: Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien®*⁴⁴ beschrieben sind, sollten erläutert werden: Die Klassifizierung bzgl. des 3-stufigen Prozesses der *Leitlinien-Entwicklung* und die Klassifikation des *Empfehlungsgrades* der Interventionen: Die AWMF-Leitlinien werden in drei Entwicklungsstufen (bzw. S1, S2, S3) eingeteilt.

- In Entwicklungsstufe 1 (S1) erarbeitet eine Expertengruppe der AWMF im *informellen Konsens* eine Empfehlung, welche vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird.
- Bei der nächsten Entwicklungsstufe 2 wird zwischen *formaler evidence-Recherche S2e* und *formaler Konsensfindung S2k* differenziert: S2e-Leitlinien werden aus *formal* bewerteten Aussagen der wissenschaftlichen Literatur entwickelt und S2k-Leitlinien werden in einem *formalen* Konsensusverfahren beraten und verabschiedet.
- Die S3-Leitlinien bezeichnen die höchste Stufe der Leitlinienentwicklung, d.h. diese sind Leitlinien mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik, Konsensus, „evidence-based-medicine“, Entscheidungsanalyse, „Outcome“-Analyse). Die Entwicklungsstufe der Leitlinie wird in der untenstehenden Analyse immer vermerkt.

Bei der Entwicklung der S3-Leitlinien werden die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nach ihrer Aussagekraft auf der Basis von mehrstufigen Skalen geordnet. Auf der Basis der Evi-

43 <http://www.awmf.org/>

44 http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/ll-glossar.pdf

denzgrade der Aussagen erfolgt deren Einstufung durch die Leitlinien-Autoren wie folgt: Grad A = starke Empfehlung (bzw. „soll“ Empfehlung); B = Empfehlung (bzw. „sollte“ Empfehlung); C = Empfehlung offen (bzw. „kann“ Empfehlung). Wenn für eine Behandlungsmethode keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist und das Behandlungsverfahren als gute klinische Praxis im Konsens und auf Grund der klinischen Erfahrung der Leitliniengruppe empfohlen wird, so erhält diese Methode die Empfehlungsstärke *Klinischer Konsensuspunkt* (KKP) bzw. „Standard in der Behandlung“. In der untenstehenden Analyse werden die Therapien mit einem Empfehlungsgrad A oder KKP einbezogen.

Eine weitere wichtige Differenzierung in manchen AMWF-Leitlinien betrifft die Differenzierung der psychischen Störungen nach dem *Schweregrad* der Störung (z.B. unkompliziert, schwer und sehr schwer bei Panikstörung/Generalisierter Angststörung). Diese Differenzierung nach dem Schweregrad der psychischen Störung wird in der Darstellung der Leitlinien übernommen.

Britische Leitlinien

Die Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wurden in die Recherche einbezogen. Das NICE bietet eine Beschreibung der Leitlinien für bestimmte Störungen sowohl als grafische „Pathways“ (Pfade bzw. Ablaufschemata) als auch in Textform an.

Die NICE-Pathways⁴⁵ stellen die Diagnostik- und die Behandlungsleitlinien in einer komprimierten und interaktiven und webbasierten Form dar. Die Darstellung erfolgt auf mehreren Ebenen. D.h. erst einmal ist ein Überblicksdiagramm vorhanden. Aus diesen Überblicksdiagrammen können die Diagnostik- und Behandlungsleitlinien ausgewählt werden. *Komprimierte* Beschreibungen (in Textform) zu den Diagnostik- und Behandlungsoptionen können auf der Webseite ebenfalls aufgerufen werden. Ein Überblick zum NICE-Pathway am Beispiel von Autismus ist in **Abbildung 19** (Anhang 6) aufgeführt.

Weitere Beschreibungen in Textform zu den spezifischen Behandlungen und Diagnostikinstrumenten sind bei NICE i.d.R. in drei Varianten zugänglich: als „quick reference guide“, als „NICE-guideline“ und als „full guideline“. Das „quick reference guide“ enthält eine kurze Beschreibung von ca. 10 bis 30 Seiten. Das „NICE-guideline“ bzw. das „full guideline“ bieten detaillierte Beschreibungen von ca. 100 Seiten bzw. von mehreren Hundert Seiten an. Alle diese Beschreibungen sind als pdf-Datei herunterladbar.

Die NICE-Pathways und deren komprimierte Beschreibung wurden im Rahmen der Analyse als erstes ausgewertet, um die zentralen Diagnostik- und Behandlungsabläufe zusammenzufassen. Das „NICE-guideline“ und das „full guideline“ wurden erst dann konsultiert, falls die NICE-Pathways und deren komprimierte Beschreibung für die Analyse (z.B. bezüglich der Altersgruppen) nicht als ausreichend erschienen.

Amerikanische Leitlinien

Die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), American Psychiatric Association (APA) und der American Academy of Pediatrics (AAP) wurden in die Recherche einbezogen. Bei der APA⁴⁶, AACAP⁴⁷ und AAP⁴⁸ Webseiten sind aktuelle sowie nicht aktuelle detaillierte Leitlinien als pdf-Dateien zugänglich. Diese Leitlinien stellen grundsätzlich sowohl die Diagnos-

⁴⁵ <http://pathways.nice.org.uk/>

⁴⁶ <http://psychiatryonline.org/guidelines.aspx>

⁴⁷ http://www.aacap.org/AACAP/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

⁴⁸ http://pediatrics.aappublications.org/search?flag=practice_guidelines&submit=yes&x=18&y=8&format=standard&hits=30&sortspec=date&submit=Go

tik- als auch die Behandlungsleitlinien dar. Die Leitlinien werden in Textform dargestellt, d.h. Entscheidungsbäume zu den Diagnostik- und Behandlungsschritten sind nicht vorhanden.

Französische Leitlinien

Für Frankreich werden Diagnostik- und Behandlungsleitlinien vom nationalen Gesundheitsamt, der *Haute Autorité de Santé (HAS)* auf dem Internet unter der Rubrik “Évaluation & Recommandation/ Bonne Pratique Professionnelle” publiziert⁴⁹. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen liegen gegenwärtig (Stand: April 2014) Leitlinien zu zwei psychischen Störungen vor: *Autismus* und *ADHS*. In Vorbereitung sind Leitlinien für Depression bei Jugendlichen (adolescents). Diese Leitlinien umfassen sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung.

Als diagnostische Referenzsysteme werden sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV verwendet. Darüber hinaus spielt aber auch ein spezifisches französisches Diagnostiksystem für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine bedeutende Rolle, das CFTMEA⁵⁰. Dieses ist bis zu einem gewissen Grad mit dem Multiaxialen Klassifikationsschema der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie vergleichbar, da es die klassifizierten Störungen ebenfalls auf Achsen anordnet. Das CFTMEA wurde geschaffen, um Defizite und Lücken der ICD und des DSM im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu schliessen⁵¹. Die CFTMEA-Klassifikationen sind den ICD- und den DSM-Diagnosen zuordenbar.

Die französischen Leitlinien werden in den folgenden Darstellungen für die Störungen Autismus und ADHS vergleichend beigezogen.

3.1.2 Wie werden die Leitlinien im Bericht dargestellt?

Im Bericht werden die Leitlinien in drei unterschiedlichen Formen dargestellt bzw. zusammengefasst – mittels *Übersichtstabellen*, *Entscheidungsbäumen der Diagnostik- und Behandlungsschritte* und *Zusammenfassungen im Text*. Die drei verschiedenen Darstellungsweisen werden untenstehend kurz beschrieben.

Übersichtstabellen

Ziel der *Übersichtstabellen* ist, eine komprimierte Zusammenfassung der Leitlinien der ausgewählten Störung zu erfassen. Konkret erfassen die Übersichtstabellen den Herausgeber der Leitlinie, das Publikationsdatum der Leitlinie und den Stand (bzw. Gültigkeit) der Leitlinie. Darüber hinaus enthalten die Übersichtstabellen eine Zusammenstellung von Weblinks zur Leitlinie und zu den Entscheidungsbäumen der Diagnostik- bzw. Behandlungsschritte, welche bei Interesse aufgerufen werden können. Den letzten zwei Spalten der Übersichtstabellen können die Unterschiede zwischen den Altersgruppen bzgl. der Empfehlungen zur Behandlung auf der Basis einer nationalen Leitlinie entnommen werden. Die Übersichtstabellen bzgl. der Leitlinien der Diagnostik bzw. Behandlung der einzelnen Störungsbilder sind im Anhang 2 bzw. im Anhang 4 aufgeführt.

Entscheidungsbäume der Diagnostik- und Behandlungsschritte

Die Leitlinien der DGKJP enthalten *Entscheidungsbäume der Diagnostik- und Behandlungsschritte*. Die Entscheidungsbäume stellen die teilweise komplexen Diagnostik- und Behandlungsschritte in einer komprimierten Form dar. Diese werden in Anhang 3 (Diagnostikleitlinien) und in Anhang 5

⁴⁹ Siehe: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1250022/fr/bonne-pratique-professionnelle> (Stand: April 2014)

⁵⁰ CFTMEA: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012 (Misès, 2012)

⁵¹ Zitat: „La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent prend en compte des aspects propres à l'enfance et à l'adolescence qui sont absents ou peu développés dans les classifications généralistes (DSM; CIM)” (Misès, 2012, p. 11).

(Behandlungsleitlinien) kopiert mit dem Ziel, eine komprimierte Zusammenfassung der Therapieschritte zu bieten. Die Übersichtstabellen enthalten Weblinks zu den NICE-Pathways, welche die Diagnostik und Behandlungspfade in einer komprimierten Form darstellen. Die Zusammenstellung der Weblinks wird bevorzugt, weil die NICE-Pathways interaktiv funktionieren (s.o. 3.1.1, britische Leitlinie) und deshalb bietet das Anschauen der Webseite den besten Überblick.

Zusammenfassungen im Text

In den untenstehenden Kapiteln werden eine *Zusammenfassung* der Leitlinien sowie eine vergleichende Analyse vorgenommen. Da die Leitlinien für Deutschland teilweise unterschiedlich strukturiert sind, wird in einem ersten Schritt die *Struktur* der Leitlinie kurz beschrieben. Zusätzliche Informationen u.a. zu Aktualität und Zielgruppe der Leitlinien werden ebenfalls kurz erwähnt. Nachher folgen eine kurze Zusammenfassung der Empfehlungen der deutschen Leitlinien und ein Vergleich mit anderen Ländern.

3.1.3 Referenzsystem

Aufgrund der Komplexität des Materials war es nicht möglich, mehrere nationale Leitlinien parallel darzustellen, zumal sich zeigte, dass die Unterschiede zwischen den Ländern i.d.R. nicht markant ausfallen. Deshalb wurde entschieden, die deutschen Leitlinien als Referenzgrösse ausführlicher darzustellen. Dabei werden die gültigen deutschen Leitlinien sowie die nicht gültigen deutschen Leitlinien (bzw. Leitlinien, die mit den folgenden Vermerken „Gültigkeit abgelaufen“, „LL wird z.Zt. überprüft“ versehen sind) in die Analyse einbezogen. Auf wichtige altersspezifische Abweichungen in der Diagnostik und der Behandlung (wie z.B. keine Pharmakotherapie bei Vorschulkindern) wird in der Darstellung eingegangen.

Voraussetzung für den Ländervergleich ist das Vorhandensein gültiger Behandlungsleitlinien anderer Länder. Für Grossbritannien gibt es bei jeder ausgewählten Störung – mit Ausnahme der Sprach- und Teilleistungsstörungen – gültige Behandlungsleitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), so dass der Ländervergleich möglich ist. Für die Niederlande und die skandinavischen Länder waren Behandlungsleitlinien in englischer oder deutscher Sprache nicht verfügbar oder wir hatten keinen Zugriff auf die Behandlungsleitlinie. Deshalb flossen diese in die vergleichende Analyse nicht ein.

3.1.4 Standards der kinderpsychiatrischen Abklärung

Vor der Darstellung der Leitlinien in den folgenden Kapiteln 3.2 bis 3.9 wird für jede psychische Störung eine kurze Synopse der recherchierten diagnostischen Verfahren der Fachliteratur wiedergegeben (vgl. Kap. 2.4.2). Dabei wird vor allem auf Verfahren eingegangen, die über die standardmässige kinderpsychiatrische Abklärung hinausgehen. Die folgenden fünf zentralen Etappen gehören standardmässig und unabhängig von der psychischen Erkrankung zur kinderpsychiatrischen Abklärung: 1) Untersuchung, 2) Befunde und Diagnosen, 3) Verhaltens- und Bedingungsanalyse, 4) Interventionsplanung sowie 5) Intervention und Evaluation (nach Steinhausen, 2010 und mit Ergänzungen von Remschmidt, 2005; Döpfner & Petermann, 2012).

Untersuchung

Die Untersuchung gliedert sich in Anamnese, psychopathologische Befunderhebung, körperliche Untersuchung, psychologische Diagnostik und Labordiagnostik bzw. ergänzende Diagnostik. In der Anamnese wird abgeklärt, weshalb das Kind/der Jugendliche bzw. die Eltern zur Untersuchung kommen und wie die aktuelle Symptomatik und der psychosoziale Kontext des Kindes/Jugendlichen zu bewerten ist. Zudem wird mit den Eltern eine Eigenanamnese (Entwicklung des Kindes von der Schwangerschaft bis zum aktuellen Zeitpunkt) und eine Familienanamnese (Erkrankungen und

prägende Faktoren in der Familie) erhoben. Bei der psychopathologischen Befunderhebung geht es darum, anhand der Verhaltensbeobachtung des Kindes und der Exploration von Eltern/Kind die wichtigsten psychischen Einzelfunktionen (u.a. Bewusstsein, Wahrnehmung, Emotionen, Denken) zu prüfen. Die körperliche Untersuchung umfasst neben der Erhebung des körperlichen Befundes auch einen entwicklungsneurologischen Befund. Die psychologische Diagnostik (Leistungstests, Persönlichkeitstest, projektive Verfahren etc.) wird gemäss Döpfner & Petermann (2012) nach Indikation eingesetzt. Dies gilt auch für Labordiagnostik bzw. ergänzende Diagnostik werden.

Befunde und Diagnosen / Verhaltens- und Bedingungsanalyse

Am Ende des diagnostischen Prozesses liegen Befunde, Symptome und Diagnosen vor, sowohl in Form von kategorialen (ICD-Diagnose) Klassifikationsansätzen als auch dimensionalen Einschätzungen des Schweregrades (z.B. Messung anhand von Symptom-Checklisten). Die Befunde werden einer Bedingungsanalyse unterzogen, d.h. es wird ein hypothetisches Modell entwickelt, welches die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der psychischen Störung darstellen, und welches Verhalten anhand welcher therapeutischer Massnahmen verändert werden soll. Döpfner & Petermann (2012) erwähnen hier auch die Erfassung der Änderungsmotivation aller Beteiligten und die Vereinbarung von Therapiezielen.

Interventionsplanung / Intervention und Evaluation

In der Interventionsplanung wird die Behandlungsnotwendigkeit geprüft und die Interventionsmethode unter Berücksichtigung von Wirksamkeit und Realisierbarkeit gewählt. Nach einer Ablaufplanung und Umsetzung der Intervention wird in der Phase der Evaluation der Effekt der Therapie überprüft.

3.2 Affektive Störungen (Depression)

3.2.1 Synopse Fachliteratur

In sechs der insgesamt sieben konsultierten Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich Angaben zur Diagnostik von depressiven Störungen (ICD F32, F33). In drei Lehrbüchern wird betont, dass die Diagnose der Depression vor allem bei Kindern sehr schwierig zu stellen ist. Kinder können ihre Emotionen noch nicht ausdrücken und beklagen sich häufig über somatische Symptome. So fehlen denn auch in der ICD-10 konkrete diagnostischen Kriterien für Kinder und Jugendliche. Für Vorschulkinder gibt es zudem sehr wenige etablierte Untersuchungsverfahren.

In den fünf deutschen Lehrbüchern werden mehrere **strukturierte Interviews** erwähnt, u.a. das deutsche *Kinder-DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen)* und die übersetzte Children's Depression Rating Scale (CDRS). Als Tests zur Erfassung der Symptome werden von drei Lehrbüchern übereinstimmend das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) und der Depressionstest für Kinder (DTK) vorgeschlagen.

Im amerikanischen Lehrbuch werden keine konkreten Verfahren genannt.

3.2.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Zur vergleichenden Analyse werden für die affektiven Störungen (ICD F30-F39) für die Diagnostik und die Behandlung zwei unterschiedliche Leitlinien verwendet. Für die Diagnostik wird die Leitlinie *unipolare Depression* (ab 18 Jahren) der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der AWMF verwendet und für die Behandlung die Leitlinie *Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen* der DGKJP. Beide Leitlinien beziehen sich auf die ICD-Codes "F32 Depressive Episode", "F33 rezidivierende depressive Störung", "F34.1 Dysthy-

mia", während die Leitlinie *unipolare Depression* noch zusätzlich "F38.1 Rezidivierende kurze depressive Episoden" miteinschliesst.

Leitlinien Diagnostik

In der untenstehenden vergleichenden Analyse wird die Langfassung der Version 1.3 (Januar 2012) der *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression* als Referenzgrösse gewählt.

Die Leitlinie *Unipolare Depression* wurde von der DGPPN als S3-Leitlinie initiiert und anschliessend in Kooperation mit der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der AWMF so ausgearbeitet, dass die S3-Leitlinie auch den Anforderungen einer Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL)⁵² entspricht. Es sind somit auch Empfehlungen enthalten, die auf eine Verbesserung der Versorgungskoordination und Versorgungsqualität gerichtet sind.

Die Leitlinie ist gültig bis zum 28.05.2014 und umfasst 264 Seiten. Ziel der Leitlinie ist u.a. die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland zu verbessern.

Der Geltungsbereich der Leitlinie bezieht sich auf unipolare depressive Störungen (d.h. F32, F33, F34.1, F38.1) ab einem Behandlungsalter von 18 Jahren. Es wird in der Leitlinie explizit erwähnt, dass die Leitlinie sich an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie an Kinder- und Jugendpsychiater richtet, sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde. Eine entsprechende Diagnostikleitlinie für Kinder und Jugendliche ist *nicht* vorhanden. In **Abbildung 3** (Anhang 3) ist ein Stufenplan der Diagnostik ersichtlich, der in der Leitlinie abgebildet ist. In der Kurzfassung zur Leitlinie ist zusätzlich noch ein Algorithmus zum diagnostischen Prozess depressiver Störungen verfügbar (siehe **Abbildung 4**, Anhang 3). Den Hauptempfehlungen der Leitlinie sind Empfehlungsgrade zugeordnet (siehe 3.1.1 und Abkürzungsverzeichnis).

Tabelle 10 (Anhang 2) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen und amerikanischen Diagnostik-Leitlinien.

⁵² Weitere Informationen unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/>

Zusammenfassung der Empfehlungen der BÄK/KBV/AMWF zur Diagnostik von unipolarer Depression:

Die gültige Leitlinie enthält folgende diagnostische Etappen und konkret empfohlene diagnostische Tests in kursiver Schrift. Die Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in **Abbildung 3** und **Abbildung 4** (Anhang 3).

- Aktive Exploration der Symptome (Empfehlungsgrad A)
- Screening bei Hochrisikogruppen (Empfehlungsgrad B): *WHO-5-Fragebogen, PHQ-D, ADS, Zwei-Fragen-Test*
- Einholen von fremdanamnestischen Angaben durch Angehörige und enge Bezugspersonen
- Diagnose nach ICD-10 mit Haupt- und Zusatzsymptomen und Schweregradbestimmung
- Exploration auf Suizidalität (Empfehlungsgrad KKP) und Überweisung in psych. Behandlung bei akuter Suizidgefährdung (Empfehlungsgrad A)
- Differenzialdiagnostik während des gesamten Behandlungsprozesses: *Screening Fragen nach CIDI*
- Psychiatrische Komorbidität: bei Indikation (Statement⁵³)
- Somatische Komorbidität (Empfehlungsgrad B): Medikamente und Noxen, körperlicher Status)
- Fragebogenverfahren zur Verlaufsdagnostik und Prozessevaluation: *PHQ-D, BDI, HADS, FDD, ADS, GDS, HDRS, BRMS, MADRS*
- Psychopathologie des depressiven Syndroms: Verlaufserhebung, Familienanamnese, belastende Faktoren

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige NICE Leitlinie *depression* für Kinder und Jugendliche enthält v.a. Angaben zur Differenzialdiagnose (ausführlich zu Dysthymie) und Komorbidität sowie ein Kapitel zu Screening Instrumenten. Aktuell vorhandene self-report oder Interview-Verfahren sind zu Screening-Zwecken nicht zu empfehlen und nur bei Klienten/innen mit Symptomen zu benutzen (ausser der MFQ für Jugendliche).
- **USA:** Die AACAP- Leitlinie *depressive disorders* ist nicht mehr gültig.
- **Frankreich:** Seit 2011 sind HAS-Diagnostik- und Behandlungsleitlinien für Depressionen bei Jugendlichen (adolescents) in Entwicklung. Als Veröffentlichungstermin war der Oktober 2012 vorgesehen; gegenwärtig (April 2014) liegen aber noch keine LL vor, nur ein Dokument, das die Projektplanung skizziert⁵⁴.

Leitlinien Behandlung

In der untenstehenden vergleichenden Analyse wird die *Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen* als Referenzgrösse gewählt. Diese Leitlinie ist eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie d.h. die Leitlinie hat die Entwicklungsstufe S3. Die herausgebende

⁵³ So genannte Statements wurden verabschiedet, wenn es für praktische Behandlungs- oder Vorgehenshinweise keine Evidenzen gab, obwohl sie aus Expertensicht der Konsensrunde plausibel waren, oder wenn auf fehlende Evidenzen und entsprechenden Forschungsbedarf hingewiesen werden sollte.

⁵⁴ Siehe: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1103178/fr/note-cadrage-depression-de-ladolescent-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-initiale

AWMF-Fachgesellschaft der Leitlinie ist die DGKJP. Die Leitlinie wurde im Juli 2013 erstellt, ist gültig und umfasst 77 Seiten. Die Leitlinie richtet sich an Fachpersonen, welche professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen beteiligt sind (z.B. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

Ziel der Leitlinie ist, über den aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen umfassend zu informieren. Die Leitlinie enthält u.a. eine detaillierte Beschreibung der Empfehlungen, ein Behandlungsalgorithmus sowie eine kurze Zusammenfassung der Empfehlungen.

Die Empfehlungen in der kurzen Zusammenfassung sind nach dem Schweregrad der Depression (bzw. leichte, mittelgradige und schwere Depression) differenziert, und diese Differenzierung wird in der untenstehenden Textpassage übernommen. Die Behandlungsempfehlungen sind mit einem Empfehlungsgrad versehen (s.o. Kapitel 3.1.1 für die Beschreibung der Empfehlungsgrade). In der untenstehenden Zusammenfassung werden lediglich die Empfehlungen, welche mit dem Empfehlungsgrad A⁵⁵ und KKP⁵⁶ verliehen wurden, beschrieben.

Die **Tabelle 16** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Der Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte der DGKJP ist in **Abbildung 13** (Anhang 5) dargestellt.

Zusammenfassung der Behandlungsempfehlungen der DGKJP für Depression

Gemäss der DGKJP kann für Kinder *unter acht Jahren* aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Behandlungsempfehlung abgegeben werden. Für Kinder und Jugendliche *ab 8 Jahren* gilt:

- Behandlung erster Wahl bei depressiven Störungen: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder Interpersonellen Psychotherapie (IPT) oder Pharmakotherapie oder eine Kombination aus KVT und Pharmakotherapie (Empfehlungsgrad A)
- Bei **leichten depressiven Störungen** kann zunächst aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation über einen Zeitraum von 6-8 Wochen zusammen mit der Empfehlung altersgerechter Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit ausreichend sein (Empfehlungsgrad KKP).
- Behandlung erster Wahl bei **leichter u. mittelgradiger Depression**: vorrangig KVT oder IPT (Empfehlungsgrad KKP)
- Behandlung erster Wahl bei einer **schweren Depression**: Kombination aus KVT und Pharmakotherapie sollte in Erwägung gezogen werden (Empfehlungsgrad KKP).

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder:

- **UK:** Die gültige NICE-Behandlungsleitlinie zu *depression* empfiehlt ein zur DGKJP identisches Vorgehen und Interventionen;
- **USA:** Die AACAP-Behandlungsleitlinie zu *depressive disorders* ist nicht gültig;
- **Frankreich:** In Vorbereitung (s.o., Diagnostikleitlinien)

⁵⁵ Empfehlungsgrad A: "Soll"- Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde.

⁵⁶ Empfehlungsgrad KKP: "Standard in der Behandlung": Empfohlen als gute klinische Praxis ("Klinischer Konsens-Punkt") im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

3.3 Angststörungen

3.3.1 Synopse Fachliteratur

Phobische Störungen (ICD-F40, -F93.1, -F93.2)

In sechs Lehrbüchern liegen Angaben zur Diagnostik von phobischen Störungen vor, davon gehen drei Lehrbücher spezifischer auf Phobien bzw. Schulphobien ein, während in den anderen drei Lehrbüchern Angststörungen allgemein behandelt werden. Die Ausführungen basieren unter anderem auf den ICD-10-Forschungskriterien, dem multiaxialen Klassifikationsschema MAS (Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2006) und den Leitlinien der DGKJP. Nur ein Lehrbuch geht auf die spezifischen diagnostische Anforderungen zu Angststörungen mit Beginn in der Kindheit ein (F93.1&F93.2). Dabei wird vermerkt, dass die Beschränkung der ICD-10 für die Vergabe der Diagnose „F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ auf ein Auftreten vor dem sechsten Lebensjahr klinisch nicht sinnvoll sei.

An **strukturierten Interviews** wird u.a. der *Kinder-DIPS*, das Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (*DISYPS-II*) und das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (*CASCAP-D*), welches die deutsche Fassung der Clinical Assessment-Scale for Child and Adolescent Psychopathology (*CASCAP*) darstellt.

Es wird auf zahlreiche **standardisierte Tests** zur Erfassung der Symptome verwiesen. Wiederholt erwähnt werden dabei der Angstfragebogen für Schüler (*AFS*) sowie die deutschen Versionen der Social Anxiety Scale for Children-Revised (*SASC-R-D*), des State-Trait-Angstinventar (*STAI*) und des Social Phobia and Anxiety for Children (*SPAI-C*).

Eine **Verhaltensbeobachtung** zur Diagnostik wird von fünf Lehrbüchern vorgeschlagen. Dabei finden verschiedene Verfahren der Verhaltensbeobachtung Erwähnung: so die Selbstbeobachtung des Kindes durch ein Tagebuch, Fremdbeobachtung des Kindes im natürlichen Umfeld, unsystematische und systematische Beobachtung durch den Diagnostiker (z.B. anhand des Behavioral Avoidance Test *BAT*). Vereinzelt werden **Persönlichkeitstests und projektive Verfahren** vorgeschlagen.

Andere Angststörungen (ICD-F41)

Die Lehrbücher gehen nicht auf Störungsbilder ein, die unter F41 klassifiziert werden können. Einzig ein Lehrbuch empfiehlt für die generalisierte Angststörung den Kinder-Angst-Test II (*KAT II*).

3.3.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Für die folgende vergleichende Analyse der Leitlinien wurde die *Leitlinie Angststörungen (F41, F93.0)* einbezogen. Die Leitlinie hat die Entwicklungsstufe S1, d.h. die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im *informellen Konsens* erarbeitet. Die herausgebende AWMF-Fachgesellschaft ist die DGKJP. Die neun-seitige Leitlinie wurde im Januar 1999 erstellt und im November 2006 überarbeitet. Die Leitlinie ist nicht mehr gültig und das Datum der nächsten Überprüfung wurde noch nicht bekanntgegeben. Die Leitlinie stellt die Empfehlungen bzgl. störungsspezifischer Diagnostik und bzgl. Interventionen in einer komprimierten Form dar.

Leitlinien Diagnostik

Das diagnostische Vorgehen ist im Kapitel 2 (störungsspezifische Diagnostik) der Leitlinie *Angststörungen*, festgehalten. Das Kapitel ist folgendermassen gegliedert: Erfassung der Symptomatik, störungsspezifische Entwicklungsgeschichte, Auflistung der psychiatrischen Komorbidität, störungsrelevante Rahmenbedingungen, apparative Labor- und Testdiagnostik und weitergehende Diagnostik

und Differentialdiagnostik. Im Kapitel 3 der Leitlinie wird das Vorgehen für eine Multiaxiale Bewertung geschildert. Zusätzlich ist ein diagnostischer Entscheidungsbaum für Angststörungen verfügbar (siehe **Abbildung 5**, Anhang 3). Die **Tabelle 11** (Anhang 2) erfasst darüber hinaus die Grundinformationen zu den deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Die Diagnostik wird nicht spezifiziert nach den verschiedenen Störungsbildern (ICD-F41, -F93.0).

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGKJP zur Diagnostik von Angststörungen:

Die nicht mehr gültige S1-Leitlinie empfiehlt die untenstehenden diagnostischen Verfahren und konkret empfohlenen diagnostischen Abklärungen bzw. Tests in Klammern. Die Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in der Leitlinie; es werden allerdings keine Angaben zum konkreten Ablauf gemacht. Wenn nicht anders erwähnt, handelt es sich um Empfehlungen.

- Exploration des Kindes (u.a., Erfassung der Symptome, Ausprägungsgrad, Dauer) und der Bezugspersonen (u.a. Art und Beginn der Symptomatik, Leistungen und Verhalten des Kindes)
- Verhaltensbeobachtung (Ängstlichkeit, Panik, Interaktion mit der Mutter)
- Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte (z.B. Panikstörung typischerweise nicht vor Pubertät)
- Psychiatrische Komorbidität (u.a. andere Angststörungen, Depressive Störungen)
- Störungsrelevante Rahmenbedingungen (u.a. Angststörungen in der Familie)
- Hilfreich: Fragebogenverfahren (KAT-II, AFS, CASI, SBB-ANG)
- Wenn indiziert durch Leistungsabfall: Leistungsdiagnostik (keine spezifischen Tests erwähnt)
- Fakultativ: Persönlichkeitsdiagnostik (keine spezifischen Tests erwähnt)
- Differenzialdiagnostik: somatische Abklärung zum Ausschluss einer organischen oder substanzbedingten Angststörung (unabdingbar!). Siehe Leitlinien-Kap. 3.3 für eine Liste mit Differenzialdiagnosen
- Diagnostischer Entscheidungsbaum nach ICD-10 Kriterien

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige NICE-Diagnostikleitlinie *social anxiety disorder of childhood* enthält die gleichen diagnostischen Schritte. Zusätzlich sind Screening-Fragen vorhanden, die als Kriterium für eine vertiefte Abklärung verwendet werden.
- **USA:** Die AACAP-Diagnostikleitlinie zu *anxiety disorder* ist nicht mehr gültig
- **Frankreich:** Es liegen gegenwärtig keine Diagnostikleitlinien der HAS vor.

Leitlinien Behandlung

Die Empfehlungen in der Behandlungs-Leitlinie sind nach dem Schweregrad der Angststörung (bzw. unkomplizierte, schwere und sehr schwere Panikstörung/Generalisierte Angststörung) differenziert, und diese Differenzierung wird in der untenstehenden Textpassage übernommen.

Die **Tabelle 17** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen zu den deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Der Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte der DGKJP ist in **Abbildung 14** (Anhang 5) dargestellt.

Zusammenfassung Behandlungsempfehlungen der DGKJP für Panikstörung und generalisierte Angststörung

Gemäss der DGKJP gelten für Kinder und Jugendliche die folgenden Empfehlungen:

- Bei **unkomplizierter** Panikstörung / generalisierter Angststörung: kann zunächst Beratung und Psychoedukation ausreichend sein.
- Behandlung erster Wahl bei **schwerer** Panikstörung / generalisierter Angststörung: vorrangig Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ⁵⁷ oder (bei Misserfolg) KVT und Familientherapie (FAMT)
- Behandlung erster Wahl bei **sehr schwerer** Panikstörung / generalisierter Angststörung: KVT und FAMT kombiniert mit Pharmakotherapie sollte in Erwägung gezogen werden.

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder:

- **UK:** Die gültigen NICE-Behandlungsleitlinien zu *generalised anxiety disorder* sowie zu *panic disorder* empfehlen identisches Vorgehen und Interventionen. Die gültige NICE-Behandlungsleitlinien zu *social anxiety disorder* empfehlen KVT und Einbezug der Eltern besonders bei Kleinkindern.
- **USA:** Die AACAP-Behandlungsleitlinien zu *anxiety disorders* sind nicht gültig.
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien der HAS vor.

3.4 Zwangsstörungen

3.4.1 Synopse Fachliteratur

Insgesamt vier Lehrbücher dokumentieren diagnostische Verfahren zu Zwangsstörungen (ICD-F42). Ein Lehrbuch orientiert sich an der Leitlinie der DGKJP und an der multiaxialen Diagnostik. Dessen Autoren führen aus, dass die diagnostischen Kriterien für Zwangsstörungen in der DSM-IV weicher gehalten sind. Dies sei für die Abklärung bei Kindern und Jugendlichen geeigneter, da diese z.B. keine Einsicht darüber haben können, ob ihre Zwangshandlungen unsinnig sind. In der ICD-10 wird diese Einsicht jedoch als Diagnosekriterium verlangt.

Alle vier Lehrbücher erwähnen als **strukturiertes Interview** die deutsche Version der Childrens Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). Als **standardisierten Symptom Test** weisen zwei Lehrbücher auf die deutsche Version des Leyton Obsessional Inventory (LOI) hin. Weitere zwei Lehrbücher sehen daneben auch **Leistungstests** und ein Lehrbuch auch **Persönlichkeitstests** vor.

3.4.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Die Leitlinie Zwangsstörungen (ICD-F42) ist eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie, d.h. die Leitlinie hat die Entwicklungsstufe S3. Die herausgebende Fachgesellschaft ist die DGPPN. Die Leitlinie wurde im Mai 2013 erstellt, ist gültig und umfasst 145 Seiten. Die Altersgruppe ist in der Leitlinie nicht definiert. Die Leitlinie enthält u.a. kurze Zusammenfassungen der Empfehlungen mit dem Empfehlungsgrad (s.o. Kapitel 3.1.1 für die Beschreibung der Empfehlungsgrade).

⁵⁷ Cognitive behavioural therapy (CBT) wird als KVT übersetzt.

Leitlinien Diagnostik

Angaben zur Diagnostik sind im Kapitel 3 der Langfassung der Leitlinie *Zwangsstörungen* vorhanden. Dieses ist unterteilt in die Unterkapitel "Symptomatik und Diagnosestellung nach ICD-10/DSM IV", "Verfahren zur Bestimmung des Schweregrades und der Ausprägung der Zwangssymptomatik", "Diagnostik der Auswirkungen auf Alltag, Beruf und Lebensqualität", "Diagnostische Massnahmen zur Verlaufsbeurteilung" und "Differenzialdiagnostik und Komorbidität". Als Zusammenfassung ist ein diagnostischer Stufenplan mit Empfehlungsgraden vorhanden, der in der Kurzversion der Leitlinie die Diagnostik dokumentiert (siehe **Abbildung 6**, Anhang 3). Alle Empfehlungen haben die Stufe KKP (s.o. Kap. 3.1.1). In **Tabelle 11** (Anhang 2) findet sich eine Übersicht zu den deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien.

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGPPN zur Diagnostik von Zwangsstörungen:

Die Leitlinie enthält untenstehende diagnostische Etappen und konkret empfohlene diagnostische Abklärungen bzw. Tests in kursiver Schrift. Die Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in der Langfassung der Leitlinie; es werden allerdings keine Angaben zum konkreten Ablauf gemacht. Wenn nicht anders erwähnt, handelt es sich um Empfehlungen (siehe auch: **Abbildung 6**, Anhang 3).

- Screening Diagnostik (KKP Empfehlung): *ZF-OCS, plus zusätzliche Fragen zur Beeinträchtigung und Schweregrad*
- Klinisches Interview (KKP Empfehlung): *Diagnosekriterien nach ICD-10, Beginn u. Verlauf der Störung, Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen*
- Verhaltensbeobachtung: *durch den Diagnostiker in der Klinik und idealerweise auch in natürlicher Umgebung sowie Selbstbeobachtung des Patienten*
- Diagnose-Checkliste nach ICD-10: *IDCL*
- Falls möglich: strukturiertes oder standardisiertes Interview: *CIDI, SKID I, DIPS*
- Einholung fremdanamnestischer Informationen (KKP Empfehlung)
- Ermittlung des Schweregrades und Ausprägung der Symptomatik: *Y-BOCS, AMDP, OCI-R, HZI-K*
- Auswirkungen auf Alltag, Beruf und auf Lebensqualität (KKP Empfehlung): *WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, SF-36, GAS*,
- Verlaufsbeurteilung (KKP Empfehlung): *Y-BOCS, AMDP, OCI-R, HZI-K, WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, SF-36, GAS, GAF*
- Psychische Komorbidität: *CIDI, SKID I, DIPS*
- Psychische Differenzialdiagnostik: 13 Störungen werden aufgelistet mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu Zwangsstörungen sowie spezifischen Kommentaren dazu
- Somatische Differenzialdiagnostik (KKP Empfehlung): *somatische und neurolog. Untersuchung*

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige NICE-Diagnostikleitlinien zu *obsessive-compulsive disorder* enthält die gleichen diagnostischen Schritte. Spezifisch für Kinder und Jugendliche wird empfohlen, das Kind einmal alleine zu sprechen, weil Zwänge stark schambesetzt sind. Es werden hilfreiche standardisierte Verfahren erwähnt: *CY-BOCS, ChOCI, SDQ*
- **USA:** Die gültige AACAP-Diagnostikleitlinie zu *obsessive-compulsive disorder* enthält die gleichen diagnostischen Schritte. Die Screening Fragen orientieren sich an der DSM-IV. Als standardisiertes Verfahren wird ebenfalls die *CY-BOCS* empfohlen (mit Einschränkungen) sowie das *LOI und diverse Skalen* zur Erfassung von Ängsten. Es wird zusätzlich betont, dass der Einbezug von Eltern und Schule sehr wichtig ist.
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien der HAS vor.

Leitlinien Behandlung

In der untenstehenden Zusammenfassung werden lediglich die Empfehlungen der DGPPN, welche mit dem Empfehlungsgrad A und KKP verliehen wurden, beschrieben (s.o. Kapitel 3.1.1 für die Beschreibung der Empfehlungsgrade). Die Empfehlungen in der Behandlungsleitlinie differenzieren nicht nach dem Schweregrad der Zwangsstörung. Dementsprechend wird eine solche Differenzierung in der untenstehenden Textpassage nicht vorgenommen. Die **Tabelle 17** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Ein Entscheidungsbaum bzgl. der Therapieschritte ist in der Leitlinie nicht vorhanden.

Zusammenfassung Behandlungsempfehlungen der DGKJP für Zwangsstörungen

Gemäss der DGPPN gelten die folgenden Empfehlungen mit Empfehlungsgrad A oder KKP:

- Aufklärung und Informationsvermittlung haben bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen einen hohen Stellenwert und sollen möglichst frühzeitig erfolgen (Empfehlungsgrad KKP).
- Psychoedukation soll Bestandteil jeder Behandlung sein. Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Psychoedukation einbezogen werden (Empfehlungsgrad KKP).
- Psychotherapie erster Wahl bei einer Zwangsstörung: störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschliesslich Exposition und Reaktionsmanagement (Empfehlungsgrad A).
- Der Einbezug von engen Bezugspersonen bei der Durchführung einer KVT ist empfohlen (Empfehlungsgrad KKP).
- Die Psychopharmakologische Therapie (mit SSRI/Clomipramin) soll mit einer KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement kombiniert sein (Empfehlungsgrad A).
- Eine Monotherapie mit Medikamenten ist nur indiziert, wenn KVT abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann, KVT wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder damit die Bereitschaft des Patienten, sich auf KVT einzulassen, erhöht werden kann (Empfehlungsgrad KKP).

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige NICE-Behandlungsleitlinie zu *obsessive-compulsive disorder* für Kinder und Jugendliche empfehlen identisches Vorgehen und Interventionen;
- **USA:** Die gültige AACAP-Behandlungsleitlinie zu *obsessive-compulsive disorder* für Kinder und Jugendliche empfehlen identisches Vorgehen und Interventionen;
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien der HAS vor.

3.5 Persönlichkeitsstörungen

3.5.1 Synopse Fachliteratur

Angaben zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sind in zwei deutschen Lehrbüchern vorhanden. Ein Lehrbuch weist auf die Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV hin: Während die ICD-10 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufgrund der anhaltenden Entwicklung vor 16 oder 17 Jahren als „wahrscheinlich unangemessen“ bezeichnet, ist die Diagnose im DSM-IV in der multiaxialen Klassifikation auf Achse II, unter Einhaltung von gewissen Kriterien, möglich.

Beide Lehrbücher verweisen für ein **strukturiertes Interview** auf die deutsche Version der International Personality Disorder Examination (*IPDE*) und das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (*SKID-II*) hin. Als **standardisierten Test** schlagen beide Lehrbücher u.a. das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (*PSSI*) vor. Alle erwähnten Verfahren wurden für Erwachsene entwickelt und sind – gegebenenfalls in modifizierter Form – für Jugendliche ab 14/15 Jahren einsetzbar.

3.5.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Die *Leitlinie Persönlichkeitsstörungen* hat die Entwicklungsstufe 2, d.h. es hat eine systematische „Evidenz“-Recherche stattgefunden. Die herausgebenden Fachgesellschaften der Leitlinie sind die DGPPN, die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP) und die DGKJP. Die Leitlinie wurde im Mai 2008 erstellt, ist nicht mehr gültig und umfasst 60 Seiten. In der Leitlinie wird das Datum der nächsten Überarbeitung nicht bekanntgegeben. Die Leitlinie richtet sich an Ärzte und Psychologen, die Patienten und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen behandeln und dienen der Qualitätssicherung in der Medizin und der Psychotherapie. Ausgangspunkt für die Leitlinie war eine intensive Literaturrecherche. Die Empfehlungen in der Leitlinie sind mit der Beurteilung „wirksam (I)“, möglicherweise wirksam (II) oder bislang ohne ausreichende Nachweise (III und IV) versehen. Ziel der Leitlinie ist die Beschreibung des aktuellen Stands in der Diagnostik und Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Die Leitlinie enthält u.a. ein Kapitel zu *Kinder- und Jugendpsychiatrischen Aspekten von Persönlichkeitsstörungen*.

Leitlinien Diagnostik

Im Kapitel zu *Kinder- und Jugendpsychiatrischen Aspekten von Persönlichkeitsstörungen* gibt es einen kurzen Abschnitt zur Diagnostik. In **Tabelle 12** (Anhang 2) sind die Grundinformationen zu den deutschen und britischen Leitlinien zusammengefasst. Ein Entscheidungsbaum der Diagnoseschritte ist nicht vorhanden.

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGPPN/DGPM/DGP/DGKJP zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen:

Die Leitlinie enthält untenstehende diagnostische Angaben. Konkrete Diagnose-Etappen werden nicht beschrieben.

- Jugendliche erfüllen kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen oft nur teilweise, deshalb werden fünf Diagnosestufen empfohlen:
 - Stufe 1 Die vorhandene Beschreibung trifft auf das Individuum nicht zu.
 - Stufe 2 Das Individuum weist nur wenige Facetten des Störungsbildes auf.
 - Stufe 3 Die diagnostischen Kriterien treffen moderat zu, wobei signifikante Aspekte des Störungsbildes bei dem Individuum fassbar werden.
 - Stufe 4 Der Patient weist das entsprechende Störungsbild sicher auf. Die Diagnose passt.
 - Stufe 5 Der Patient repräsentiert die entsprechende Störungsdiagnose geradezu und ist für dieses Störungsbild prototypisch.
- Erhebungsinstrumente zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungsmerkmalen: Fragebogen IPMS (basiert auf IPDE Interview), Q-Sort Verfahren, Childhood Behavior Questionnaire, Inventory of Child Individual Differences für Bezugspersonen von Kindern 3-12 Jahre, JTCI (ab 12 Jahren), Neo-FFI (ab 16 Jahren)

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige Leitlinie zu *borderline personality disorder* betont, dass eine umfassende Abklärung gemacht werden muss, inklusive einer Erfassung der Entwicklung des Jugendlichen anhand von Eltern/Bezugspersonen. Es werden ebenfalls der IPDE, das Q-Sort Verfahren sowie borderline-spezifische Screeninginstrumente erwähnt. Die Diagnostik wird nicht gestuft. Die gültige Leitlinie zu *antisocial personality disorder* enthält vor allem Hinweise, wie Kinder mit einem Risiko zu Verhaltensproblemen, die später zu "antisocial personality disorder" führen können, identifiziert werden können⁵⁸.
- **USA:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien der AACAP vor.
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien der HAS vor.

Leitlinien Behandlung

Im Kapitel zu *Kinder- und Jugendpsychiatrischen Aspekten von Persönlichkeitsstörungen* werden u.a. die empfohlenen Therapien zusammengefasst. Die therapeutischen Interventionen im Kindes- und Jugendalter sind derzeit erst Gegenstand systematischer Wirksamkeitsstudien bzw. sie haben die Beurteilungsgrad IV. Die Empfehlungen in der Behandlungsleitlinie differenzieren nicht nach dem Schweregrad der Persönlichkeitsstörung. Dementsprechend wird eine solche Differenzierung in der untenstehenden Textpassage nicht vorgenommen.

Die **Tabelle 18** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen zu den deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Ein Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte ist nicht vorhanden.

⁵⁸ Die DSM-IV verlangt als Kriterium für "antisocial personality disorder" eine diagnostizierte "conduct disorder" vor dem Alter von 15 Jahren. Die NICE Leitlinie *antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people* enthält umfassende Angaben zur Diagnostik und zu Erhebungsinstrumenten von antisocial behaviour and conduct disorders.

Zusammenfassung der Behandlungsempfehlungen der DGPPN/DGPM/DGP/DGKJP für Persönlichkeitsstörungen

Gemäss den oben genannten deutschen Fachgesellschaften gelten für Kinder und Jugendliche die folgenden Empfehlungen:

- Im Kindes- und Jugendalter gelten *psychotherapeutische Verfahren* als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Der Ansatzpunkt der Therapie soll nicht allein die Patienten/innen selbst fokussieren, sondern auch deren *familiäres und aussenfamiliäres Umfeld* einbeziehen.

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder:

- **UK:** Die gültige NICE-Behandlungsleitlinie für Kinder und Jugendliche zu *antisocial personality disorder*⁵⁹ sowie zu *borderline personality disorder* für junge Erwachsene empfehlen identisches Vorgehen und identische Interventionen.
- **USA:** Die APA-Behandlungsleitlinie zum *borderline personality disorder* ist nicht gültig.
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien der HAS vor.

3.6 Sprach- und Teilleistungsstörungen: Artikulationsstörungen

3.6.1 Synopse Fachliteratur

Die nachfolgend beschriebene Synopse bezieht sich auf allgemeine umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD-F80), also sowohl auf Artikulationsstörungen (F80.0) als auch auf Sprachstörungen (F80.1 und F80.2), für die jeweils separate Leitlinien vorhanden sind (s.u.).

Döpfner und Petermann (2012) haben basierend auf der ICD-10/DSM IV für die Diagnostik von umschriebenen Entwicklungsstörungen einen Kriterienkatalog ausgearbeitet. Bei Esser (2011) sind detaillierte Anweisungen zum diagnostischen Vorgehen zu finden, welche abgeleitet sind aus den ICD-10 Kriterien (gilt auch für F81.0 und F81.2). Das amerikanische Lehrbuch verweist darauf, dass das in der DSM-IV-TR geforderte „cognitive-linguistic discrepancy model“ schwierig zu operationalisieren sei. Besser sollten alle Kinder für die Diagnose in Frage kommen, deren Sprachfertigkeiten nicht altersentsprechend entwickelt sind.

Auf strukturierte Interviews wurde in keinem Lehrbuch verwiesen. Alle Lehrbücher führen mehrere **Leistungstests** für den deutschsprachigen bzw. amerikanischen Kontext auf. Zudem empfehlen fünf Lehrbücher einen Intelligenztest, wobei nur ein Lehrbuch einen konkreten Test nennt. Ein Lehrbuch sieht zusätzlich noch einen Entwicklungstest und ein anderes Lehrbuch einen Persönlichkeits-test vor. Das amerikanische Lehrbuch schlägt vor, das Sprachverhalten bei der Untersuchung zu beobachten.

Für die Früherkennung von Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache gibt es mehrere **Screening-Tools**, um die Eltern zu befragen.

⁵⁹ Die DSM-IV verlangt als Kriterium für "antisocial personality disorder" eine diagnostizierte "conduct disorder" vor dem Alter von 15 Jahren. Die Empfehlungen in der Leitlinie zu *antisocial personality disorder* beziehen sich deshalb auf Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit "conduct disorders" zur Prävention von "antisocial personality disorder".

3.6.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Die *Leitlinie der Umschriebenen Artikulationsstörungen* (ICD-80.0) hat die Entwicklungsstufe S1, d.h. die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im *informellen Konsens* erarbeitet. Die herausgebende Fachgesellschaft der Leitlinie ist die DGKJP. Die sechsseitige Leitlinie wurde im Januar 1999 erstellt, im November 2006 überarbeitet und ist nicht mehr gültig. Das Datum der nächsten Überarbeitung wird nicht bekanntgegeben. Die Leitlinie stellt die Empfehlungen bzgl. störungsspezifischer Diagnostik und bzgl. Interventionen in einer komprimierten Form dar.

Leitlinien Diagnostik

Angaben zur Diagnostik sind im Kapitel 2 der Leitlinie *störungsspezifische Diagnostik* aufgeführt. Das Kapitel gliedert sich in Symptomatik, störungsspezifische Entwicklungsgeschichte, psychiatrische Komorbidität, störungsrelevante Rahmenbedingungen, apparative-, labor-, und Testdiagnostik sowie weitergehende Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In Kapitel 3 ist zudem das Vorgehen für eine Multiaxiale Bewertung beschrieben. In **Abbildung 7** (Anhang 3) ist das Vorgehen zu Komorbidität und Differenzialdiagnose in einem diagnostischen Entscheidungsbaum zusammengefasst.

In **Tabelle 13** (Anhang 2) sind zudem die Grundinformationen zu den einzelnen Leitlinien länderspezifisch aufgeführt.

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGKJP zur Diagnostik von umschriebenen Artikulationsstörungen:

Die nicht mehr gültige S1-Leitlinie enthält untenstehende diagnostische Verfahren und konkret empfohlene diagnostische Abklärungen bzw. Tests in Klammern. Die Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in der der Leitlinie und in **Abbildung 7** (Anhang 3); es werden allerdings keine Angaben zum konkreten Ablauf gemacht. Wenn nicht anders erwähnt, handelt es sich um Empfehlungen.

- Beobachtung des Sprechverhaltens des Kindes
- Exploration der Eltern (Art und Intensität der Artikulationsstörung, negative Reaktionen des Umfeldes, Reaktion des Kindes zur Wiederholung des Gesprochenen, Motivation der Eltern zur Mitarbeit)
- Orientierende körperliche Untersuchung (nicht näher spezifiziert)
- Differenzialdiagnostik:
 - Ausschluss von falschen Sprachvorbildern als Ursache für die Artikulationsstörung
 - Orientierende Intelligenzdiagnostik (nicht näher spezifiziert)
 - Orientierende Untersuchung der expressiven und rezeptiven Sprache zum Ausschluss einer F80.1 oder F80.2 Diagnose (SSV)
 - Orientierende kinderneurologische Untersuchung zum Ausschluss einer Zerebralparese (ggf. EEG)
 - Orientierende pädaudiologische Untersuchung zum Ausschluss von Erkrankungen im Oralbereich und Hörstörungen
- Komorbidität: emotionale Störungen, Verhaltensstörungen
- Testdiagnostik:
 - Artikulatorische Lautbildungstests (Lauttreppe von Möhring, LBT/DLBT, BAT)
 - Phonologische Lautbildungstests (PLAKKS, AVAK)
 - Lautdiskriminationstest (LUT, BLDT, PLD-SES)
 - Mundmotoriktest (Mundmotoriktest von Draf, PLD-SES, MMPM)
- Diagnose nach angepassten ICD-10-Kriterien (vgl. **Abbildung 9**, Anhang 3) und MAS

Vergleich mit den Diagnostikleitlinien anderer Länder:

- **UK:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien von NICE vor
- **USA:** Die Leitlinie zu *language and learning disorders (LLD)* wird derzeit überarbeitet
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien der HAS vor.

Leitlinien Behandlung

Die Empfehlungen in der Leitlinie zur Behandlung sind nach der Art der Artikulationsstörung differenziert. Diese Differenzierung wird in der untenstehenden Textpassage übernommen. Die **Tabelle 19** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Der Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte der DGKJP ist in **Abbildung 15** (Anhang 5) dargestellt.

Zusammenfassung der Behandlungsempfehlungen der DGKJP für umschriebene Artikulationsstörungen (Phonologische Störungen)

Gemäss der DGKJP gelten für Kinder und Jugendliche die folgenden Empfehlungen:

Die Behandlung sollte möglichst bis zur Einschulung abgeschlossen sein.

- Bei einer **oralmotorischen Koordinationsschwäche**: Information und Beratung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen und Training oralmotorischen Fähigkeiten.
- Bei einer **phonematischen Differenzierungsschwäche**: Information und Beratung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen und Lautdiskriminationsübungen.
- Bei **Artikulationsstörung**: Information und Beratung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen und logopädische Behandlung.
- Die Art der logopädischen Behandlung hängt vom Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen ab: Bei jüngeren Kindern stehen indirekte, in ein Spiel integrierte Übungen im Vordergrund; bei älteren Kindern/Jugendlichen können das Bewusstmachen der/des Lautbildungsfehler/s und der Einsatz von Spiegel und Artikulationshilfen sinnvoll sein.
- Bei **Vorliegen eines erheblichen Leidensdruck oder psychopathologischer Begleitstörung**: Information und Beratung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen und Psychotherapie in Kombination mit einer logopädischen Behandlung.

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder:

- **UK**: Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien von NICE vor.
- **USA**: Die AACAP-Behandlungsleitlinie zu *language and learning disorder (LLD)* ist nicht gültig;
- **Frankreich**: Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien der HAS vor.

3.7 Sprach- und Teilleistungsstörungen: Sprachstörungen

3.7.1 Synopse Fachliteratur

Siehe Kapitel 3.6.1 für eine Synopse der Fachliteratur von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD-F80).

3.7.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Empfehlungen zur Diagnostik und zur Behandlung sind in zwei unterschiedlichen Leitlinien festgehalten. Für die Diagnostik wird die Leitlinie *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)* herangezogen und für die Behandlung die Leitlinie *Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache*. Beide Leitlinien beziehen sich auf die ICD Diagnosen F80.1 und F80.2.

Leitlinien Diagnostik

Die interdisziplinäre S2k Leitlinie *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)* wurde unter der Federführung von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) und der DGKJP erarbeitet unter der Mitarbeit von elf anderen Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Die Leitlinie wurde im Dezember 2011 erstellt und ist bis Mitte Dezember 2016 gültig. Sie umfasst 94 Seiten und folgende Kapitel: Methodik der Leitlinien, Erstellung, Definition/Klassifikation/Epidemiologie und Diagnostik von SES/USES. Das Ziel der Leitlinie besteht darin, die Diagnostik und die Differenzialdia-

gnostik von Sprachentwicklungsstörungen zu optimieren. Es ist ein diagnostischer Algorithmus verfügbar, welcher den Ablauf der Diagnostik grafisch verdeutlicht (vgl. **Abbildung 8**, Anhang 3). Zudem sind diagnostische Kriterien formuliert worden (vgl. **Abbildung 9**, Anhang 3).

In **Tabelle 13** (Anhang 2) sind die Grundinformationen zu den deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien dargestellt.

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGPP/DGKJP zur Diagnostik von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen:

Die gültige S2k-Leitlinie enthält untenstehende diagnostische Etappen mit den entsprechenden diagnostischen Verfahren. In Kapitel 2.4 der Leitlinie sind Tests und Untersuchungsinstrumente zur Sprachentwicklung aufgeführt, differenziert nach Alter und Zweck.

- Diagnostik im Verdachtsfall
 - Gespräch/Interview mit Bezugspersonen/Anamnese
 - (Eltern-) Fragebogen
 - Screening oder Test
- Sprachdiagnostik, d.h. Untersuchung der Phonetik/Phonologie/, Lexikon/Semantik, Morphologie/Syntax und Pragmatik sowie Funktionstüchtigkeit des Arbeits- bzw. Kurzzeitgedächtnisses:
 - Gespräch/Interview mit Bezugspersonen/Sprachanamnese
 - Eltern-/Erzieherinnen-Fragebogen
 - (Teilnehmende) Beobachtung
 - Spontansprachanalyse
 - Elizitationsverfahren (Tests, Screenings, informelle Verfahren)
- Differenzialdiagnostik
 - Gespräch/Interview mit Bezugspersonen/allgemeine, psychosoziale und Familienanamnese
 - Eltern-/Erzieherinnen-Fragebogen
 - (Teilnehmende) Beobachtung
 - Medizinische Untersuchungen
 - Tests und Fragebogen zur Erfassung sozial-emotionaler Funktionen
 - Tests zur Erfassung kognitiver Leistungen
- Klassifikation nach ICD-10 bzw. diagnostischen Kriterien in der Leitlinie (vgl. Abbildung 9, Anhang 3)

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien von NICE vor
- **USA:** Die Leitlinie zu *language and learning disorders (LLD)* wird derzeit überarbeitet
- **Frankreich:** Es liegen derzeit keine publizierten Diagnostikleitlinien der HAS vor.

Leitlinien Behandlung

Die Leitlinie der umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache (ICD-F80.1 und F80.2) hat die Entwicklungsstufe S1 d.h. die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im *informellen Konsens* erarbeitet. Die herausgebende Fachgesellschaft der Leitlinie ist die DGKJP. Die 9-seitige Leitlinie wurde im Januar 1999 erstellt, im November 2006 überarbeitet und ist nicht mehr gültig. In der Leitlinie wird das Datum der nächsten Überarbeitung nicht bekanntgegeben. Sie stellt die Empfehlungen

bzgl. störungsspezifischer Diagnostik und bzgl. Interventionen in einer komprimierten Form dar. Die Empfehlungen in der Leitlinie sind nach dem Schweregrad der Sprachstörung differenziert, und diese Differenzierung wird in der untenstehenden Textpassage übernommen.

Die **Tabelle 19** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien. Der Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte der DGKJP ist in **Abbildung 16** (Anhang 5) dargestellt.

Zusammenfassung der Behandlungsempfehlungen der DGKJP für Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache

Gemäss der DGKJP gelten für Kinder und Jugendliche die folgenden Empfehlungen:

- Die Behandlungen sollten möglichst bis zur Einschulung abgeschlossen sein.
- Bei Kindern **bis zu etwa 3 Jahren** mit **weniger ausgeprägten Rückständen der Sprachentwicklung**: Beobachtung des Kindes in monatlichen Abständen und Aufklärung, Beratung und Anleitung der Eltern in der Förderung der Sprache in der Alltag, wobei die Beratung und Anleitung oft im Vordergrund steht;
- Bei **Kindern über 3 Jahren** und mit **ausgeprägten Störungen**: Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes der Erziehenden oder der Lehrpersonen und logopädische Behandlung, wobei zunehmend die direkte Behandlung des Kindes gleichberechtigt neben die Beratung der Bezugspersonen tritt.

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder:

- **UK**: Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien von NICE vor.
- **USA**: Die AACAP-Behandlungsleitlinie zu *language and learning disorder (LLD)* ist nicht gültig.
- **Frankreich**: Es liegen derzeit keine publizierten Behandlungsleitlinien der HAS vor.

3.8 Autismus-Spektrum-Störungen

3.8.1 Synopse Fachliteratur

In sechs Lehrbüchern wird die Diagnostik von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (ICD-F84) behandelt. Als **strukturiertes Interview** zur Diagnose des frühkindlichen Autismus verweisen alle sechs Lehrbücher auf das Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) und für das Asperger Syndrom erwähnen zwei Lehrbücher das Asperger-Syndrom Diagnostik Interview (ASDI). Zwei Lehrbücher raten zu **Leistungstests** und drei Lehrbücher zu **Intelligenztests**. Ein Lehrbuch führt aus, dass Leistungstests für Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zwar schwierig zu bearbeiten, aber dennoch möglich seien.

Alle Lehrbücher erwähnen mehrere **standardisierte Tests zur Erfassung der Symptome**. Drei Lehrbücher empfehlen allgemeine **Entwicklungstests** und fünf Lehrbücher eine **Verhaltensbeobachtung**, wovon vier auf den Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) verweisen.

Vier Lehrbücher empfehlen eine **Laboruntersuchung**. Alle ausser einem Lehrbuch weisen zudem auf die **Früherkennung** hin anhand der Checklist for Autism in Toddlers (CHAT, MCHAT, QCHAT). Ein Lehrbuch merkt jedoch an, dass bei diesen Screenings das Risiko besteht, dass mildere Varianten von tief greifenden Entwicklungsstörungen unerkannt bleiben. Für alle erwähnten englischsprachigen Instrumente liegen auch deutschsprachige Fassungen vor.

3.8.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

In der untenstehenden vergleichenden Analyse wird die *Leitlinie Tief greifende Entwicklungsstörungen* (ICD-F84) als Referenzgrösse gewählt. Diese Leitlinie enthält die Empfehlungen sowohl zur Diagnostik/Abklärung als auch zur Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen. Die Leitlinie hat die Entwicklungsstufe S1, d.h. die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im *informellen Konsens* erarbeitet. Die herausgebende Fachgesellschaft der Leitlinie ist die DGKJP. Die 8 seitige Leitlinie wurde im Januar 1999 erstellt, im November 2006 überarbeitet und ist nicht mehr gültig. Die Leitlinie ist zur Aktualisierung als S3-Leitlinie angemeldet unter dem Titel: *Autismusstörungen im Kindes-Jugend- und Erwachsenenalter*. Die Leitlinie stellt die Empfehlungen bzgl. störungsspezifischer Diagnostik und bzgl. Interventionen in einer komprimierten Form dar. Die Empfehlungen in der Leitlinie sind mit den folgenden Beurteilungen versehen⁶⁰: Evidenzgrad I „wirksam“, Evidenzgrad II "möglichweise wirksam" oder Evidenzgrade III und IV "bislang ohne ausreichende Nachweise". In der Leitlinie werden folgende Formen von Autismus unterschieden und definiert: Frühkindlicher Autismus (ICD-F84.0), atypischer Autismus (ICD-F84.1), Rett-Syndrom (ICD-F84.2), andere desintegrative Störung (ICD-F84.3), überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (ICD-F84.4) und Asperger Syndrom (ICD-F84.5).

Leitlinien Diagnostik

Die Angaben zur Diagnostik sind in der Leitlinie im Kapitel 2 *Störungsspezifische Diagnostik* zusammengefasst. Neben Empfehlungen zur Erfassung der Symptomatik und weitergehenden Testverfahren sind auch Beschreibungen zu störungsspezifischer Entwicklungsgeschichte, psychiatrischer Komorbidität und Differenzialdiagnose sowie entbehrlicher Diagnostik enthalten. Altersspezifisch unterscheiden sich die Empfehlungen zur Anwendung von konkreten Testverfahren nur bei der Frühdiagnostik (Säuglinge und Kleinkinder). **Tabelle 14** (Anhang 2) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen, amerikanischen und französischen Diagnostik-Leitlinien. In **Abbildung 10** (Anhang 3) ist ein differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum für Autistische Störungen dargestellt, der Diagnosemerkmale für folgende Autismusformen auflistet: Rett-Syndrom, andere desintegrative Störung des Kindesalters, überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien, frühkindlicher Autismus, Asperger Syndrom, atypischer Autismus und nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung. In **Abbildung 11** (Anhang 3) ist eine Synopsis der Diagnostik Autistischer Störungen dargestellt. Die diagnostischen Etappen differenzieren nicht nach den verschiedenen Arten von Autismus, ausser dass bei der weitergehenden Diagnostik auf das Rett-Syndrom eingegangen wird (Möglichkeit eines molekulargenetischen Tests).

⁶⁰ Es gibt in der Leitlinie keine Angaben, was die Zusätze I, II, III, IV bedeuten. Wir nehmen jedoch an, dass es analog ist zu den Beurteilungsstufen in anderen Leitlinien (siehe z.B. Kap. 3.5.2)

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGKJP zur Diagnostik von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen:

Die Leitlinie enthält folgende diagnostische Etappen und konkret empfohlene diagnostische Tests in Klammern. Die Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in **Abbildung 11**.

*=Evidenzgrad I, **=Evidenzgrad II (s.o. allgemeine Angaben)

- Screening bzw. Frühdiagnostik vor dem 36. Lebensmonat (ADOS, M-CHAT)
- Screening nach dem 36. Lebensmonat (FSK, VSK**)
- Entwicklungs- und symptomorientierte Befragung der Eltern (Standardisiertes Interview ADI-R*) sowie strukturierte Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen (ADOS**, CARS, PEP-R/AAPEP)
- Klinische Diagnostik (nicht näher spezifiziert)
- Differenzialdiagnostik:
 - Klinische Diagnostik (BADO-PA)
 - Elternfragebogen (CBCL)
 - Standardisiertes Interview mit Eltern und Kind (K-SADS-PL)
 - Neurologische Untersuchung
 - Körperliche Untersuchung (Hör und Sehprüfung)
 - Ausschluss organischer Erkrankungen (EEG, CT, MRT, genetische Untersuchung)
- Psychiatrische Komorbidität (Sprachdefizite*, Probleme der Lesefähigkeit*, intellektuelle Behinderung**, spezielle Probleme der sozialen Wahrnehmung**)
- Intelligenz- und Entwicklungstests (keine konkreten diagnostische Tests empfohlen)
- Neuropsychologische Tests (keine konkreten diagnostische Tests empfohlen)
- Diagnose nach ICD-10 und MAS
- Entbehrliche Diagnostik: weiterführende Stoffwechseluntersuchungen (ausser bei schwerer geistiger Behinderung, psychodynamische Untersuchung der Ursachen mit Schuldzuweisungen)

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige NICE-Diagnostikleitlinie enthält die gleichen diagnostischen Schritte, ausser dass eine genetische Untersuchung und die Durchführung eines EEG nicht routinemässig empfohlen werden. Fragebogenverfahren und Interviews werden nicht ausdrücklich gefordert wie bei der DGKJP Leitlinie, sondern höchstens als Ergänzung.
- **USA:** Die gültige AACAP-Diagnostikleitlinie enthält zusätzlich die Empfehlung, dass die psychiatrische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen routinemässig Fragen zu Autismus enthalten sollte. Eine EEG Untersuchung wird nur auf Verdacht hin empfohlen.
- **Frankreich:** Die gültige HAS-Diagnostikleitlinie (2009) enthält weitgehend identische Abklärungsschritte; es werden dabei drei Hauptetappen empfohlen: (1) Abklärung (repérage), (2) Etablierung der Diagnose, (3) Untersuchung der psychosozialen Anpassung (fonctionnement). Als Referenz-Diagnostiksystem wird die ICD-10 verwendet. Eine Reihe von standardisierten diagnostischen Verfahren und Tests liegen ebenfalls in französischer Form vor und werden empfohlen (M-CHAT, ADOS, ADI-R, PEP/AAPEP).

Leitlinien Behandlung

Die Empfehlungen in der Behandlungsleitlinie differenzieren nicht nach dem Schweregrad der tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Dementsprechend wird eine solche Differenzierung in der untenstehenden Textpassage nicht vorgenommen. Die **Tabelle 20** erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen, amerikanischen und französischen Leitlinien. Der Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte der DGKJP ist in **Abbildung 17** (Anhang 5) dargestellt.

Die Behandlungsempfehlungen sind differenziert nach drei Formen von Autismus: erstens das Rett-Syndrom (ICD-F84.2), zweitens die überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypen (ICD-F84.4) und drittens die Gruppe von frühkindlichem Autismus (ICD-F84.0), atypischem Autismus (ICD-F84.1), anderer desintegrativen Störung (ICD-F84.3), Asperger Syndrom (ICD-F84.5) und nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (ICD-F84.9). Ansonsten wird in der Behandlungsleitlinie allgemein von "Autistischen Störungen" gesprochen, und es wird vermerkt, dass "Entscheidungskriterien für ambulantes, teil- oder vollstationäres Setting nach Art und Schweregradausbildung und Beschulungsmöglichkeit" variieren.

Zusammenfassung der Behandlungsempfehlungen der DGKJP für Tief greifende Entwicklungsstörungen

Gemäss der DGKJP gelten für Kinder und Jugendliche die folgenden Empfehlungen:

- Die Therapie bezieht sich auf die Entwicklung der sozialen Wahrnehmung und sozialer Fertigkeiten, der Kommunikation und der Sprachförderung.
- Die Behandlung sollte so früh wie möglich beginnen und über längere Zeiträume durchgeführt werden⁶¹.
- Grundsätzliche Vorgehensweise: *Aufklärung der Eltern* und *verhaltenstherapeutische Techniken* (verstärkerorientiertes Training, Üben von Alltagssituationen anhand von Spielmaterial, Elemente des Rollenspiels auch in Gruppen);
- Bei „**begabteren autistischen Patienten**“⁶²: *Kognitive Verhaltensmodifikation* zur Verbesserung der Selbstkontrolle und der Kontaktfähigkeit;
- Altersspezifische Intervention im **frühen Kindesalter**: *Intensive Frühförderung (Applied Behavioural Analysis, Lovaas Therapy)*
- Altersspezifische Intervention im **Kindesalter und Adoleszenz**: *TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)*

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder:

- **UK:** Die gültige NICE-Behandlungsleitlinie zu *autism* empfehlen ebenfalls *Aufklärung und Beratung der Eltern* sowie *psychosoziale Interventionen*; Applied Behavioural Therapy, Lovaas Therapy und TEACCH werden in den Behandlungsleitlinien nicht erwähnt
- **USA:** Die gültige AACAP-Behandlungsleitlinie zu *Autism Spectrum Disorder* empfehlen identisches Vorgehen und Interventionen
- **Frankreich:** Die Behandlungsleitlinie der HAS empfiehlt ähnliche Interventionen. Indessen wird umfassender die Frage der (partiellen oder vollständigen) schulischen Integration in Regelklassen besprochen. Insgesamt wird zwischen drei übergeordneten Gruppen bzw. Bereichen von Interventionen unterschieden: (1) Förderung von Fertigkeiten und Kompetenzen (globale und fokussierte Ansätze), (2) Interventionen für mit Autismus assoziierte Probleme (z.B. ADHS, Depressionen etc.), (3) technische Hilfsmittel. Psychoanalytische Therapieansätze werden als Option erwähnt, während sie in den deutschen LL als kontraindiziert bewertet werden.

⁶¹ Der „längere Zeitraum“ wird in der Leitlinie nicht konkretisiert.

⁶² Auf Seite 5 der AWMF-Leitlinie *Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)* werden Empfehlungen für „begabtere autistische Patienten“ zur Verbesserung der Selbstkontrolle gemacht.

3.9 ADHS

3.9.1 Synopse Fachliteratur

Die Diagnostik von ADHS wird in sechs Lehrbüchern dargestellt. Dabei verweisen zwei Lehrbücher auf die Leitlinien der DGKJP. Bei Steinhausen (2010) findet sich eine Operationalisierung der ICD-10-Kriterien für die drei Kernmerkmale der hyperkinetischen Störung.

Drei Lehrbücher erwähnen **strukturierte Interviews**, darunter das Interview zu ADHS. Ein Lehrbuch weist darauf hin, dass **Leistungstests** im Bereich der Konzentration vermehrt gefordert werden, allerdings weniger um die Diagnose zu begründen als zur differenzierten Beschreibung der Aufmerksamkeitsfunktion. Es fehle aber vor allem an deutschsprachigen Tests für jüngere Kinder. Auch das amerikanische Lehrbuch stellt fest, dass gegenwärtig noch kein valides Verfahren zur Messung von Aufmerksamkeitsproblemen bei Kindern existiert. Ein **Intelligenztest** wird von drei Lehrbüchern in Erwägung gezogen.

Auf **standardisierte Tests zur Erfassung der Symptome** weisen zwei Lehrbücher hin, u.a. der Fremdbeurteilungs- und Selbstbeurteilungsbogen für ADHS des DISYPS-II, der ADHD/ODD-Eltern- und Lehrerfragebogen und die Child Behavior Checklist (CBCL). Je zwei Lehrbücher erwähnen den Einsatz eines Entwicklungstests und einer Testbatterie. Fünf Lehrbücher empfehlen eine **Verhaltensbeobachtung**, wovon zwei eine Beobachtung im realen Umfeld und eines eine Beobachtung während der Untersuchung spezifiziert.

Zwei Lehrbücher empfehlen bei Bedarf eine **Laboruntersuchung**. Drei Lehrbücher weisen darauf hin, dass es zurzeit keine Testverfahren gibt, mit denen sich eine ADHS Diagnose sichern lässt. Testverfahren werden demnach nur ergänzend eingesetzt. Viel wichtiger seien das Zusammentragen von verschiedenen Informationsquellen und die klinische Erfahrung.

3.9.2 Leitlinien

Allgemeine Angaben

Die *Leitlinie für Hyperkinetische Störungen* (ICD-F90) hat die Entwicklungsstufe S1, d.h. die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im *informellen Konsens* erarbeitet. Die herausgebende Fachgesellschaft der Leitlinie ist die DGKJP. Die 13-seitige Leitlinie wurde im Januar 1999 erstellt, im November 2006 überarbeitet und die Gültigkeit ist Ende 2011 ausgelaufen. Das Datum der nächsten Überarbeitung wird nicht bekanntgegeben. Die Leitlinie stellt die Empfehlungen bzgl. Störungsspezifischer Diagnostik und bzgl. Interventionen in einer komprimierten Form dar.

Leitlinien Diagnostik

Angaben zur Diagnostik sind im Kapitel 2 der Leitlinie *störungsspezifische Diagnostik* aufgeführt. Das Kapitel gliedert sich in Symptomatik, störungsspezifische Entwicklungsgeschichte, psychiatrische Komorbidität, störungsrelevante Rahmenbedingungen, apparative-, labor-, und Testdiagnostik sowie weitergehende Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In Kapitel 3 ist zudem das Vorgehen für eine Multiaxiale Bewertung beschrieben. Ein Entscheidungsbaum zur Diagnose hyperkinetischer Störungen ist in **Abbildung 12** (Anhang 3) verfügbar.

In **Tabelle 15** (Anhang 2) sind die deutschen, britischen, amerikanischen und französischen Leitlinien zu ADHS zusammenfassend dargestellt.

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGKJP zur Diagnostik von ADHS:

Die Leitlinie enthält untenstehende diagnostische Etappen und konkret empfohlene diagnostische Abklärungen bzw. Tests in Klammern. Die Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in der der Leitlinie und in **Abbildung 12**; es werden allerdings keine Angaben zum konkreten Ablauf gemacht. Wenn nicht anders erwähnt, handelt es sich um Empfehlungen.

- Exploration der Eltern
 - zum Auftreten, Häufigkeit, Intensivität und situative Variabilität der Leitsymptome (Elternfragebogen)
 - Temperamentsmerkmale im Säuglingsalter, Beginn und Verlauf der Symptomatik
 - Psychiatrische Komorbidität
 - Inkonsistentes Erziehungsverhalten der Eltern, Mangelnde Wärme, Bewältigungsstrategien und Störungskonzepte der Eltern, Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit
- Exploration vom Kind/Jugendlichen (für ältere Kinder/Jugendliche: Selbstbeurteilungsfragebogen können nützlich sein)
- Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen während der Untersuchung
- Einholen von Informationen vom Kindergarten/Schule:
 - Auftreten, Häufigkeit, Intensivität und situative Variabilität der Leitsymptome
 - Psychiatrische Komorbidität
 - Integration des Kindes in die Gruppe, belastende Bedingungen in Kindergarten/Schule, Störungskonzept der Erzieher/Lehrer, Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit
- Differenzialdiagnostik
 - pharmakologische Wirkungen, org./neurolog. Primärstörung (ggf. EEG, bildgebende Verfahren)
 - andere psychische Störung
- Körperliche Untersuchung
 - Orientierende internistische und neurologische Untersuchung
 - Kontakt und Kooperation mit Haus- und/oder Kinderarzt
 - Hör- und Sehtest sowie andere med. Untersuchungen, falls indiziert
- Testpsychologische Untersuchungen
 - Bei allen Schulkindern: Orientierende Intelligenzdiagnostik
 - Bei schulischen Leistungsproblemen oder schulischer Überforderung: ausführliche testpsychologische Untersuchung.
 - Bei Vorschulkindern: ausführliche Entwicklungsdiagnostik
- Entbehrliche Diagnostik: Videodiagnostik, apparative Diagnostik von neuropsychologischen Funktionen
- Diagnose nach ICD-10 und MAS

Vergleich mit den Diagnoseleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige Leitlinie von NICE orientiert sich an DSM-IV/ICD-10 Kriterien und enthält dieselben diagnostischen Etappen, ausser dass keine Intelligenzdiagnostik erwähnt wird. Es wird davon abgeraten, ein universelles Screening auf ADHD in Kindergärten und Schulen durchzuführen.
- **USA:** Die gültige Leitlinie der AAP orientiert sich an DSM-IV Kriterien und enthält dieselben diagnostischen Etappen, ausser dass keine Intelligenzdiagnostik erwähnt wird. Jedes Kind im Alter von 4-18 Jahren mit Schul- oder Verhaltensproblemen und Symptomen von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität sollte auf ADHD evaluiert werden.
- **Frankreich:** Die Leitlinien der HAS orientieren sich an den diagnostischen Kriterien der ICD-10, der DSM-IV und der CFTMEA. Ansonsten werden dieselben diagnostischen Etappen, wie in den deutschen Leitlinien empfohlen.

- **European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS):** orientiert sich an diagnostischen Kriterien der ICD-10/DSM-IV und enthält dieselben diagnostischen Etappen. Zusätzlich sind Angaben vorhanden zur Erfassung von sozialen und schulischen Einschränkungen sowie detaillierte Angaben zu Erhebungsinstrumenten zu ADHS.

Leitlinien Behandlung

Die Empfehlungen für die Behandlung werden nach dem Schweregrad der ADHS differenziert, und diese werden in den untenstehenden Textpassagen übernommen.

Die **Tabelle 21** (Anhang 4) erfasst die Grundinformationen bzgl. der deutschen, britischen, amerikanischen und französischen Leitlinien. Der Entscheidungsbaum der Behandlungsschritte der DGKJP ist in **Abbildung 18** (Anhang 5) dargestellt.

Zusammenfassung der Empfehlungen der DGKJP für Hyperkinetische Störungen

Gemäss der DGKJP gelten die folgenden Empfehlungen im Rahmen einer **multimodalen Therapie**:

- Bei **Schulkindern und Jugendlichen mit keiner stark ausgeprägten** hyperkinetischer Symptomatik aber hyperkinetischen Auffälligkeiten auch bei optimalen Arbeitsbedingungen mit Therapeuten: Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern und des Kindes/Jugendlichen und Kognitive Therapie (KT) bzw. Selbstinduktionstraining oder Selbstmanagement. Die parallele Durchführung von Interventionen in der Familie und/oder in der Schule (Aufklärung und Beratung der Lehrer und Intervention in der Schule bzw. Elterntraining und Intervention in der Familie) ist empfohlen.
- Bei **Schulkindern und Jugendlichen mit stark ausgeprägter, situationsübergreifender** hyperkinetischer Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung: Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern und des Kindes/Jugendlichen und Pharmakotherapie. Treten die Auffälligkeiten in der Schule bzw. in der Familie auf, sollten Interventionen in der Schule bzw. in der Familie (Aufklärung und Beratung der Lehrer und Intervention in der Schule bzw. Elterntraining und Intervention in der Familie) durchgeführt werden.
- Bei **Kindern im Vorschulalter**: In erster Linie werden ein Elterntraining mit Interventionen in der Familie und im Kindergarten sowie flankierende Massnahmen und Platzierungen in speziellen Einrichtungen durchgeführt. Pharmakotherapie sollte erst erwogen werden, wenn diese Interventionen nicht ausreichen. Kognitive Therapie (KT) des Kindes ist altersbedingt nicht durchführbar.

Vergleich mit den Behandlungsleitlinien anderer Länder

- **UK:** Die gültige NICE-Behandlungsleitlinie zu ADHD für Kinder und Jugendliche empfiehlt identisches Vorgehen und Interventionen;
- **USA:** Die gültige AAP-Behandlungsleitlinie zu ADHD für Kinder und Jugendliche empfiehlt identisches Vorgehen und Interventionen;
- **Frankreich:** Die HAS-Behandlungsleitlinie empfiehlt ähnliche Interventionen. Bei geringer Symptomatik und bei Kindern im Vorschulalter kann auf eine Medikation verzichtet werden. In allen anderen Fällen soll sie mit psychosozialen Interventionen (identisch mit deutscher LL) kombiniert werden. Für die Pharmakotherapie von ADHS sind in Frankreich allein MPH-Präparate zugelassen.
- **European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS):** Die Publikation stammt von 2004 und wurde seither nicht erneuert.

3.10 Fazit

3.10.1 Recherche Fachliteratur

Als besonders herausfordernd wird in den Lehrbüchern spezifisch bei Kindern und Jugendlichen die Diagnostik von Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch eingestuft.

Die diagnostischen Etappen sind je nach Störungsbild unterschiedlich ausführlich beschrieben. Vor allem bei Angststörungen und Sprach- und Teilleistungsstörungen finden sich ausführliche Angaben zur Diagnostik.

Auffallend ist, dass sich bei einigen Störungsbildern Goldstandards bezüglich der standardisierten Symptomerfassung durchgesetzt haben, die übereinstimmend von den Lehrbüchern erwähnt werden: die CY-BOCS bei Zwangsstörungen, ADI-R/ADOS bei Autismus und ZAREKI-R bei Rechenstörungen. Bei anderen Störungsbildern, insbesondere bei ADHS, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen bei Vorschulkindern scheinen wenige deutschsprachige Instrumente zur Verfügung zu stehen. Bei Angststörungen und Sprach- und Teilleistungsstörungen wiederum gibt es eine fast unübersichtlich grosse Zahl an Testverfahren.

3.10.2 Diagnostikleitlinien

Spezifisch für den deutschsprachigen Raum und für Kinder und Jugendliche liegen für umschriebene *Sprachentwicklungsstörungen* eine sehr ausführlich dokumentierte Diagnostik und eine Beurteilung von Erhebungsinstrumenten in der gültigen S3 Leitlinie der DGPP/DGKJP vor. Britische und amerikanische Leitlinien sind für dieses Störungsbild nicht vorhanden und somit kann die Evidenzlage länderspezifisch nicht verglichen werden.

Für *Angststörungen*, umschriebene *Artikulationsstörungen*, tief greifende *Entwicklungsstörungen* (*Autismus*) und *ADHS* besteht in den deutschen Leitlinien eine ausführliche Dokumentation der Diagnostik, die jedoch nicht mehr aussagekräftig ist, da die Leitlinien nicht mehr gültig sind. Für Angststörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen und ADHS liegen gültige britische und amerikanische Leitlinien spezifisch für Kinder und Jugendliche vor, die im Wesentlichen dieselben diagnostischen Etappen skizzieren wie die nicht mehr gültigen deutschen Leitlinien. Von NICE liegt zudem eine gute Dokumentation für Kinder und Jugendliche für Störungen des Sozialverhaltens (ICD-F91) vor.

Ebenfalls ausführlich dokumentiert ist die Diagnostik in der gültigen deutschen Leitlinie der DGPPN zu *Zwangsstörungen*. Allerdings sind die Empfehlungen in dieser Leitlinie nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet, wie dies bei den britischen und amerikanischen Leitlinien der Fall ist.

Eher schwach dokumentiert bezüglich Diagnostik sind die deutschen Leitlinien für *Depressionen*, insbesondere liegen nur diagnostische Empfehlungen für Jugendliche/Erwachsene, aber nicht für Kinder vor. Es gibt zwar eine gültige britische Leitlinie von NICE für Kinder und Jugendliche, aber das diagnostische Vorgehen ist nicht ausführlich dokumentiert.

Auch nicht gut dokumentiert und nicht mehr gültig ist die deutsche Leitlinie zu *Persönlichkeitsstörungen*. Von NICE stehen hingegen zwei Leitlinien zur Verfügung zu „antisocial personality disorder“ und „borderline personality disorder“. Letztere ist bezüglich Diagnostik von jungen Erwachsenen unter 18 Jahren recht gut dokumentiert. Die Leitlinie zu „antisocial personality disorder“ fokussiert mehr auf die Früherkennung von Kindern mit Risikofaktoren für die Entwicklung einer „conduct disorder“, die später zu einer „antisocial personality disorder“ übergehen kann.

3.10.3 Behandlungsleitlinien

In Bezug auf die Aktualität der (deutschen) Behandlungsleitlinien besteht eine gute Ausgangslage bei Zwangsstörungen. Die deutsche Leitlinie der DGPPN ist gültig, wurde erst im Mai 2013 erstellt und enthält ausführliche Therapieempfehlungen, die sich mit denjenigen von NICE und AACAP decken. Ebenfalls relativ aktuell sind die Behandlungsempfehlungen zu Depressionen. Hier besteht eine gültige deutsche Leitlinie, die kürzlich erstellt wurde (Juli 2013). Wie bei der Diagnostik besteht allerdings eine Lücke für Kinder unter 8 Jahren, die von den Empfehlungen ausgenommen sind. Die Empfehlungen decken sich mit denjenigen von NICE.

Bei allen anderen, in diesem Bericht dokumentierten Störungen sind die deutschen Leitlinien nicht mehr gültig, was jedoch nicht heißen muss, dass sie weitgehend veraltet wären. So bestehen bei ADHS ausführliche Therapieempfehlungen der DGKJP, differenziert nach Ausprägung und Alter, die sich mit denjenigen von NICE, AACAP und EUNETHYDIS nach wie vor decken. Für Angststörungen – spezifisch für Panikstörungen und generalisierte Angststörung – liegen in der deutschen Leitlinie ebenfalls ausführliche Angaben zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen vor, differenziert nach dem Schweregrad. Die Empfehlungen decken sich mit NICE, wobei NICE noch zusätzlich eine spezifische Behandlungsleitlinie zu social anxiety aufführt. Für Autismus fallen die Behandlungsempfehlungen der deutschen Leitlinie ebenfalls umfangreich aus und sind nach Alter differenziert. Das Vorgehen und die Interventionen sind identisch zur amerikanischen AACAP, während leichte Abweichungen bei NICE und HAS bei den empfohlenen Therapien bestehen. Für umschriebene Artikulationsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache sind die nicht mehr gültigen deutschen Empfehlungen ebenfalls umfassend formuliert und differenziert nach Alter sowie der Art der Artikulationsstörung bzw. dem Ausprägungsgrad der umschriebenen Entwicklungsstörung der Sprache. Von den anderen Ländern liegen keine gültigen Behandlungsleitlinien für diese Störungsbilder vor.

Weniger differenzierte Behandlungsempfehlungen liegen mit der nicht mehr gültigen deutschen Leitlinie zu Persönlichkeitsstörungen vor. Hier sind lediglich noch von NICE gültige und umfassende Behandlungsleitlinien verfügbar. Diese richten sich spezifisch auf die Störungsbilder „antisocial personality disorder“ und „borderline personality disorder“ aus.

4 Diagnostik und Behandlung: Schweizerische Praxis

4.1 Störungsspektrum der Zielgruppe

4.1.1 Häufigste psychische Probleme/Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen

Alle sechs befragten Experten/innen zählen das Psychoorganische Syndrom (POS), ADHS bzw. allgemeine Verhaltensauffälligkeiten zu den häufigsten psychischen Problemen, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit antreffen, sei es als RAD Arzt/Ärztin oder als Kinderpsychiater/in. Fünf Experten/innen treffen Autismus bzw. tiefgreifende Entwicklungsstörungen häufig an. Mehrfach erwähnt werden des Weiteren auch noch Angststörungen und affektive Störungen.

4.1.2 RAD-spezifische Besonderheiten

Die Experten/innen des RAD verweisen darauf, dass sie ein spezifisches Störungsspektrum antreffen, das durch das Leistungsangebot der IV bestimmt wird. Anspruch auf medizinische Massnahmen haben gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) Personen, deren Krankheit die berufliche Eingliederung gefährdet (Artikel 12, IVG) oder die von einem Geburtsgebrechen (Artikel 13, IVG) betroffen sind. Die Geburtsgebrechen sind in der Geburtsgebrechensverordnung (GgV) definiert.

4.1.3 Altersspezifische Besonderheiten

Alle Experten/innen sind der Meinung, dass das Störungsspektrum altersabhängig ist. Ein/e Experte/in merkt an, dass bei Kindern bis zu einem Alter von ca. 12 Jahren Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit prominent sind, während mit zunehmendem Alter affektive Störungen häufiger werden. Von einer anderen Fachperson wurde darüber hinaus spezifiziert, dass im Kleinkindalter bis zu 4 Jahren frühkindlicher Autismus und frühe Regulationsstörungen vorkommen. Im Kindergarten/Schulalter stehen dann soziale Verhaltensauffälligkeiten, ADHS, Autismus, Anpassungsstörungen und schulische Überforderung im Vordergrund.

Mehrere Experten/innen weisen darauf hin, dass sich bei Jugendlichen das Spektrum erweitert um die psychiatrischen Erkrankungen von Erwachsenen, die sich im Jugendalter manifestieren können, wie z.B. Schizophrenie, affektive Störungen (v.a. Depressionen und bipolare Störungen), Essstörungen und Substanzmissbrauch.

4.1.4 Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Drei Experten/innen erklären zur Frage nach geschlechtsspezifischen Besonderheiten, dass Knaben tendenziell eher sogenannte externalisierende Störungen aufweisen wie z.B. Verhaltensstörungen (oppositionelles oder aggressives Verhalten), Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen und Hang zum Drogenmissbrauch. Mädchen würden eher zu internalisierenden Störungen sowie vermeidendem Verhalten neigen wie dies bei Depressionen und Angststörungen kennzeichnend ist. Zudem weisen die Experten/innen darauf hin, dass Autismus vor allem im Kindesalter bei Jungen häufiger vorkommt als bei Mädchen und Essstörungen wiederum bei Mädchen häufiger anzutreffen sind als bei Jungen. Ein/e Experte/in sieht den Geschlechterunterschied allgemeiner darin, dass bei den Kindern Knaben häufiger betroffen seien (bzw. auffällig werden) und bei den Jugendlichen häufiger Mädchen abgeklärt würden. Für einen anderen Experten gibt es keine allgemeinen Spezifitäten nach Geschlecht.

4.2 Herausforderungen

Bei der Frage, welche besonderen Herausforderungen sich bei der Abklärung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen, kristallisierten sich bei den Antworten der Experten/innen drei zentrale Themenfelder heraus.

- Ein erstes Themenfeld besteht aus Herausforderungen, die mit *den Kindern/Jugendlichen als Patienten/innen (bzw. Symptomträger)* im Zusammenhang stehen. Drei Experten/innen erwähnen hierbei, dass die Symptomatik vor allem bei Kindern entwicklungsbedingt stark variiert. Auch altersabhängige Meilensteine unterliegen einer grossen Streuung. Dadurch ist es schwierig, Grenzen zwischen als pathologisch zu bewertenden und nicht-pathologischen Phänomenen zu ziehen. Ein/e Experte/in betonte, dass die Umweltbedingungen eines Kindes (z.B. Förderung durch Eltern oder Lehrpersonen) die Symptomatologie beeinflussen können. Drei Experten/innen sehen eine weitere Schwierigkeit darin, dass der Erfolg von Diagnostik und Therapie wesentlich von der Kooperationsbereitschaft (compliance) des Kindes abhängt.
- Als zweites Themenfeld ergab sich die *Zusammenarbeit mit den Eltern und weiteren Bezugspersonen* (z.B. Lehrpersonen, Erziehende), welche vier Experten/innen besonders bei jüngeren Kindern als zentral erachten. Zwei Experten/innen spezifizieren, dass diese Zusammenarbeit fehleranfällig sein kann, denn die Eltern haben oft Erwartungen an die Diagnosestellung bzw. versuchen, Testergebnisse zu beeinflussen.
- Als drittes Themenfeld reflektieren zwei Experten/innen auch ihre eigene *Rolle als Untersuchende/Abklärende*: Die Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordert einen hohen fachlichen Standard und viel Erfahrung. Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Untersucher oder die Untersucherin ein Testresultat beeinflussen kann, wenn er/sie das Testresultat schon vorher zu kennen glaubt.

4.3 Prozess der Abklärung

4.3.1 Zentrale Etappen des Abklärungsprozesses der Kinder- und Jugendpsychiater/innen

In den drei kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen lassen sich die zentralen Etappen des Abklärungsprozesses grob in drei Etappen zusammenfassen: Anamnese, Diagnostik und Intervention. Die Anamnese umfasst unter Umständen mehrere Gespräche. Dabei betonen alle KJP, dass es zentral ist, in diesen ersten Gesprächen das Vertrauen der Eltern und Kinder zu gewinnen (vgl. auch Kapitel 4.2), um eine Zusammenarbeit sicherzustellen. Diese ist u.a. auch wichtig, damit bei einer allfälligen Medikamenteneinnahme eine gute compliance erreicht werden kann. In einer Institution geschieht dies, indem die Eltern stark in den Prozess involviert werden. Es wird z.B. mit den Eltern eine Vereinbarung darüber getroffen, welche diagnostischen Massnahmen durchgeführt werden und welche Konsequenzen diese haben können. Ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in erwähnt auch das Einholen von Fremdanamnesen bei Lehrern oder Erziehern. In der Phase der Diagnostik ist es für eine/n Kinder- und Jugendpsychiater/in wichtig, dass die Diagnostik indiziert ist. Je nach Störungsbild wird eine Kurzabklärung oder eine vertiefte Abklärung durchgeführt. Ein/e andere/r Kinder- und Jugendpsychiater/in erwähnt Fragebogenverfahren, die je nach Störungsbild angewendet werden. Für die Intervention wird ein Behandlungskonzept erstellt. Bei einer/einem Kinder- und Jugendpsychiater/in werden neben Psychotherapie und medikamentöser Behandlung auch andere therapeutische Massnahmen wie Gruppentherapie, Psychoedukation, Ergotherapie und Logopädie abgeklärt.

Die Kinder- und Jugendpsychiater/innen merken an, dass es in der Abfolge der Etappen Flexibilität gibt, es wird also bei Bedarf auch mal parallel zur Diagnostik eine Therapie gestartet oder es ist gar keine Diagnostik mit dem Kind nötig, weil sich das Problem durch unterstützende Gespräche mit den Eltern lösen lässt.

4.3.2 Zentrale Etappen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts der IV-Stellen und RAD

Die IV-Stellen holen zuerst alle notwendigen Berichte von den Behandelnden ein. Dann wird geprüft, ob die Berichte schlüssig sind und ob die beantragten medizinischen Massnahmen die gesetzlichen Bestimmungen erfüllen. Für ADHS müssen z.B. im Bericht des/der Behandelnden alle 5 Kriterien gemäss GgV ausführlich beschrieben worden sein. Wenn Diskrepanzen oder fehlende Informationen festgestellt werden, wird bei den Behandelnden nachgefragt.

Die RAD-Ärzte/Ärztinnen berichten, dass diese Nachfragen häufig Ärger auslösen bei den Behandelnden, weil diese die Regelungen der IV (insbes. ADHS) als nicht nachvollziehbar empfinden. Laut der Aussage eines Befragten besteht ein Spannungsfeld zwischen den Behandlern und den "Kontrolleuren" bei den RAD. Die Behandler fällen Entscheide manchmal aus praxisrelevanten Aspekten heraus, und die vorgeschlagenen Massnahmen entsprechen dann allenfalls nicht mehr den Bestimmungen der IV:

"(...) haben sie [die Behandler] ganz andere Kriterien, wieso diese und diese Behandlung eingeleitet wird. Nämlich wenn der Leidensdruck viel grösser wird in der Schule, bei den Eltern, beim Kind oder wenn sie irgendwelche sekundäre Effekte sehen" (02, RAD-Arzt/Ärztin).

Zwei Ärzte/Ärztinnen aus der Deutschschweiz laden teilweise bei Diskrepanzen oder z.B. bei einem fehlenden, aber notwendigen Testresultat die Kinder und deren Eltern zu einer weiteren Abklärung ein, was aber eher selten vorkomme. In der Romandie wird eher aufgrund der vorliegenden Arztberichte gearbeitet, ohne direkten Kontakt zu den Kindern. Ebenfalls in der Romandie wurde angemerkt, dass die Anforderungen für die Arztberichte gestiegen sind:

"Heutzutage schicken wir öfters Berichte zurück und verlangen, dass sie formeller sein sollen. Früher konnten wir flexibler sein. Aber es fand eine Formalisierung statt bezüglich der Diagnostik und es gibt Anforderungen für die Diagnosen (05, RAD-Arzt/Ärztin).

Bei der Beurteilung der Berichte kommen auch informelle Qualitätskriterien zum Zug:

"Wir kennen die Kinderärzte und Kinderpsychiater in der Praxis relativ gut, das ist nicht so eine grosse Gruppe. Wir wissen schon auch, wo ist jemand mit einer guten Qualität dahinter " (02, Kinder- und Jugendpsychiater/in).

4.3.3 Diagnostische Systeme

Alle drei Kinder- und Jugendpsychiater/innen verwenden die ICD-10. Je ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in verwendet zusätzlich dazu das Multiaxiale Klassifikationsschema MAS (Deutschschweiz) bzw. die DSM-4 und DSM-5 (Romandie).

Laut den drei RAD-Ärzten/Ärztinnen verwenden die Behandelnden unterschiedliche Diagnostiksysteme. Ein/e RAD-Arzt/Ärztin sagt, dass alle gängigen Diagnostiksysteme von den Behandlern benutzt werden können, solange sie dabei die Diagnosekriterien des entsprechenden Diagnostiksystems strikt einhalten. Ein/e andere/r RAD-Arzt/Ärztin aus der Romandie sagt dazu:

"Also wir benutzen keine diagnostischen Instrumente und vertrauen den Kollegen, die die Berichte erfasst haben und dass die Instrumente, die sie benutzen, angemessen sind" (05, RAD RAD-Arzt/Ärztin).

Ein/e RAD-Arzt/Ärztin beschreibt, dass er/sie *jeweils* die anspruchsberechtigten psychischen Erkrankungen, die in der GgV aufgeführt sind, auf die ICD Diagnosekriterien übertrage. Eine Ausnahme sei hier POS, das nicht mit den ICD-10 Kriterien für ADHS übereinstimme.

Ein/e RAD-Arzt/Ärztin aus der Deutschschweiz orientiert sich persönlich am MAS. In der Romandie ist das MAS bei dem/der RAD-Arzt/Ärztin hingegen nicht bekannt.

4.3.4 Standardisierte Interviews

Ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in klärt für ihr/sein Team gerade ab, ob ein strukturiertes Interview wie der MINI oder der Kinder-DIPS standardmässig eingeführt werden soll, um Komorbiditäten besser aufzudecken. Sonst komme es in der Institution sehr auf den Behandler an, ob standardisierte Interviews eingesetzt werden. Ein/e andere/r Kinder- und Jugendpsychiater/in verwendet standardisierte Interviews nur in der Forschung.

4.3.5 Diagnostische Tests

Alle drei Kinder- und Jugendpsychiater/innen führen häufig Leistungstests, insbesondere Intelligenztests, durch. Zwei Kinder- und Jugendpsychiater/innen weisen aber darauf hin, dass Leistungstests nicht überbewertet werden sollten. Das Gespräch bzw. die Anamnese sei von grösserer Bedeutung im Abklärungsprozess.

Die RAD-Ärzte/Ärztinnen verlangen von den Behandelnden keine diagnostischen Testverfahren. Das Resultat von solchen Tests hänge stark von der Erfahrung des Untersuchers ab. Ausnahme ist auch hier wieder das POS, bei dem die einzelnen Diagnosekriterien testdiagnostisch belegt werden müssen, z.B. durch einen Konzentrationstest. Deswegen werden dann vereinzelt Kinder zum RAD aufgebeten, um solche Tests nachzuliefern.

4.3.6 Andere Diagnostische Verfahren

Vier Experten/innen setzen (standardisierte oder unstandardisierte) Verhaltensbeobachtung ein bzw. treffen Verhaltensbeobachtung in den Berichten der Behandelnden an. Zwei Kinder- und Jugendpsychiater/innen aus der Deutschschweiz wenden zudem gelegentlich projektive Verfahren an, weil sie diese als geeignet erachten, um mit dem Kind ins Gespräch zu kommen. Ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in aus der Romandie setzt projektive Verfahren (Rorschach-Test) bei Persönlichkeitsstörungen ein.

4.4 Interventionen

4.4.1 Verbesserung der sozialen Integration und schulischen/beruflichen Leistungen

Alle Experten/innen betonen, dass die Verbesserung der sozialen Integration und der schulischen/beruflichen Leistungen eine zentrale Rolle einnimmt bei der Behandlung der Kinder und Jugendlichen. Ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in beschreibt hier, welche Bedeutung dem Einbezug der Schule zukommt:

"Bei Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und Depression (sind ja alles 3 häufige Sachen) ist der Einbezug der Schule unterschiedlich nochmal wichtig. Bei der Störung des Sozialverhaltens ist es am wichtigsten" (03, Kinder- und Jugendpsychiater/in)

Zwei RAD-Ärztinnen/Ärzte thematisieren bei dieser Frage die berufliche Eingliederung nach IVG Artikel 12. Beide erachten es als ungünstig, wenn Jugendliche in berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV kommen, statt eine Lehrstelle im freien Arbeitsmarkt zu suchen. Einerseits schade dies dem Selbstwertgefühl der Jugendlichen, andererseits ist dies der Startpunkt eines Anreizsystems, das zu einer dauernden Berentung führt. Es gebe auch eine Grauzone, wann Eingliederungsmassnahmen gemacht werden, was auch davon abhängig sei, wie versichertenfreundlich

die entsprechenden Versicherungsgerichte sind. Ein/e Experte/in erwähnt auch die Bestimmungen, dass keine Dauerbehandlungen durchgeführt werden dürfen bzw. die Behandlungen wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig sein müssen. Beides sei aufgrund fehlender Definitionen schwierig umzusetzen und man müsse deshalb für sich selbst eine individuelle Grenzsetzung ziehen.

4.4.2 Besondere Ziele zur Verbesserung der sozialen Integration und schulischen/beruflichen Leistungen

Ein/e RAD-Arzt/Ärztin erwähnt hier, dass die Ziele von den Ärzten formuliert werden. Der RAD kontrolliere nur, ob diese Ziele mehr oder weniger erreicht werden. Es gehe aber auch mehr um eine globale Verbesserung, als um das Erreichen konkreter Ziele. Ein/e Kinderpsychiater/in antwortet auf diese Frage, dass sie kognitives Training machen mit Klienten/innen mit ADHS und Schizophrenie mit dem Ziel, die soziale Integration zu verbessern.

4.4.3 Instrumente zur Planung und Überprüfung von Eingliederungsmassnahmen

Die KJP verwenden keine spezifischen Instrumente zur Planung und Prüfung von Eingliederungsmassnahmen. Für ein/e KJP gehört dies vielmehr zur klinischen Beurteilung der Lebenssituation.

Von den RAD erwähnt eine Person, dass im Bereich der beruflichen Abklärung funktionelle Leistungsprofile von den Jugendlichen erstellt werden, welche die Grundlage sind zur Auswahl einer Ausbildung.

4.5 Stellenwert und Rezeption von Leitlinien

Bei der Frage, inwieweit sich die Experten/innen zur Diagnostik, Abklärung und Indikation an Leitlinien orientieren, reflektieren die Antworten der Kinder- und Jugendpsychiater/innen und der RAD-Ärztinnen und Ärzte die unterschiedlichen Perspektiven des institutionellen Rahmens. Die RAD-Ärztinnen und Ärzte thematisieren die Nutzung von Leitlinien als Entscheidungsgrundlage für die Zusprache von medizinischen Massnahmen, sei es, um Kriterien für Störungsbilder zu definieren oder als Orientierungshilfe, welche Behandlungen bei einem bestimmten Störungsbild üblicherweise durchgeführt werden. Die RAD-Ärztinnen und Ärzte stossen mit dieser Praxis auf Unverständnis bei den praktizierenden Kinder- und Jugendpsychiater/innen und Pädiatern, die damit argumentieren, dass es in der Praxis immer Abweichungen zu den Leitlinien geben kann.

Diese Sichtweise spiegelt sich in einer Antwort eines/einer Kinder- und Jugendpsychiater/in wieder: Leitlinien seien sehr hilfreich als Orientierung, aber man könne den Expertenkonsensus auch nicht teilen und sein eigenes klinisches Urteil anwenden. Zwei andere Kinder- und Jugendpsychiater/innen heben als Sinn von Leitlinien die Vereinheitlichung der Diagnostik hervor.

Drei Experten/innen aus der Deutschschweiz (zwei Kinder- und Jugendpsychiater/innen, ein/e RAD-Arzt/Ärztin) konsultieren die deutschen Leitlinien der AMWF. Ein/e RAD-Experte/in kennt zusätzlich auch die britischen NICE-Leitlinien. Ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in erwähnt auch interne Leitlinien, welche die betreffende Institution für verschiedene Störungsbilder selber bereits erarbeitet hat oder zu entwickeln plant. Ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in aus der Romandie nennt keine konkreten Leitlinien, gibt aber an, bei allen Störungen nach evidenz-basierter Medizin zu arbeiten und spricht selbst von "guidelines".

Zwei RAD-Experten/innen merken an, dass die gesetzlichen Grundlagen der IV ihre Leitlinien bilden und diese versuchen sie in erster Linie umzusetzen:

"Wir haben die Obligation, zuerst die Gesetzgebung zu befolgen. Unsere Leitlinien sind oft zuerst das Gesetz" (05, RAD-Arzt/Ärztin).

Die Fachgesellschaften würden aber auch versuchen, die gesetzlichen Grundlagen der IV durch Gerichtsurteile an die aktuellsten Leitlinien anzupassen. Dies sei aber besonders im Falle von ADHS/POS bisher nicht gelungen.

4.6 Sprachregionale und institutionelle Unterschiede

4.6.1 Unterschiede im Abklärungsprozess und der Diagnostik

Drei Experten/innen erwähnen sprachregionale Unterschiede in der Diagnostik dahingehend, dass die frühkindliche Psychose nur in der Romandie diagnostiziert wird, aber nicht in der Deutschschweiz und im Tessin. Ebenfalls drei Experten/innen sind der Ansicht, dass sich die Romandie an der frankophonen und insbesondere psychoanalytischen Tradition orientiere. In der Deutschschweiz wird hingegen gemäss der Aussage von zwei Experten/innen POS/ADHS häufiger diagnostiziert als in der Romandie. Die Deutschschweiz orientiere sich an Deutschland und an der kognitiven Verhaltenstherapie. Ein/e RAD-Arzt/Ärztin meint, dass in der Romandie mehr Aufmerksamkeits- und emotionale Störungen und in der Deutschschweiz mehr Autismus-Spektrums Störungen diagnostiziert würden.

Für die Experten/innen gibt es jedoch nicht nur sprachregionale Unterschiede, sondern auch individuelle und insbesondere institutionell bedingt Unterschiede. Die individuellen Unterschiede umfassen bei den KJP z.B. die therapeutische Ausbildung und Präferenzen bezüglich Diagnostikverfahren, die ein KJP an die Assistierenden weitergibt. Die RAD-Ärzte/Ärztinnen sprechen von Grundhaltung bzw. Weltanschauung, d.h. ob man z.B. die Mentalität eines "Kontrolleurs" hat, der viele Fälle ablehnt oder ob man sich scheut, vor Gericht zu gehen und sich eher grosszügig mit Kostenzusprachen verhält. Solche individuellen Unterschiede können sich auch zu einer institutionellen Kultur entwickeln: so gebe es beispielsweise unter den IV Stellen solche, die als "Hardliner" bekannt sind. Bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen werden individuelle Unterschiede dahingehend identifiziert, wie ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in therapeutisch geprägt ist (z.B. eher „psychodynamisch-systemisch“ arbeite oder sich stärker auf Fragebogenverfahren stütze).

4.6.2 Unterschiede in der Anwendung von Leitlinien

Zwei Experten/innen vermuten, dass es sprachregionale Unterschiede in der Anwendung von Leitlinien gibt, bedingt durch unterschiedliche therapeutische Ausrichtungen und unterschiedliche Institutionskulturen. Ein/e weitere Expert/in weiss nicht, ob es Unterschiede gibt.

4.7 Fazit

Die Interviews mit den KJP und RAD zeigen, dass die Herausforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von beiden Experten-Gruppen ähnlich wahrgenommen werden. Die Diagnostik ist durch die entwicklungsbedingte Variabilität der Symptome komplex und erfordert viel Erfahrung. Zudem ist der Behandler auf eine gute Zusammenarbeit mit dem Kind/Jugendlichen und den Eltern angewiesen.

Leitlinien werden von den KJP verwendet und als hilfreich, aber nicht bindend, wahrgenommen. Damit unterscheidet sich ihre Nutzung wesentlich von den RAD: Die RAD verwenden Leitlinien u.a. auch um Störungsbilder zu definieren und adäquate therapeutische Massnahmen festzulegen.

Übereinstimmend wurde von den Experten/innen festgestellt, dass es in der Schweiz sprachregionale Unterschiede gibt im Abklärungsprozess und in der Diagnostik, und zwar vor allem dahingehend, dass in der Romandie eine psychoanalytische Tradition weiterhin prägend ist. Es herrschte aber auch weitgehend Einigkeit darüber, dass sowohl individuelle Unterschiede in der Person des Behandlers/Gutachters als auch institutionelle Kulturen bzw. Therapieströmungen zu bedeutenderen Unterschieden im Abklärungsprozess, in der Diagnostik und der Therapie führen.

5 Wirksamkeit von ausgewählten Behandlungen

5.1 Vorbemerkungen

Um die Lücken in der Literatur zu identifizieren, wurden bei jeder ausgewählten Störung erst einmal *statistische Merkmale* bzgl. der Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengefasst. Konkret wurden die Anzahl der bearbeiteten Publikationen und deren Quelle (bzw. Datenbank) sowie die Anzahl geeigneter und ungeeigneter Studien zusammengefasst. Bei den ungeeigneten Publikationen wurden die am häufigsten angegebenen Gründe für die Nicht-Selektion kurz erwähnt. Details zu den Gründen der Nicht-Selektion (bzw. die Verteilung der Gründe) pro psychische Störung können der **Tabelle 22** im Anhang 7 entnommen werden.

Bei den geeigneten Publikationen wurden Angaben zum Publikationsjahr, zu den untersuchten Altersgruppen, zur Art der Behandlung sowie zur Art der untersuchten Outcomes (bzw. Symptomveränderung versus psychosoziales Outcome) zusammengefasst. Da Abhängigkeitserkrankungen (ICD-F10 oder -F12) als Nebendiagnose nur selten praktisch nie Gegenstand wissenschaftlicher Publikationen waren, wurde auf diese in der Analyse nicht eingegangen. Eine Liste der geeigneten Publikationen bzw. deren Quelle (die Autoren, der Titel und die Zeitschrift) sind pro psychische Störung in den **Tabellen 23-29** im Anhang 8 zusammengestellt.

In einem zweiten Schritt wurde die Wirksamkeit der spezifischen Behandlungen zusammengefasst. Um die Erfassung sowie die Interpretation der komplexen Literaturrecherche zu vereinfachen, wurde zwischen den folgenden Behandlungen differenziert: *Psychotherapie*, *Pharmakotherapie*, *Kombinationstherapie* (z.B. Psychotherapie und Pharmakotherapie), *Interventionen auf der Ebene der Bezugspersonen* (z.B. Elterntraining) und sonstige Therapien (z.B. *Sport* und *Diät*). Bei den sonstigen Therapien wurde die Art der Therapie immer vermerkt. Wichtig ist, dass bei der Suchsyntax keine Eingrenzung bzgl. der Art der Therapien eingegeben wurde. D.h. die geeigneten Publikationen dürften sowohl die in den Leitlinien empfohlenen Therapien als auch andere Therapien zum Gegenstand haben.

5.2 Affektive Störungen

5.2.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 223 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 198 als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion waren, dass die Publikationen keinen Schwerpunkt auf die Wirksamkeit der Behandlung (42%) bzw. auf die ausgewählten Altersgruppen (39%) legten. **Tabelle 22** im Anhang kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden.

Eine Liste der 25 geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 23** (Anhang 8) aufgeführt. Von diesen 25 geeigneten Publikationen wurden 20 (80%) im Jahr 2012 und weitere 5 (20%) im Jahr 2013 publiziert.

Die überwiegende Mehrzahl (88%) der geeigneten Publikationen untersucht Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 10–18 Jahren. Zwei dieser Studien untersuchen Kinder bereits ab dem achten Lebensjahr, und drei Studien beziehen sich auf Personen vom Kindes- bis zum jungen Erwachsenenalter. Die restlichen der geeigneten Publikationen untersuchen junge Erwachsene bzw. drei Gruppen von Universitätsstudenten. Es wurden *keine* geeigneten Publikationen zu Kindern im Kindergarten- bzw. Kleinkindalter gefunden.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen bei depressiven Störungen können wir feststellen, dass praktisch alle (bzw. 24 von 25) der geeigneten Studien/Reviews Behandlungen untersuchen, welche auch von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen werden (vgl. Kapitel 3.2). Konkret befassen sich 24 von 25 Studien entweder mit einer Form der *Psychotherapie* (v.a. Kognitive Verhaltenstherapie [KVT] und Interpersonale Therapie [IVT]), mit einer *Kombinationstherapie* (bzw. Psychotherapie und Pharmakotherapie) oder einer *Pharmakotherapie*. Eine Einzelstudie untersucht die Wirksamkeit von *Lichttherapie* („bright light therapy“).

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass alle geeigneten Studien/Reviews die klinische Wirksamkeit untersuchen. Dabei wurden Instrumente benutzt, um den Schweregrad der Symptome (z.B. Hoffnungslosigkeit) und deren Reduktion zu messen. Lediglich drei Studien (12%) konzentrieren sich zusätzlich auf psychosoziale Outcomes. Bei den psychosozialen Outcomes handelt es sich um die Qualität der sozialen Beziehungen der Zielgruppe. Diese wird durch die Einschätzung der Patient/innen, deren Eltern oder der Lehrpersonen erfasst.

5.2.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei Depression

- **Psychotherapie:** Insgesamt N=20 Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie. Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder, Jugendliche und/oder junge Erwachsene im Alter von ca. 8 bis 25 Jahren. Die Wirksamkeit von (mindestens einer Form der) Psychotherapie wird in 95% (N=19) dieser Publikationen belegt. Lediglich eine Studie beurteilt Psychotherapie als wirkungslos.
- **Pharmakotherapie:** Insgesamt N=7 Publikationen befassen sich mit Pharmakotherapie als Monotherapie. Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von ca. 10 bis 24 Jahren. Die Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie wird in 86% (N=6) der Studien belegt. Gemäss einer Publikation hat Pharmakotherapie eine negative Wirkung.
- **Kombinationstherapie:** Insgesamt N=8 Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von Kombinationstherapien (bzw. Psychotherapie und Pharmakotherapie). Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von ca. 13 bis 21 Jahren. Die Wirksamkeit von Kombinationstherapien wird in 83% (N=6) der Publikationen belegt. Gemäss einer Publikation ist eine Kombinationstherapie wirkungslos, und bei einer Publikation weist sie sogar negative Wirkungen auf. In N=3 der Publikationen wird auch die relative Wirksamkeit einer Kombinationstherapie untersucht. Diese Publikationen belegen die höhere Wirksamkeit einer Kombinationstherapie verglichen mit einer Psychotherapie und mit einer Pharmakotherapie, wobei sich die Pharmakotherapie als am wenigsten wirksam zeigt.
- **Weitere Interventionen:** In einer Studie wird bei einer Gruppe von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren die Wirksamkeit von Lichttherapie („bright light therapy“) untersucht (Niederhofer & von Klitzing, 2012). Die Resultate der Studie belegen Lichttherapie als wirksame Intervention bei depressiven Störungen.

5.2.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei Depression

- **Psychotherapie:** Zwei Studien belegen die Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie bei Jugendlichen im Alter von 16 bis 18 Jahren bzw. im Alter von 12 bis 19 Jahren.
- **Kombinationstherapie:** In einer Studie wird bei einer Gruppe von Kinder und Jugendlichen im Alter von 8 bis 14 Jahren die Wirksamkeit von einer Psychotherapie zusammen mit einem El-

ternttraining untersucht (Eckshtain & Gaynor, 2012). Die Resultate der Studie belegen die Wirksamkeit von Psychotherapie und Elternttraining.

5.2.4 Fazit

Praktisch alle Publikationen untersuchen Psychotherapie (meistens Kognitive Verhaltenstherapie) als Monotherapie oder kombiniert mit einer Pharmakotherapie als Behandlung von Depression. Pharmakotherapie als Monotherapie wird lediglich in wenigen Studien zusätzlich untersucht. Dies entspricht der von den medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Leitlinien (vgl. Kapitel 3.2). Die Resultate der Studien/Reviews belegen die klinische Wirksamkeit sowohl von Psychotherapie als auch von Pharmakotherapie als Monotherapie, und die Kombination beider Ansätze scheint noch bessere Ergebnisse zu erzielen.

Nur wenige Publikationen untersuchen zusätzlich die psychosoziale Wirksamkeit von Psychotherapie und belegen diese. Die psychosoziale Dimension wird dabei als die Qualität der sozialen Beziehungen der Zielgruppe aus der Perspektive der Patient/innen, deren Eltern oder der Lehrpersonen definiert. Studien, welche die Auswirkungen von Interventionen auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchen, konnten nicht identifiziert werden.

5.3 Angststörungen

5.3.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 163 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 140 als ungeeignet eingestuft. Drei Gründe waren am häufigsten für die Nicht-Selektion einer Studie verantwortlich: interessierende Altersgruppen nicht vertreten (N=52, 37%), Wirksamkeit von Interventionen nicht untersucht (N=47; 34%), Schwerpunkt lag nicht auf Angststörungen (N=22, 16%). Der **Tabelle 22** im Anhang 7 kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Bei den 23 geeigneten Publikationen handelt es sich um 15 Einzelstudien und acht Reviews/Metaanalysen. Eine Liste der 23 geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 24** (Anhang 7) aufgeführt. Von den geeigneten Publikationen wurden 10 (44%) im Jahr 2012, 7 (30%) im Jahr 2011 und 6 Studien (26) im Jahre 2010 publiziert.

Die grösste Gruppe (13 von 23) der geeigneten Publikationen untersucht Stichproben, die sowohl Kinder als auch Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren umfassen; je drei Studien beschränken sich auf Jugendliche oder auf junge Erwachsene (20-25 Jahre) und zwei Studien auf Kinder (8-12 Jahre); schliesslich untersuchen eine Studie Jugendliche und junge Erwachsene und eine Studie die ganze Bandbreite von Kindern bis jungen Erwachsenen.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen können wir feststellen, dass 16 von 23 ausgewählten (70%) Studien Psychotherapie als einzige Intervention (bzw. als Monotherapie) untersuchen⁶³. Drei Studien haben Pharmakotherapien (z.T. werden mehrere Medikamente evaluiert) als Monotherapie zum Gegenstand. Vier Studien untersuchen Psychotherapie in Kombination mit anderen psychosozialen Interventionen und eine Studie Psychotherapie in Kombination mit Pharmakotherapie.

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass 18 Studien/Reviews (78%) nur die Veränderung der Symptombelastung untersuchten und weitere fünf Studien zusätzlich Veränderungen im Bereich des sozialen Verhaltens und der sozialen Integration (d.h. der psychosozialen Outcomes).

⁶³ Davon untersuchen drei Studien vergleichend zwei verschiedene Psychotherapie-Verfahren.

5.3.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei Angststörungen

- **Psychotherapie:** Insgesamt N=16 Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie. Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder, Jugendliche und/oder junge Erwachsene. Insgesamt 15 Studien belegen die klinische Wirksamkeit der Psychotherapien, eine Studie konnte keine Effekte nachweisen. In 11 Studien wird die Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) geprüft. Weitere zwei Studien befassen sich mit einer spezifischen Therapie für Angststörungen, der sog. „Attentional Bias Modification (ABM)“. Die verbleibenden Psychotherapie-Studien befassen sich mit verschiedenen Ansätzen (z.B. Online-Therapie für Jugendliche⁶⁴, psychodynamische Therapie).
- **Pharmakotherapie:** Insgesamt N=3 Publikationen befassen sich mit Pharmakotherapie als Monotherapie. Davon umfassen zwei dieser Studien/Reviews als Stichprobe Kinder und Jugendliche und eine Studie untersucht junge Erwachsene. Zwei Studien wählen einen vergleichenden Ansatz, indem mehrere Präparate geprüft werden. Die klinische Wirksamkeit der Pharmakotherapie kann in allen drei Studien belegt werden, wobei zwei vergleichende Reviews primär die Wirksamkeit von SSRI- und SSNRI-Präparaten, nicht aber von Benzodiazepinen und von Buspiron belegen (Strawn, Sakolsky, & Rynn, 2012; Strawn, Wehry, DeBello, Rynn, & Strakowski, 2012). Eine weitere Studie weist die Wirksamkeit von Cannabidiol, einer Substanz der Cannabis-Pflanze, bei jungen Erwachsenen mit sozialer Phobie nach (Bergamaschi, Queiroz, Chagas, de Oliveira, & De Martinis, 2011).
- **Kombinationstherapie:** Insgesamt N=4 Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von Kombinationstherapien der Psychotherapie mit psychosozialen Interventionen (N=3) oder mit Pharmakotherapie (N=1). Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder (N=2), Jugendliche und/oder junge Erwachsene. Alle Studien belegen die Wirksamkeit der Kombinationstherapien. Eine Studie (Browning, Grol, Ly, Goodwin, & Holmes, 2011) vergleicht die Effekte von Psycho- (ABM) und Pharmakotherapie (SSRI) als Mono-Interventionen sowie deren Kombination. Sie weist nach, dass die Wirksamkeit von Psycho- oder Pharmakotherapie als Einzelinterventionen vergleichbar (positiv) ausfällt, dass jedoch die Kombinationstherapie den Einzelansätzen überlegen ist. Die untersuchten psychosozialen Interventionen umfassten i.d.R. ein Bündel mehrerer Ansätze (besonders häufig: Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten), die nicht nur beim betroffenen Kind, sondern oft auch bei den Eltern ansetzen.

5.3.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei Angststörungen

Unter den fünf Studien, welche die Wirkung von Interventionen auch auf psychosoziale Outcomes überprüften, wurde lediglich die Psychotherapie als Einzelintervention untersucht.

- **Psychotherapie:** Alle fünf Studien belegen die Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie. Untersucht wurden die folgenden Outcomes: psychosoziale Anpassung, Lebensqualität und Selbstwirksamkeit.

5.3.4 Fazit

Es überwiegen Studien, welche Psychotherapie als Behandlung von Angststörungen untersuchen. Dies entspricht auch den Behandlungsleitlinien (s.o. Kapitel 3.3), welche nur bei sehr schweren Störungen ergänzend Pharmakotherapie empfehlen. Sowohl die Wirksamkeit von Psychotherapie (meistens verhaltenstherapeutische Ansätze) als auch von Pharmakotherapie als Monotherapien ist gut belegt, die Kombination beider Ansätze scheint (bei schweren Störungen) noch bessere Ergeb-

⁶⁴ Bei dieser Methode konnte kein Effekt nachgewiesen werden.

nisse zu erzielen. Die Wirksamkeit weiterer psychosozialer Interventionen (z.B. Psychoedukation) ist schwieriger zu beurteilen, da die berücksichtigten Studien diese i.d.R. nicht isoliert sondern als Massnahmenpakete oder in Kombination mit psychotherapeutischen Interventionen prüfen.

Neben der Symptomverbesserung untersuchen nur eine Minderheit der Studien weitere psychosoziale Dimensionen, wobei diese meistens das allgemeine soziale Funktionieren und die Lebensqualität der Zielgruppe betreffen. Studien, welche die Auswirkungen von Interventionen auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchen, konnten nicht identifiziert werden.

5.4 Zwangsstörungen

5.4.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 205 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 189 als ungeeignet eingestuft. Zwei Gründe (90% aller Studien) waren am häufigsten für die Nicht-Selektion einer Studie verantwortlich: interessierende Altersgruppen nicht vertreten (N=108, 58%), Wirksamkeit von Interventionen nicht untersucht (N=58, 31%). Der **Tabelle 22** im Anhang 7 kann die Gesamtverteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Bei den 16 geeigneten Publikationen handelt es sich um 9 Einzelstudien und 7 Reviews / Metaanalysen. Eine Liste der geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 25** (Anhang 7) aufgeführt. Von den geeigneten Publikationen wurde nicht ganz die Hälfte (7 Studien) in den Jahren 2011 und 2012 publiziert, die anderen sind verteilt über die Jahre 2003-10.

Die grösste Gruppe (11 von 16) der geeigneten Publikationen untersucht Stichproben, die sowohl Kinder als auch Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren umfassen. Drei Studien beschränken sich auf Jugendliche und je eine Studie auf Kinder sowie auf junge Erwachsene.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen können wir feststellen, dass 14 (von 16) Studien Psychotherapie entweder als Monotherapie (6 Studien) oder in Kombination mit Pharmakotherapie (8 Studien) untersuchten, zwei Studien evaluierten Pharmakotherapie als einzige Intervention. Keine Studie berücksichtigte weitere psychosozialen Interventionen.

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass 15 Studien/Reviews nur die Veränderung der Symptombelastung untersuchten, lediglich eine Studie berücksichtigte zusätzlich Veränderungen im Bereich des sozialen Verhaltens und der sozialen Integration (d.h. der psychosozialen Outcomes).

5.4.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei Zwangsstörungen

- **Psychotherapie:** Insgesamt N=6 Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie. Die Stichprobe dieser Studien/Reviews umfassen Kinder und Jugendliche (3 Studien), nur Jugendliche (2) sowie Jugendliche und junge Erwachsene (1). Die Untersuchungen belegen die klinische Wirksamkeit der Psychotherapien, wobei immer Formen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) evaluiert wurden. Zwei Studien befassen sich mit zwei verschiedenen Psychotherapieansätzen: eine Studie (Bolton et al., 2011) verglich eine Kurzzeit-KVT mit der ‚normalen‘ KVT (beide Ansätze wirksam, keiner dem anderen überlegen); die andere Studie (O'Leary, Barrett, & Fjermestad, 2009) verglich Einzel- mit Gruppentherapie (beide Ansätze wirksam, Gruppentherapie leicht bessere Ergebnisse).
- **Pharmakotherapie:** Zwei Publikationen befassen sich mit Pharmakotherapie als Monotherapie. Die Stichproben umfassten Kinder und Jugendliche. Untersucht wurde die Wirksamkeit von SSRI-Präparaten, welche durch beide Studien bestätigt wird.

- **Kombinationstherapie:** Insgesamt N=8 Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von Kombinationstherapien der Psychotherapie mit Pharmakotherapie. Die Stichprobe der Mehrheit der Studien/Reviews (6) bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, je eine Studie beschränkte sich auf Kinder oder Jugendliche allein. Vier Studien können bessere Effekte der Kombinationstherapie im Vergleich zu den Einzelinterventionen nachweisen. Zwei Studien zeigen keine besseren Wirkungen der Kombinationstherapie. Und zwei weitere Studien haben nur die kombinierte Anwendung von psycho- und pharmakotherapeutischen Interventionen untersucht, welche sich als wirksam erwiesen⁶⁵.

5.4.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei Zwangsstörungen

Lediglich eine Studie erfasste neben der Symptomveränderung auch psychosoziale Outcomes. Dabei handelt es sich um eine Cochrane-Review (O'Kearney, Anstey, & von Sanden, 2006) zur Wirksamkeit von Verhaltens- und Kognitiver Verhaltenstherapie. Als psychosoziale Outcomes wurde die Integration bzw. das Funktionieren in Familie und Schule geprüft⁶⁶. Die Review stellt jedoch fest, dass keine ausreichenden Daten verfügbar waren, um Effekte der Interventionen auf diese Outcomes wissenschaftlich absichern zu können⁶⁷.

5.4.4 Fazit

Nahezu alle ausgewählten Studien zur Behandlung von Zwangsstörungen evaluieren die Wirksamkeit von Psychotherapie (i.d.R. Kognitiver Verhaltenstherapie) und etwas mehr als die Hälfte der Studien die Wirksamkeit der Pharmakotherapie. Psychotherapie ist auch in den Behandlungsleitlinien die zentrale Intervention. Indessen erstaunt, dass keine der ausgewählten Studien weitere Interventionen untersucht, namentlich Psychoedukation, welche ebenfalls einen wichtigen Stellenwert in den Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften einnimmt.

Die positive Wirkung sowohl von Psycho- als auch Pharmakotherapie ist gut belegt. Die Kombinationstherapie scheint der Monotherapie überlegen zu sein; nicht alle Studien können dies jedoch nachweisen.

Keine der ausgewählten Studien zeigte, neben der Symptomveränderung, weitere Wirkungen in psychosozialen Bereichen.

5.5 Persönlichkeitsstörungen

5.5.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 352 Publikationen (aus folgenden Datenbanken: PsychInfo=204, Medline=116, ProQuest/ERIC=32) auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 336 als ungeeignet eingestuft. Zwei Gründe (85% aller Studien) waren am häufigsten für die Nicht-Selektion einer Studie verantwortlich: interessierende Altersgruppen nicht vertreten (N=174, 52%), Wirksamkeit von Interventionen nicht untersucht (N=108, 33%). Der **Tabelle 22** im Anhang 7 kann die Gesamtverteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Bei den 16 geeigneten Publikationen handelt es sich um 11 Einzelstudien und 5 Reviews/Metaanalysen. Eine Liste der geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 26** (Anhang 8) aufgeführt. Die ausgewählten Publikationen wurden in den

⁶⁵ Dabei befasste sich eine Studie mit einem umfassenden stationären Behandlungsprogramm, welches verschiedene psychotherapeutische Interventionen und Medikation beinhaltete (Bjorgvinsson et al., 2008).

⁶⁶ Die englischen Begriffe lauten: „family functioning“, „school functioning“

⁶⁷ „There were no data available to examine (...) family and school functioning, or acceptability of treatment“ (O'Kearney et al.; 2010; p. 11).

Jahren 2005-2013 publiziert, wobei die meisten aus den Jahren 2008 (N=5) und 2013 (N=3) stammen.

Alle Studien untersuchen Stichproben von Jugendlichen im Alter von 13-19 Jahren, zwei Studien umfassen neben Jugendlichen auch junge Erwachsene.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen können wir feststellen, dass 14 (von 16) Studien Psychotherapie entweder als Monotherapie (13 Studien) oder in Kombination mit Pharmakotherapie (1 Studie) untersuchten, zwei Studien evaluierten Pharmakotherapie als einzige Intervention und je eine Studie Pharmakotherapie in Kombination mit Psychotherapie oder eingebettet in ein umfassendes Behandlungspaket.

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass 11 Studien/Reviews nur die Veränderung der Symptombelastung untersuchten, fünf weitere Studien berücksichtigten zusätzlich Veränderungen im Bereich des sozialen Verhaltens und der sozialen Integration (d.h. der psychosozialen Outcomes).

5.5.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen

- **Psychotherapie:** Insgesamt N=13 Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie. Alle Untersuchungen belegen die klinische Wirksamkeit der Psychotherapien. Drei Studien führten eine vergleichende Analyse verschiedener Psychotherapieansätze durch. Eine Studie (Chanen et al., 2009) verglich die Kognitiv Analytische Therapie (KAT) mit einem Standard-Betreuungsprogramm mit verhaltenstherapeutischen Elementen für Jugendliche in stationärer Behandlung; beide Ansätze erwiesen sich als gleich wirksam, wobei Patienten/innen unter KAT raschere Fortschritte zeigten. Eine weitere Studie (Murphy & Siv, 2011) verglich den Ansatz der „Modus-Deaktivierungs“-Therapie (MDT)⁶⁸ mit einer psychodynamischen Therapie, wobei sich MDT als das effektivere Verfahren erwies. Eine weitere Untersuchung (Apsche, Bass, Jennings, & Siv, 2011) verglich den MDT-Ansatz mit einer Kognitiven Verhaltens-Therapie (KVT) sowie mit einem Trainingsprogramm für Soziale Fertigkeiten (TS): MDT erwies sich als das wirksamste Verfahren, KVT zeigte bessere Resultate als TS. Dem Therapie-Ansatz der „Dialektischen Verhaltenstherapie“ wird ebenfalls eine gute Wirksamkeit im Rahmen einer Review (Al-Alem & Omar, 2008) attestiert.
- **Pharmakotherapie:** Drei Publikationen befassen sich mit Pharmakotherapie als Monotherapie. Eine Studie (Wockel et al., 2010) untersuchte die Medikationen von stationären Patienten/innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einer deutschen psychiatrischen Klinik und stellte diese der wissenschaftlichen Evidenz gegenüber: die am häufigsten angewandten Präparate waren Antidepressiva (SSRI) und Neuroleptika. Die SSRI zeigen v.a. positive Effekte bei depressiver Komorbidität, aber weniger bei den Symptombereichen der Impulsivität und Aggressivität; letztere werden besser durch atypische Neuroleptika beeinflusst. Die medikamentöse Behandlung wird in der Review von (Al-Alem & Omar, 2008) kritisch eingeschätzt, die zugrundeliegende Pathologie werde kaum beeinflusst. Eine weitere Studie (Golubchik, Sever, Zalsman, & Weizman, 2008) untersuchte die Wirksamkeit einer Methylphenidat-Behandlung (MPH) bei Patienten/innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) und ADHS-Komorbidität: MPH erwies sich als wirksam sowohl für die Reduktion von ADHS- als auch BPS-Symptomen.

⁶⁸ "Through the synthesizing of an applied CBT (Cognitive Behavioral Therapy) methodology as well as Linehan's work with Dialectical Behavior Therapy (DBT) MDT was developed for adolescents who displayed a reactive conduct disorder, personality disorders/ traits, and Post Traumatic Stress Disorder symptomology" (Murphy & Siv, 2011, p.33).

- **Kombinationstherapie:** Eine Übersichtsarbeit (Chanen & McCutcheon, 2013) befasste sich mit zwei Frühinterventionsprogrammen, wobei v.a. das eine⁶⁹ sich als vielversprechend erwies. Die Programme sind Gesamtpakete, welche neben Psychotherapie, weitere Massnahmen und ggf. Pharmakotherapie beinhalten. Die Wirksamkeit einzelner Interventionsarten lässt sich daher nicht isoliert bewerten.

5.5.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen

Unter den fünf Studien, welche die Wirkung von Interventionen auch auf psychosoziale Outcomes überprüften, wurde lediglich die Psychotherapie als Einzelintervention (z.T. vergleichende Evaluation mehrerer Therapieverfahren) untersucht.

Psychotherapie: Alle fünf Studien belegen die Wirksamkeit der untersuchten psychotherapeutischen Ansätze auch in nicht-klinischen Bereichen. Geprüft wurden dabei die folgenden psychosozialen Outcomes: psychosoziale Anpassung⁷⁰, soziale Fertigkeiten.

5.5.4 Fazit

Die ausgewählten Studien befassen sich alle mit dem Phänomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sie untersuchen grösstenteils die Wirksamkeit von verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen. Im Vordergrund stehen dabei Therapieverfahren, welche basierend auf der Grundlage der Kognitiven Verhaltenstherapie spezifisch für Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden. Diese Verfahren zeigen positive Effekte. Die Pharmakotherapie ist umstrittener: es scheint, dass die untersuchten Medikamentengruppen immer nur in Teilbereichen der Persönlichkeitsstörungssymptomatik Verbesserungen erzielen können, aber nicht beim Gesamtbild.

Im Vordergrund der Studien stehen Verbesserungen im Symptombereich bzw. in der Psychopathologie. Wenn darüber hinaus psychosoziale Outcomes geprüft werden, so erfolgt dies relativ allgemein über unspezifische Skalen der sozialen Anpassung.

5.6 Sprach- und Teilleistungsstörungen: Artikulationsstörungen und Sprachstörungen

5.6.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden N=150 Publikationen, lokalisiert in Medline (N=69), PsycInfo (N=49) und Proquest (N=32), auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 144 als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion waren, dass die Publikationen keinen klaren Schwerpunkt auf die interessierenden Störungsbilder (63%) oder auf die Wirksamkeit der Behandlung (14%) legten. Der **Tabelle 22** im Anhang 7 kann die detaillierte Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Eine Liste der sechs geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 27** (Anhang 8) aufgeführt. Von diesen Publikationen wurden zwei (33%) im Jahr 2003, zwei (33%) im Jahr 2004, eine (17%) im Jahr 2008 und eine (17%) im 2011 publiziert. Vier Publikationen (67%) untersuchen Kinder im Vorschul- bzw. Schulalter ca. ab dem zweiten Lebensjahr. Die weiteren zwei Publikationen (33%) untersuchen Kinder und Jugendliche.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Sprachstörungen („speech sound disorder“ bzw. „speech and language delays/disorders“) können wir feststellen, dass praktisch alle (bzw. fünf von sechs) der geeigneten Studien/Reviews Behandlungen untersuchen,

⁶⁹ Das australische Programm „Helping Young People Early (HYPE)“

⁷⁰ Messung durch die Skala „SOFAS-Skala zur Erfassung des beruflichen und Sozialen Funktionsniveaus“ (vgl. Stieglitz, 2007).

welche auch von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen werden (vgl. Kapitel 3.6). Konkret befassen sich diese Publikationen mit logopädischen Behandlungen („speech and language therapy“) bzw. mit dem Training der nicht-sprachlichen oralmotorischen Fähigkeiten („nonspeech oral motor treatments“ [NSOMT]), welche entweder von einer spezialisierten Therapeut/in („speech therapist“) oder aber den Eltern durchgeführt wird. Eine Einzelstudie hat die Wirksamkeit von einer Elektropalatografie („electropalatography“ [EPG]) zum Gegenstand.

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass alle geeigneten Studien/Reviews die klinischen Outcomes, wie z.B. die Phonologie, die Syntax und den Wortschatz („expressive and receptive phonology, syntax, and vocabulary“) oder die gesamte linguistische Entwicklung der Zielgruppe untersuchen. Keine der geeigneten Studien konzentriert sich zusätzlich auf psychosoziale Outcomes.

5.6.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei Sprachstörungen

- **Logopädische Behandlungen:** Insgesamt N=4 Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit logopädischer Behandlungen („speech therapy“, „speech and language therapy“) als Monotherapie. Die Stichprobe dieser Publikationen bezieht sich auf Kinder und Jugendliche ab dem Vorschulalter. Bei drei dieser Publikationen belegen die Resultate logopädische Behandlungen als wirksame Intervention bei Sprachstörungen. Gemäss einer dieser Publikationen ist eine logopädische Behandlung („speech and language therapy“) bei Kindern mit phonetischen oder wortschatzbezogenen Schwierigkeiten („phonological or expressive vocabulary difficulties“) wirksam (Law, Garrett, & Nye, 2004). Diese Publikation zeigt auch, dass Interventionen, welche von den Eltern durchgeführt werden, sich als gleich wirksam erweisen wie Interventionen, welche von spezialisierten Therapeut/innen durchgeführt werden. Weiterhin scheinen Interventionen, welche über einen längeren Zeitraum (bzw. länger als acht Wochen) durchgeführt werden, gute Ergebnisse zu erzielen. Gemäss einer weiteren Studie können auch gute Ergebnisse mit einer Therapie basierend auf Peers ohne Sprachstörungen („the use of normal language peers in therapy“) erzielt werden (Law, Garrett, & Nye, 2003). Die einzige Studie, welche eine logopädische Behandlung bei Kleinkindern im Alter von 2 bis 5 Jahren als wirkungslos bewertet, betont die Wichtigkeit von Beobachten und Abwarten („watchful waiting“) bei der Zielgruppe (Goorhuis-Brouwer & Knijff, 2003). Gemäss einer Einzelstudie ist das Training *nicht-sprachlicher* oralmotorischer Fähigkeiten („nonspeech oral motor treatments“ [NSOMT]) unwirksam als Intervention bei Kindern mit einer phonologischen Störung („speech sound disorder“) (Ruscello, 2008).
- **Weitere Interventionen:** In einer Studie wird bei einer Gruppe von Kindern im Alter von 7 bis 14 Jahren die Wirksamkeit von Elektropalatographie („electropalatography“ [EPG]) untersucht (Carter & Edwards, 2004). Die Resultate der Studie belegen EPG als wirksame Intervention bei Kindern und Jugendlichen mit einer Sprachstörung.

5.6.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei Sprachstörungen

Psychosoziale Outcomes bestimmter Interventionen waren bei keiner der ausgewählten Studien Gegenstand der Untersuchung.

5.6.4 Fazit

Praktisch alle Publikationen untersuchen logopädische Interventionen als Behandlung von Sprachstörungen. Dies entspricht den von den medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Leitlinien (vgl. Kapitel 3.6). Die klinische Wirksamkeit von logopädischen Behandlungen ist gut belegt. Interventionen, welche durch die Eltern durchgeführt werden, sind gleich wirksam wie Interventionen, welche von spezialisierten Therapeut/innen durchgeführt werden. Die Aufklärung und Beratung der

Bezugspersonen, welche besonders bei Kleinkindern mit Artikulationsstörungen im Vordergrund steht, wurde in den Studien nicht (explizit) behandelt.

Keine Publikation untersucht zusätzlich die psychosoziale Wirksamkeit von logopädischen Behandlungen. Mit anderen Worten: es konnten keine Studien identifiziert werden, welche die Auswirkungen von Interventionen z.B. auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchten. Diese Lücke lässt sich teilweise mit den untersuchten Altersgruppen erklären: Diese waren teilweise Kleinkinder bzw. Vorschulkinder, bei welchen die schulische bzw. die berufliche Integration nicht (bzw. schwer) messbar sein kann.

5.7 Autismus-Spektrum-Störungen

5.7.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 95 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 70 als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion waren, dass die Publikationen keinen Schwerpunkt auf die Wirksamkeit der Behandlung (53%) oder auf das interessierende Störungsbild (Autismus, 19%) legten. Der **Tabelle 22** im Anhang 7 kann die detaillierte Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Eine Liste der 25 geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 28** (Anhang 8) aufgeführt. Von diesen 25 geeigneten Publikationen wurden 11 (44%) im Jahr 2012 und weitere 14 (56%) im Jahr 2013 publiziert.

Die Mehrzahl (64%) der geeigneten Publikationen untersucht Kleinkinder und Vorschulkinder ab einem Alter von ca. 2 Jahren, wobei zwei dieser Publikationen sogar Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr untersucht. Weitere neun Publikationen haben Kinder im Schulalter und/oder Jugendliche zum Gegenstand. Somit sind alle zu untersuchenden Altersgruppen – ausser jungen Erwachsenen – vertreten.

Mehr als die Hälfte der Publikationen (14) schliesst als Studienpopulation Kinder mit „Autism Spectrum Disorders (ASD)“ ein, meist definiert nach DSM-IV-TR, d.h. ASD umfassen „Autistic Disorder“ bzw. frühkindlicher Autismus (ICD-F84.0), „Asperger's Disorder“ (ICD-F84.5), „Rett's Disorder“ (ICD-F84.2), „Childhood Desintegrative Disorder“ (ICD-F84.3) und „Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise specified (PDD-NOS)“ (inklusive atypischem Autismus, ICD-F84.9). Zwei Studien, die ASD näher definieren, schliessen jedoch nur „Autistic Disorder“, „Asperger's Disorder“ und PDD-NOS ein (Kouijzer, van Schie, Gerrits, Buitelaar, & de Moor, 2013; O'Haire, 2013). Die Resultate dieser Studien werden nicht nach den ASD Subkategorien differenziert; es werden lediglich Aussagen zu ASD gemacht.

Vier weitere Studien behandeln unspezifisch Kinder mit „autism“ bzw. „clinical diagnosis of autism“.

Zwei Publikation befassen sich ausschliesslich mit frühkindlichem Autismus bzw. nach DSM-IV „autistic disorder“ (Ingersoll, 2012; Vernon, Koegel, Dauterman, & Stolen, 2012). Weitere zwei Publikationen umfassen explizit die Diagnosekategorien frühkindlicher Autismus und PDD-NOS (Bent, Bertoglio, Ashwood, Nemeth, & Hendren, 2012; Paul, Campbell, Gilbert, & Tsiouri, 2013). Eine Studie hat als Studienpopulation die ICD-10 Kategorien F84.0 frühkindlicher Autismus und F84.5, Asperger-Syndrom (Lemonnier et al., 2012). Das Asperger Syndrom und „high functioning autism (HFA)“ sind Gegenstand einer anderen Untersuchung (Minne & Semrud-Clikeman, 2012). Zuletzt befasst sich noch eine Publikation mit „toddlers at risk for ASD“ (Rogers et al., 2012).

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Autismus können wir feststellen, dass rund die Hälfte der geeigneten Studien/Reviews (14 von 25) Behandlungen untersucht, welche auch von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen wer-

den (vgl. Kapitel 3.8). Konkret haben fünf Publikationen Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Techniken, wie z.B. Angewandte Verhaltensanalyse („applied behaviour analysis“), Spieltherapie, „Reciprocal Imitation Training [RIT]“, zum Gegenstand. Drei Publikationen befassen sich mit Kombinationstherapien aus kinder- und elternbezogenen Interventionen, wie z.B. das Frankfurter Frühinterventionsprogramms (FFIP). Und sechs Publikationen haben primär Interventionen auf der Ebene der Bezugspersonen, wie z.B. Elterntraining oder „class-room based interventions“, zum Gegenstand. Weitere vier Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Pharmakotherapie. Die restlichen (N=7) Publikationen haben weitere Interventionen, v.a. tiergestützte Interventionen („animal assisted intervention [AAI]“), zum Gegenstand.

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass vier geeignete Studien/Reviews allein die klinische Wirksamkeit bzw. eine Reduktion der Autismus-Symptome untersuchen. Weitere acht Studien/Reviews untersuchen lediglich psychosoziale Outcomes. Weitere dreizehn Studien/Reviews untersuchen sowohl klinische als auch psychosoziale Outcomes. Bei der psychosozialen Dimension handelt es sich um folgende Aspekte: die Interaktionsfähigkeit (u.a. Kommunikation), das soziale Verhalten, die Sprachfertigkeiten und das Spielverhalten der Zielgruppe.

5.7.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei Autismus

- **Psychotherapie:** Drei Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen (u.a. Spieltherapie und „Reciprocal Imitation Training [RIT]“) als Monotherapie bei Vorschulkindern und bei Jugendlichen mit „asperger bzw. high functioning autism (HFA)“, mit „autistic disorder“ oder mit „ASD“. Die Resultate dieser drei Publikationen belegen die untersuchten psychotherapeutischen Verfahren als wirksame Interventionen.
- **Pharmakotherapie:** Vier Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie bei Kindern und Jugendlichen im Alter von ca. 4 bis 12 Jahren, wobei eine Studie sich auch mit Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr befasst. Die Publikationen untersuchen Kinder und Jugendliche mit „ASD“, „autism“ oder frühkindlichem Autismus (F84.0) bzw. „Asperger's Disorder“ (F84.5). Eine dieser Publikationen beurteilt Pharmakotherapie als wirkungslos bei Kindern im Alter von 4 bis 12 Jahren mit „autism“, und drei (75%) weisen positive Wirkungen auf.
- **Kombinationstherapie:** Zwei Publikationen haben die Wirksamkeit von Kombinationstherapien zum Gegenstand und belegen diese (Casenhiser, Shanker, & Stieben, 2011; Paul et al., 2013). Beide dieser Kombinationstherapien enthalten einen Ansatz der Familientherapie („therapy and coaching in families“) oder Elterntraining sowie kinderbezogene Interventionen. Die Stichprobe dieser Publikationen bezieht sich auf Klein- bzw. Vorschulkindern mit „ASD“ bzw. „autistic disorder, PDD-NOS“.
- **Interventionen auf der Ebene der Eltern:** Zwei Publikationen befassen sich mit elternbezogenen Interventionen. Diese Publikationen haben die Wirksamkeit eines Elterntrainings („teaching parents to implement a social engagement intervention with their children“) (Vernon et al., 2012) bzw. eines Internet-Support-Tools (Waligorska, Pisula, Waligorski, & Letachowicz, 2012) für Eltern zum Gegenstand und belegen diese. Diese Publikationen behandeln Kinder bzw. Kleinkinder mit „autistic disorder“ bzw. „ASD“.
- **Interventionen auf der Ebene der Lehrperson:** Eine Publikation befasst sich mit Interventionen auf der Ebene der Lehrperson bei Vorschulkindern mit „ASD“ und belegt diese (Lawton & Kasari, 2012).
- **Weitere Interventionen:** Vier Publikationen haben die Wirksamkeit von weiteren Interventionen zum Gegenstand. So belegt eine Studie die Wirksamkeit von hyperbarer Sauerstoff-

therapie („hyperbaric oxygen therapy“ [HBOT]) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 8 Jahren mit „autistic disorder, PDD-NOS“ (Bent et al., 2012). Eine weitere Einzelstudie bewertet EEG-Biofeedback als wirkungslos bei Kindern und Jugendlichen mit „autistic disorder, asperger disorder, PDD-NOS“ (Kouijzer et al., 2013). Die dritte Publikation belegt die Wirksamkeit von tiergestützter Intervention („animal-assisted intervention“ [AAI]) bei Kindern und Jugendlichen mit „ASD“ (O'Haire, 2013). Die vierte Studie befasst sich mit der Wirksamkeit alternativer Medikamente bei Kindern mit „ASD“ und belegt diese (Hendren, 2013).

5.7.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei Autismus

- **Psychotherapie:** Vier Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen (u.a. Spieltherapie und „Reciprocal Imitation Training [RIT]“) als Monotherapie bei Kleinkindern, Vorschulkindern, Schulkindern oder bei Jugendlichen mit „asperger bzw. high functioning autism (HFA)“, mit „autistic disorder“ oder mit „ASD“. Die Resultate dieser drei Publikationen belegen auch die Wirksamkeit psychotherapeutischer Ansätze in den psychosozialen Dimensionen des Spielverhaltens des Kindes oder seines sozialen Verhaltens.
- **Pharmakotherapie:** Drei Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie bei Kleinkindern, Vorschulkindern, Schulkindern oder bei Jugendlichen mit „autism“ oder frühkindlichem Autismus (ICD-F84.0), Asperger-Syndrom (ICD-F84.5). Die Resultate von zwei Publikationen belegen Pharmakotherapie als wirksame Intervention, und gemäss einer Publikation ist Pharmakotherapie wirkungslos bei Kindern im Alter von 4 bis 12 Jahren mit „autism“. Die psychosoziale Dimension bezieht sich auf das Verhalten („behaviour“) und das soziale Funktionieren („social functioning“) der Zielgruppe.
- **Kombinationstherapie:** Ebenfalls drei Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Kombinationstherapien, welche eine Form von Familientherapie („therapy and coaching in families“) oder Elterntraining sowie kinderbezogene Interventionen (v.a. zur Sprach- und Kommunikationsförderung) umfassen (Casenhiser et al., 2011; Freitag, Feineis-Matthews, Valerian, Teufel, & Wilker, 2012; Paul et al., 2013). Die Wirksamkeit betrifft sowohl das Verhalten, die sozialen Fertigkeiten („social interaction skills“) als auch die sprachlichen Fähigkeiten („language development“) von Klein- bzw. Vorschulkindern mit „ASD“ oder mit „autistic disorder, PDD-NOS“. Die Publikationen weisen positive Effekte nach.
- **Interventionen auf der Ebene der Eltern:** Zwei Studien untersuchten die Wirksamkeit von Elterntraining in Bezug auf das soziale Verhalten der Kinder, die Eltern-Kind-Interaktionen und das Sprachverständnis der Kinder. Die Studienpopulation schliesst Kinder mit „ASD“ bzw. „Toddlers at risk for ASD“ ein. Die Wirksamkeit wird in den Publikationen belegt.
- **Interventionen auf der Ebene der Lehrperson:** Interventionen, welche in der Klasse (bzw. „classroom based interventions“) durchgeführt werden, wurden durch zwei Studien geprüft. Diese Interventionen erscheinen gute Ergebnisse zu erzielen in Bezug auf Aufmerksamkeit („joint attention skills“) der Klein- bzw. Vorschulkinder mit „clinical diagnosis of autism“ bzw. mit „ASD“.
- **Weitere Interventionen:** Sechs Publikationen haben die Wirksamkeit von weiteren Interventionen zum Gegenstand, wobei v.a. Effekte im Bereich der sozialen Kompetenzen und der Kommunikationsfähigkeit untersucht wurden. Eine Studie belegt die Wirksamkeit von hyperbarer Sauerstofftherapie („hyperbaric oxygen therapy“ [HBOT]) bei Kindern im Alter von 3-8 Jahren mit „autistic disorder, PDD-NOS“ (Bent et al., 2012). Zwei Einzelstudien belegen die Wirksamkeit von tiergestützten Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit „ASD“ bzw. „PDD“ (Berry, Borgi, Francia, Allewa, & Cirulli, 2013; O'Haire, 2013). Eine Publikation befasst sich mit

der Wirksamkeit alternativmedizinischer Präparate (Hendren, 2013) bei Kindern mit „ASD“ und belegt diese. Eine Publikation belegt die Wirksamkeit von Roboter-Technologie bei Kleinkinder mit „ASD“ („robotic technology“) (Bekele et al., 2013). Eine Studie untersuchte die Wirksamkeit von Videomodellieren („video-modelling“) bei Kleinkindern im Alter von 2-5 mit „ASD“ zum Gegenstand und belegt diese (Wilson, 2013).

5.7.4 Fazit

Rund die Hälfte der Publikationen befasst sich mit Interventionen, welche von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen werden (vgl. Kapitel 3.8). Pharmakotherapie als Monotherapie wird lediglich in wenigen Studien untersucht. Sowohl die klinische als auch die psychosoziale Wirksamkeit wird in der überwiegenden Mehrzahl der geeigneten Publikationen untersucht. Bei der psychosozialen Dimension handelt es sich um die Interaktionsfähigkeit (u.a. Kommunikation), das soziale Verhalten, die sprachlichen Fertigkeiten und das Spielverhalten der Zielgruppe. Diese psychosozialen Outcomes spiegeln die in den Leitlinien definierte Zielsetzung der Interventionen wider.

Rund zwei Drittel der Publikationen schliesst als Studienpopulation Kinder mit „Autism Spectrum Disorders (ASD)“ ein und differenziert die Resultate nicht nach den ASD Subkategorien (s.o.). Die weiteren Studien behandeln „Autism“ bzw. frühkindlichen Autismus und/oder das Asperger-Syndrom.

Sowohl die klinische als auch die psychosoziale Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren ist gut belegt – unabhängig von der Art der Autismus-Spektrum-Störung. Dies gilt für Kinder ab Kleinkind- bis zum Jugendalter (18 Jahren). Im Weiteren sind die klinische und psychosoziale Wirksamkeit von elternbezogenen sowie schulbezogenen Interventionen („classroom-based interventions“) gut belegt. Erwähnenswert ist, dass die klinische und psychosoziale Wirksamkeit tiergestützter Interventionen ebenfalls durch eine Studie belegt werden konnte.

5.8 ADHS

5.8.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 95 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 71 als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion waren, dass die Publikationen keinen Schwerpunkt auf die Wirksamkeit der Behandlung (51%) oder auf die interessierenden Altersgruppen (39%) legten. Der **Tabelle 22** im Anhang 7 kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Eine Liste der 24 geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 29** (Anhang 8) aufgeführt. Von diesen Publikationen wurden 11 (46%) in den Jahren von 2003 bis 2011, weitere 5 (21%) im Jahr 2012 und weitere 8 (33%) im Jahr 2013 publiziert. Rund die Hälfte (58%) der geeigneten Publikationen untersucht Kinder im Schulalter von ca. 6–12 Jahren. Zwei Publikationen beziehen sich auch auf Jugendliche. Weitere sechs Publikationen (25%) untersuchen Kinder im Kindergartenalter. Die restlichen geeigneten Publikationen (17%) untersuchen Kinder sowohl im Kindergarten- als auch im Schulalter. Somit sind beide interessierenden Altersgruppen gut erfasst.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche zur Wirksamkeit der Behandlungen bei ADHS können wir feststellen, dass praktisch alle (bzw. 22 von 24) der geeigneten Studien/Reviews Behandlungen untersuchen, welche auch von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen werden (vgl. Kapitel 3.9). Konkret befassen sich 13 Studien/Reviews mit einer Form einer *kinder-*

bezogenen Psychotherapie (z.B. kognitive Therapie, narrative Therapie [„group narrative therapy“]) entweder als Monotherapie oder als Kombinationstherapie⁷¹. Bei den Kombinationstherapien (wie z.B. „Collaborative School–Home Behavioral Intervention“ und „Family Skills Training for ADHD-Related Symptoms [Family STARS]“) wird meistens ein Psychotherapieverfahren mit einer (psycho-sozialen) Intervention auf der Ebene der Bezugspersonen (v.a. Elterntraining [„parent training“]) oder mit einer Pharmakotherapie kombiniert. Zwei weitere Publikationen haben *Interventionen auf der Ebene der Lehrpersonen bzw. auf der Ebene der Eltern* als Monotherapie zum Gegenstand, und weitere sieben Publikationen haben *Pharmakotherapie* als Monotherapie zum Gegenstand. Die restlichen zwei Einzelstudien untersuchen die Wirksamkeit von *Sport* und *pflanzlichen Zubereitungen* („compound herbal preparations“) als Behandlung bei ADHS.

Bezogen auf die Outcomes können wir feststellen, dass zehn geeignete Studien/Reviews allein die klinische Wirksamkeit bzw. eine Reduktion der ADHS-Symptome untersuchen. Weitere sieben Studien/Reviews fokussieren auf psychosoziale Outcomes von Interventionen und sieben Studien/Reviews untersuchen sowohl klinische als auch psychosoziale Outcomes. Bei der psychosozialen Dimension handelt es sich um die soziale Integration bzw. v.a. um das Verhalten der Zielgruppe in der Klasse und in der Schule (z.B. „social contact at school“, „classroom behavioral outcomes“); einige Publikationen erfassen zusätzlich die Veränderung der schulischen Leistung (Veränderung der Schulnoten, Einschätzung der Eltern).

5.8.2 Klinische Wirksamkeit von Interventionen bei ADHS

- **Psychotherapie:** Zwei Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie. In einer Studie wird bei einer Gruppe von Schulkindern im Alter von 7 bis 13 Jahren die Wirksamkeit von „Response Cost and Token approach [RCT]“ als Monotherapie untersucht (Siniatchkin et al., 2012). Die Resultate der Studie belegen RCT als wirksame Intervention bei ADHS. Eine andere Studie beurteilt Psychotherapie als wirkungslos bei Kindern und Jugendlichen.
- **Pharmakotherapie:** Insgesamt fünf Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie bei *Schulkindern* im Alter von ca. 6 bis 12 Jahren. Die Wirksamkeit von Pharmakotherapie bei Schulkindern wird in der Mehrheit (80%, N=4) dieser Publikationen belegt. Eine Publikation beurteilt Pharmakotherapie als wirkungslos. Zwei Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie bei *Vorschulkindern*. Eine dieser Publikationen belegt die Wirksamkeit von Pharmakotherapie, und die andere beurteilt Pharmakotherapie als wirkungslos.
- **Kombinationstherapie:** Insgesamt sieben Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von Kombinationstherapien. Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder im Vorschul- und Schulalter. Davon untersuchen drei Publikationen die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie kombiniert mit psychotherapeutischen Interventionen und belegen diese. Gemäss einer Publikation hat eine Kombinationstherapie von Verhaltenstherapie (KVT) und Elektroakupunktur positive Wirkungen bei Kindern im Vorschulalter (Li et al., 2010). Zwei Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen kombiniert mit Elterntraining und belegen diese. In einer Publikation wird die relative Wirksamkeit einer Kombinationstherapie aus Training der sozialen Fertigkeiten des Kindes und Elterntraining („social-skills training plus parental training“) untersucht. Diese Publikation kann jedoch keine die bessere

⁷¹ Zwei dieser Publikationen haben noch andere, in den Leitlinien empfohlene Interventionen z.B. (Pharmakotherapie, Elterntraining) zum Gegenstand.

Wirksamkeit der Kombinationstherapie im Vergleich zu Elterntraining als Monotherapie nachweisen.

- **Interventionen auf der Ebene der Eltern:** Zwei Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von elternbezogenen Interventionen („parent behavior training“ und „Incredible Years BASIC Parenting Programme“) bei Vorschulkindern und belegen diese (Charach et al., 2013; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2008).
- **Weitere Interventionen:** Drei Publikationen befassen sich mit weiteren Interventionen. In einer Studie wird bei einer Gruppe von Drittklässlern (im Alter von rund 8 Jahren) die Wirksamkeit von *Sport* untersucht (Smith et al., 2013). Die Resultate der Studie belegen Sport als wirksame Intervention bei ADHS. Eine andere Studie untersucht die Wirksamkeit von *pflanzlichen Zubereitungen* („compound herbal preparations“) bei Schulkindern im Alter von 6–12 Jahren und belegt diese (Katz, Levine, Kol-Degani, & Kav-Venaki, 2010). Eine andere Studie untersucht die Wirksamkeit einer *Eliminationsdiät* bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–18 Jahren und belegt diese (Sonuga-Barke et al., 2013).

5.8.3 Psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen bei ADHS

- **Psychotherapie:** Vier Publikationen befassen sich mit der psychosozialen Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie bei Vorschul- und Schulkindern. Drei dieser Studien (75%) belegen die Wirksamkeit bezogen auf das soziale Verhalten und eine beurteilt Interventionen bei Vorschulkindern als wirkungslos.
- **Pharmakotherapie:** Drei Publikationen befassen sich mit der psychosozialen Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie bei *Schulkindern* und belegen diese. Davon befassen sich zwei Publikation mit der Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie bei *Vorschulkindern*: Eine beurteilt Pharmakotherapie als wirkungslos, und eine weist positive Wirkungen auf das soziale Verhalten auf.
- **Kombinationstherapie:** Fünf Publikationen untersuchen die psychosoziale Wirksamkeit von Kombinationstherapien. Die Stichprobe dieser Studien/Reviews bezieht sich auf Kinder im Vorschul- und Schulalter. In einer Publikation wird die Wirksamkeit von einer Pharmakotherapie kombiniert mit einer Psychotherapie des Kindes untersucht und belegt. Weitere drei Publikationen untersuchen die Wirksamkeit von Psychotherapie kombiniert mit einer Intervention auf der Ebene der Eltern und belegen diese (bezogen auf die soziale Integration und die schulische Leistung). Gemäss einer Publikation kann die höhere Wirksamkeit einer Kombinationstherapie aus Training der sozialen Fertigkeiten und einem Elterntraining verglichen mit einer Elterntherapie als Monotherapie nicht belegt werden.
 - **Interventionen auf der Ebene der Eltern:** Gemäss einer Publikation hat Elterntraining (bzw. „parent behavior training“) als Monotherapie eine positive Wirkung auf das Verhalten („child behaviour“) von Vorschulkindern (Charach et al., 2013).
 - **Interventionen auf der Ebene der Lehrperson:** In einer Studie erweisen sich Interventionen auf der Ebene der Lehrperson bei Vorschulkindern als wirkungslos in Bezug auf Lernbeeinträchtigungen im Klassenkontext („impairment in classroom learning“) (Sayal et al., 2010).
 - **Weitere Interventionen:** In einer Studie wird bei einer Gruppe von Drittklässlern im Alter von rund 8 Jahren die Wirksamkeit von *Sport* untersucht (Smith et al., 2013). Die Resultate der Studie belegen Sport als wirksame Intervention bei ADHS, indem die sozialen Fähig-

keiten und das Verhalten der Zielgruppe ("social and behavioral functioning measures") verbessert werden.

5.8.4 Fazit

Die überwiegende Mehrzahl der Publikationen untersucht die von den Leitlinien empfohlenen Behandlungen. In vergleichbarer Zahl liegen Studien vor, die Psycho- oder Pharmakotherapie als Monotherapie untersuchten oder in Kombination miteinander oder auch mit anderen Interventionen. Die Resultate der Studien/Reviews belegen die klinische Wirksamkeit von *Pharmakotherapie als Monotherapie* oder als Kombinationstherapie mit anderen psychotherapeutischen sowie psychosozialen Interventionen bei Schulkindern. Hingegen können bei Vorschulkindern bezüglich einer Pharmakotherapie keine eindeutigen Rückschlüsse gezogen werden. Dies ist nicht überraschend, da eine Pharmakotherapie bei Vorschulkindern nicht als Behandlung erster Wahl durch die Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften empfohlen wird. Psychotherapie als Monotherapie erweist sich in einer Mehrheit der ausgewählten Studien als wirksam, wobei häufiger Effekte im psychosozialen Bereich bzw. im Verhalten der Zielgruppe untersucht wurden; es liegen aber auch Studien vor, die keine Effekte von Psychotherapie als Monotherapie nachweisen können. Es scheint, dass psychotherapeutische Verfahren wirksamer sind in Kombination mit anderen Interventionen, Pharmakotherapie oder psychosoziale Interventionen. Generell zeigt die Kombination verschiedener Interventionen – ganz im Sinne des multimodalen Behandlungskonzepts von ADHS – besonders vielversprechende Resultate⁷².

Grosse Bedeutung in der ADHS-Behandlung haben weitere *psychosoziale Interventionen*, wobei insbesondere elternbezogene Interventionen zentral sind: die Studienbilanz fällt in Bezug auf diese elternbezogenen Interventionen positiv aus. Bei Vorschulkindern erweisen sich Elternt raining (als Mono- oder als Kombinationstherapie) gar als die Behandlung der Wahl. Dies entspricht den Empfehlungen der Leitlinien für die Behandlung von Vorschulkindern.

Weiter zeigte sich, dass viele Studien zur Behandlung von ADHS auch die psychosoziale Wirksamkeit von Interventionen untersuchen, wobei es sich bei der psychosozialen Dimension meistens um die soziale bzw. schulische Integration der Kinder und Jugendlichen handelt. Die Ergebnisse scheinen hier den Resultaten bezogen auf die klinische Wirksamkeit zu entsprechen.

5.9 Fazit zur Wirksamkeit ausgewählter Behandlungen

5.9.1 Allgemeines

Bei allen psychischen Störungen liegt eine ausreichende Zahl Studien vor, welche die Wirksamkeit der Interventionen untersucht. Lediglich bei Sprach- und Artikulationsstörungen ist die Studienlage dürftig: nur 16 geeignete Publikationen konnten identifiziert werden.

Die überwiegende Mehrzahl der geeigneten Studien hat die klinische Wirksamkeit bzw. die störungsspezifische Symptomreduktion zum Gegenstand. Die psychosoziale Dimension wird am häufigsten in Studien zu Autismus und ADHS untersucht. Bei den psychosozialen Outcomes handelt es

⁷² Im Rahmen der sogenannten „MTA Multimodal Treatment Study of ADHD“ wurde in den späten 90er- und frühen 00-Jahren eine vergleichende Analyse von Psychopharmako-, Psychotherapie (KVT) und psychosozialen Interventionen vorgenommen. Diese grosse Studie fiel nicht mehr ins Zeitfenster der vorliegenden Analyse, ihre Ergebnisse sind jedoch nachwievor von Bedeutung und stehen (grösstenteils) in Einklang mit den Befunden der neueren Untersuchungen. Die Ergebnisse der MTA zeigten, dass sowohl die Psychopharmaka- als auch die Kombinationstherapie sich im Anschluss an die Intervention, aber auch 10 und 25 Monate nach der Intervention als wirksamer im Vergleich zu den anderen Interventionen erwiesen (Jensen et al., 2007). Die Wirkung schwächte sich allerdings nach 10 Monaten ab. Indessen konnte die Follow-up Studie nach zwei bzw. drei Jahren keine Überlegenheit der Psychopharmakotherapie mehr nachweisen. Und sechs bis acht Jahre nach Therapieende konnte für die damals gewählte Interventionsform überhaupt kein Effekt mehr auf den Verlauf von ADHS gezeigt werden. Andere Faktoren (wie z. B. der sozioökonomische Status) spielten laut dieser Studie beim Verlauf von ADHS eine grössere Rolle (Molina et al., 2009).

sich eher um kurzfristige Effekte, wie z.B. das Verhalten des Kindes in der Klasse oder die Qualität der sozialen Beziehungen. Publikationen, welche zusätzlich die berufliche Integration – gemessen z.B. anhand der Höhe des Lohns, dem Beschäftigungsstatus oder dem Sozialhilfeempfangsstatus –, konnten nicht identifiziert werden.

Bezogen auf die Behandlungen können wir feststellen, dass die Mehrzahl der geeigneten Publikationen Behandlungen zum Gegenstand hat, welche auch von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen werden. Es sind nur zwei Ausnahmen auszumachen: Rund die Hälfte der geeigneten Studien im Bereich der Autismus-Spektrums-Störungen und ADHS haben auch andere Behandlungen zum Gegenstand, welche von den Leitlinien nicht empfohlen werden.

Erwähnenswert ist, dass bei den meisten ausgewählten psychischen Störungen vergleichsweise häufig die Wirksamkeit von Kombinationstherapien, wie z.B. Psychotherapie und Pharmakotherapie oder Elternt raining und Psychotherapie, geprüft wird.

5.9.2 Klinische Outcomes

Störungsspezifisch können die folgenden Schlussfolgerungen gezogen werden:

Sowohl die Wirksamkeit von Psychotherapie als auch von Pharmakotherapie als Behandlung von *Depression* sowie von *Angst- und Zwangsstörungen* ist gut belegt. Die Kombination beider Ansätze scheint lediglich bei Depression und Angststörungen noch bessere Ergebnisse zu erzielen. Bei den Zwangsstörungen sind die Befunde bzgl. einer Kombinationstherapie (Pharmakotherapie und Psychotherapie) mit Vorbehalt zu bewerten.

Psychotherapeutische Ansätze zeigen bei *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ebenfalls positive Effekte. Die Wirksamkeit von Pharmakotherapie zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist dagegen umstritten.

Logopädische Behandlungen, welche durch spezialisierte Therapeuten/innen oder von den Eltern durchgeführt werden, erzielen bei Kindern mit *Sprachstörungen* gute Ergebnisse.

Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren, elternbezogenen sowie schulbezogenen Interventionen sind bei Kindern und Jugendlichen mit *Autismus* gut belegt.

Die Wirksamkeit von Pharmakotherapie als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit psychotherapeutischen sowie psychosozialen Interventionen wird bei *Schulkindern mit ADHS* bestätigt. Bei *Vorschulkindern mit ADHS* scheinen eher Interventionen auf der Ebene der Bezugspersonen bzw. Elternt raining als Monotherapie oder als Kombinationstherapie gute Ergebnisse zu erzielen. Bei *Vorschulkindern mit ADHS* können bezüglich einer Pharmakotherapie keine eindeutigen Rückschlüsse gezogen werden.

5.9.3 Psychosoziale Outcomes

Eine grosse Bandbreite von Interventionen und psychosozialen Outcomes wurde in Studien zu *Autismus und ADHS* gefunden. Für *Autismus* ist die psychosoziale Wirksamkeit von psychotherapeutische Verfahren sowie von elternbezogenen, schulbezogenen und tiergestützten Interventionen gut belegt, insbesondere was die Verbesserung des sozialen Verhaltens/Kompetenzen betrifft.

Bei *ADHS* bekräftigen die Studien die psychosoziale Wirksamkeit von Psychotherapie als Monotherapie, von Pharmakotherapie als Monotherapie bei Schulkindern und von Kombinationstherapien (v.a. die Kombination von Psychotherapie des Kindes mit Elternt raining). Die in den Studien gemessenen Outcomes bei ADHS sind vor allem auf das soziale Verhalten und die schulischen Leistungen ausgerichtet.

Für *Zwangsstörungen und Sprachstörungen* liegt keine klare Befundlage zur Wirksamkeit von Intervention bzgl. psychosozialen Outcomes vor.

Für *Depressionen* bestätigt eine kleine Zahl an Studien die psychosoziale Wirksamkeit von Psychotherapie als Mono- oder Kombinationstherapie.

Für *Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen* belegen einige Studien die psychosoziale Wirksamkeit (d.h. die Verbesserung der psychosozialen Anpassung) von Psychotherapie als Monotherapie. Bei *Angststörungen* wurde in den Studien auch eine Verbesserung der psychosozialen Dimensionen Lebensqualität und Selbstwirksamkeit nachgewiesen.

6 Früherkennung und Frühintervention

6.1 Vorbemerkungen

Der Gegenstand dieses Kapitels war ursprünglich die Frage, ob Studien existieren, welche sich mit dem optimalen Zeitpunkt der Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen bei der Zielgruppe befassen. Eine erste Sichtung der Literatur zeigte jedoch, dass die Frage des optimalen Zeitpunktes in der wissenschaftlichen Literatur primär in zwei Themenkomplexen behandelt wird: der *Früherkennung* von und der *Frühintervention* bei psychischen Störungen.

Das Vorgehen bei der Auswertung der Literatur zu diesen Themenkomplexen ist identisch mit dem im Kapitel 5.1 beschriebenen Vorgehen. Um die Lücken in der Literatur zu identifizieren, wurden bei jeder ausgewählten Störung erst einmal *statistische Merkmale* der Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengefasst. Konkret wurden die Anzahl der bearbeiteten Publikationen und deren Quelle (bzw. Datenbank) sowie die Anzahl geeigneter und ungeeigneter Studien zusammengefasst. Bei den ungeeigneten Publikationen wurden die am häufigsten angegebenen Gründe für die Nicht-Selektion kurz erwähnt. Details zu den Gründen der Nicht-Selektion (bzw. die Verteilung der Gründe) pro psychische Störung kann **Tabelle 30** im Anhang 9 entnommen werden.

Bei den geeigneten Publikationen wurden Angaben zum Publikationsjahr zusammengefasst. Da Abhängigkeitserkrankungen (ICD-F10 oder -F12) als Nebendiagnose praktisch nie Gegenstand wissenschaftlicher Publikationen waren, wurde auf diese in der Analyse nicht eingegangen. Eine Liste der geeigneten Publikationen bzw. deren Quelle (die Autoren, der Titel und die Zeitschrift) sind pro psychische Störung in **Tabelle 31-35** im Anhang zusammengestellt. In einem zweiten Schritt wurde die in den Studien gefundenen Früherkennungsmassnahmen und Frühintervention beschrieben.

Zur Früherkennung und -intervention bei Sprachstörungen⁷³ und Zwangsstörungen⁷⁴ konnten keine geeigneten Publikationen identifiziert werden, und deshalb wird auf diese Störungen in der untenstehenden Analyse nicht eingegangen. Der **Tabelle 30** im Anhang 9 kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden.

6.2 Affektive Störungen

6.2.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 22 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 18 als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion waren, dass die Publikationen keinen Schwerpunkt auf Früherkennung und -intervention legten (50%) und dass die Publikationen spezifische Gruppen bzw. Settings untersuchten (33%). Der **Tabelle 30** im Anhang kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden.

Eine Liste der vier geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 31** (Anhang 10) aufgeführt. Von diesen vier geeigneten Publikationen wurden zwei im Jahr 2007, eine im Jahr 2010 und eine im Jahr 2012 publiziert. Wir können feststellen, dass alle geeigneten Studien/Reviews die Wirksamkeit von Prä-

⁷³ Insgesamt wurden alle 22 lokalisierte Publikationen, lokalisiert durch Medline, PsycInfo und ProQuest, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden alle als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion war, dass die Publikationen keinen Schwerpunkt auf Sprachstörungen (73%) legten.

⁷⁴ Die zwei durch Medline lokalisierten Publikationen wurden als ungeeignet eingestuft, da sie nicht schwerpunktmässig die Früherkennung und -intervention bei psychischen Störungen behandeln.

ventions- und/oder frühen Interventionsprogrammen untersucht haben. Lediglich ein Review hatte zusätzlich Früherkennung zum Gegenstand.

6.2.2 Wirksamkeit der frühen Interventionen bei Depression

- **Früherkennung:** Gemäss einer Review erweisen sich Programme der Früherkennung bei Jugendlichen als wirksam (Merry, 2007).
- **Frühintervention:** Eine Studie befasst sich mit einer Frühintervention bzw. einer Eltern-Kind Interaktionstherapie („Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development“ [PCIT-ED]) bei Kindern im Vorschulalter (3 bis 7 Jahren) und deren Eltern (Luby, Lenze, & Tillman, 2012). Gemäss der Studie ist PCIT-ED eine erfolgsversprechende frühe Intervention bei Depression. Konkret belegen die Resultate der Studie die Wirksamkeit einer frühen PCIT-ED im Bereich der effektiven Funktionen („executive functioning“) und Emotionserkennungsfähigkeiten („emotion recognition skills“).
- **Präventionsprogramme:** Drei Reviews befassen sich mit der Wirksamkeit von Präventionsprogrammen. Die eine systematische Review befasst sich mit Präventionsprogrammen in Schulen („school-based prevention and early intervention programs“) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-12 Jahren bzw. im Alter von 13-19 Jahren (Calear & Christensen, 2010). Die Mehrzahl der untersuchten Programme basiert auf einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Die Review weist auf die klinische Wirksamkeit indizierter Programme („indicated programs“) in Schulen bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter Depression („elevated levels of depression“) hin. Die zweite Review umfasst ebenfalls Präventionsprogramme in Schulen bzw. Programme basierend auf KVT, Interpersoneller Psychotherapie (IPT) oder Psychoedukation (Neil & Christensen, 2007). Dabei wurden sowohl indizierte Programme als auch universelle Programme untersucht. Rund die Hälfte der indizierten Programme (50%) und der universellen Programme (58%) wiesen positive Effekte bzw. eine *kurzfristige* oder *mittelfristige* Reduktion in der Symptombelastung auf. Die dritte Review befasst sich mit der Wirksamkeit (*kurzfristige* Verminderung von depressiven Symptomen) von Präventionsprogrammen bei Jugendlichen (Merry, 2007). Diese Programme basieren ebenfalls auf KVT. Die Review findet wenig Evidenz für die Unterstützung von universellen Interventionen („universal interventions“), aber mehr Evidenz für die Unterstützung von selektiven Interventionen („targeted interventions“).

6.2.3 Fazit

In den ausgewählten Reviews überwiegen Studien, welche die Präventionsprogramme basierend auf Psychotherapie (meistens Kognitive Verhaltenstherapie) untersuchen. Das interessierende Outcome ist die kurz- oder mittelfristige Reduktion der Symptome. Obwohl einige Studien die Wirksamkeit der Präventionsprogramme belegen, scheint es doch schwierig, eindeutige Rückschlüsse zu ziehen, weil die Ergebnisse der Studien variieren. Dies betrifft sowohl universelle als auch indizierte Interventionen.

6.3 Angststörungen

6.3.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 20 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 12 als ungeeignet eingestuft. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Selektion waren, mehrfach publizierte Studien (N=5) sowie ein fehlender Schwerpunkt auf Angststörungen (N=4); der **Tabelle 30** im Anhang 9 kann die detaillierte Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden. Eine Liste der 8 geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 32**

(Anhang 10) aufgeführt. Diese wurden in den Jahren 2005-2012 veröffentlicht. Bei fünf Untersuchungen handelt es sich um Einzelstudien, bei drei um Reviews.

Wir können feststellen, dass alle geeigneten Studien/Reviews die Wirksamkeit von Früherkennungs- oder Frühinterventionsprogrammen untersucht haben.

6.3.2 Wirksamkeit der frühen Interventionen bei Angststörungen

- **Früherkennung:** Im Rahmen einer Studie wurde versucht, Risikofaktoren für die Entwicklung einer späteren manifesten Angststörung bei Kindern im Alter von 3-4 Jahren und ihren Müttern zu ermitteln. Diese könnten als Basis für die Entwicklung eines Screening-Instrumentes dienen. Die Studie konnte einige Risikofaktoren identifizieren, welche mit einer klinisch relevanten Angststörung im Alter von 8-9 Jahren korrelierten (Hudson & Dodd, 2012).
- **Frühintervention:** Drei Studien untersuchten Frühinterventionsmassnahmen/-programme bei Kindern und Jugendlichen. Alle Interventionen fanden in der Schule statt und wurden teilweise vom Lehrpersonal oder aber von externen Fachpersonen umgesetzt. Bei den Interventionen ging es darum, gefährdeten Kinder Verhaltensstrategien im Umgang mit Ängsten zu vermitteln. In zwei der drei Studien wurden positive Effekte erzielt, eine Studie konnte keine signifikante Wirksamkeit nachweisen. Eine Studie mit Wirksamkeitsnachweis zeigte zudem, dass die Wirksamkeit der Interventionen noch erhöht werden konnte, wenn auch die Eltern einbezogen wurden.
- **Kombination Früherkennung/-intervention:** Vier weitere Studien evaluierten Programme, die sowohl aus Massnahmen der Früherkennung als auch der Frühintervention bestehen, wobei es sich bei drei Studien um Reviews handelt. Die drei Reviews⁷⁵ differenzierten nach dem Präventionsansatz der Interventionen, wobei universelle die selektiven und indizierten Ansätze überwogen. Alle Interventionen umfassten Verfahren aus der Kognitiven Verhaltenstherapie und wurden schulbasiert für Kinder oder Jugendliche angeboten. Die drei Reviews wiesen im Durchschnitt substantielle positive Effekte der Angebote nach. Bei der vierten Untersuchung (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005) handelt es sich um eine Einzelstudie bei Kindern im Alter von 3-5 Jahren. Dabei wurden zunächst Kindergartenkinder einem Screening Test für Angststörungen unterzogen. Kinder mit erhöhten Werten wurden dann zufällig einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Bei der Interventionsgruppe erhielten die Eltern ein Beratungs- und Trainingsprogramm, das die Sensibilisierung für und den Umgang mit Ängsten der Kinder beinhaltete. Das Programm zeigte signifikante positive Effekte bei der Reduktion von Angstsymptomen aber nicht in den Dimensionen des sozialen Rückzugs und der Inhibition.

6.3.3 Fazit

Alle ausgewählten Studien befassen sich mit Instrumenten der Früherkennung und Interventionen der Frühintervention. Fragen der Sensitivität und Spezifität der Instrumente wurden aber in keiner Studie thematisiert. Viele Frühinterventionen richten sich an Kinder und Jugendliche und sind häufig im Schulkontext lokalisiert. Der Fokus der Programme umfasst sowohl universelle, selektive als auch indizierte Prävention. Die Wirksamkeit dieser Interventionen, die häufig Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie beinhalten, wird in Übersichtsstudien als positiv eingestuft.

⁷⁵ Es handelt sich um die folgenden Publikationen Stallard (2009), Neil & Christensen (2007) und Neil & Christensen (2009)

6.4 Persönlichkeitsstörungen

6.4.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden sieben Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden vier als ungeeignet eingestuft. Die Gründe für die Nicht-Selektion waren: die Frage der Früherkennung und -intervention wurde nicht untersucht (N=3), mehrfach publizierte Studien (N=1).

Eine Liste der drei geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 33** (Anhang 10) aufgeführt. Diese wurden in den Jahren 2009 (N=2) und 2013 (N=1) veröffentlicht. Bei zwei Untersuchungen handelt es sich um Einzelstudien, bei einer um eine Review.

Wir können feststellen, dass die drei Studien/Reviews die Wirksamkeit von Früherkennungs- oder Frühinterventionsprogrammen untersucht haben.

6.4.2 Wirksamkeit der frühen Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen

- **Frühintervention:** Zwei Publikationen⁷⁶ befassen sich mit dem australischen Programm HYPE (Helping Young People Early) für Jugendliche mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS). Im Rahmen von HYPE wurden die diagnostischen Kriterien (nach DSM-IV) für eine BPS gelockert (Reduktion der Anzahl diagnostischer Kriterien), um subklinische Formen früher erkennen zu können. Diese Patienten/innen erhielten als Intervention eine Kognitiv-Analytische Therapie (s.o., Kapitel 5.5). Als Vergleichsgruppen wurden Patienten/innen ausserhalb des HYPE-Programms mit KAT sowie Patienten/innen in einem Standard-Betreuungsprogramm beigezogen. Als wirksamste Intervention (in Bezug auf die Reduktion der Symptombelastung) erwies sich die Gruppe mit Frühintervention (=HYPE) plus KAT.
- **Kombination Früherkennung/-intervention:** Eine Review befasst sich mit der Wirksamkeit von Früherkennungs- und Frühinterventionsprogrammen für Jugendliche mit Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) (Chanen & McCutcheon, 2013). Die Autoren stellen fest, dass etablierte Instrumente der Früherkennung von BPS vorliegen. Sie vergleichen zwei Frühinterventionsprogramme, nämlich das australische HYPE (s.o.) mit dem holländischen ERT (Emotion Regulation Training) und weisen darauf hin, dass sich HYPE bisher als die wirksamere Intervention erwiesen hat. Ein möglicher Grund für dieses Resultat wird darin gesehen, dass HYPE ein umfassendes Interventionspaket darstellt, während ERT eher eine ergänzende Intervention der klassischen BPS-Behandlung verkörpert.

6.4.3 Fazit

Es konnten nur sehr wenige Studien identifiziert werden, welche sich mit Früherkennung und -intervention bei Persönlichkeitsstörungen befassen. Auch hier gilt aber, dass die Früherkennung oder -intervention vielversprechende Resultate zeigt. Die beschriebenen Frühinterventionsprogramme basieren auf den etablierten Therapieansätzen bei Persönlichkeitsstörungen, die aber auch Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Symptomen im subklinischen Bereich angeboten werden.

⁷⁶ Chanen, McCutcheon et al. (2009); Chanen, Jackson et al. (2009) – Siehe auch Tabelle 33 (Anhang 10)

6.5 Autismus-Spektrum-Störungen

6.5.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 24 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 20 als ungeeignet eingestuft. Der am häufigsten genannte Grund für die Nicht-Selektion war, dass die Publikationen keinen Schwerpunkt auf die Früherkennung und -intervention legten (65%). Der **Tabelle 30** im Anhang kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden.

Eine Liste der vier geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 34** aufgeführt. Von diesen vier geeigneten Publikationen wurden eine im Jahr 2007, eine im Jahr 2009, eine im Jahr 2012 und eine im Jahr 2013 publiziert. Wir können feststellen, dass alle geeigneten Publikationen die Wirksamkeit von Frühinterventionsprogrammen untersucht haben. Keine Publikation hatte die Früherkennung zum Gegenstand.

6.5.2 Wirksamkeit der frühen Interventionen bei Autismus

- **Frühintervention:** Vier Reviews/Meta-Analysen befassen sich mit der Wirksamkeit von Frühintervention bei Klein- und Vorschulkindern. Alle Reviews/Meta-Analysen schliessen Studien ein, die als Studienpopulation Kinder mit „Autism Spectrum Disorders“ haben, also u.a. Kinder mit Frühkindlichem Autismus, Rett-Syndrom und Asperger-Syndrom. Davon haben zwei Reviews die Wirksamkeit von Frühinterventionen zum Gegenstand, welche durch die Eltern durchgeführt werden. Der erste dieser Reviews belegt die Wirksamkeit von „parent-mediated early interventions“ bei Klein- bzw. Vorschulkindern im Alter von 1-6 Jahren (Oono, Honey, & McConachie, 2013). Die Wirksamkeit bezieht sich dabei auf mehrere Dimensionen: Die Eltern-Kind-Interaktionen, das Sprachverständnis und die Symptomreduktion der Zielgruppe. Im zweiten Review wird die Wirksamkeit von „parent-implemented early interventions“ ebenfalls bei Klein- und Vorschulkindern im Alter von 1-6 Jahren bestätigt. Konkret wird die Wirksamkeit von Elterntraining bezogen auf das Kommunikationsverhalten der Zielgruppe, die Mutter-Kind-Interaktionen sowie auf mutterbezogene Outcomes, wie z.B. Depression, bestätigt. Eine weitere Publikation (bzw. Meta-Analyse) befasst sich mit der Wirksamkeit von Frühinterventionen, welche die Interessen der Patienten/innen an der Intervention einbeziehen („interest-based early interventions“) (Dunst, Trivette, & Hamby, 2012). Die Stichprobe dieser Publikation bezieht sich auf Klein- bzw. Vorschulkinder im Alter von 2-6 Jahren. Die Resultate der Publikation belegen die Wirksamkeit der „interessenbasierten“ Frühinterventionen bezogen auf die Kommunikationsfähigkeit sowie das Verhalten der Zielgruppe. Die letzte Publikation wertet Studien und Reviews aus, welche verhaltens- und fertigkeitsbasierte Frühinterventionen bei Kindern bis zu 12 Jahren mit „Autism Spectrum Disorders“ zum Gegenstand haben (Weinmann et al., 2009). Die Autoren fanden keine Studien zum Rett-Syndrom und zum Asperger-Syndrom und merken an, dass in den Originalstudien teilweise keine Angaben zur „severity of child impairments“ vorhanden waren. Die meisten evaluierten verhaltensbasierten Frühinterventionen stützen sich auf das Modell von Lovaas (bzw. „Early Intensive Behavioural Treatment“ [EIBT]) und auf „Applied Behavioural Analysis (ABA)“. Gemäss dieser Publikation führt eine verhaltensbasierte Frühintervention mit einer Mindestintensität von 20 Stunden pro Woche zu Verbesserungen in den kognitiven und funktionalen Bereichen bei Vorschulkindern mit Autismus. Im Weiteren erscheint der enge und ausführliche Kontakt mit der Zielgruppe sowie der Einbezug der Eltern in die Umsetzung des Programmes als gewinnbringend.

6.5.3 Fazit

Sämtliche ausgewählte Übersichtsstudien befassen sich mit Frühinterventionsprogrammen, welche sich an Klein- bzw. Vorschulkinder mit „Autism Spectrum Disorders“ richten. Frühinterventionen basierend auf einem Elternt raining erscheinen gute Ergebnisse zu erzielen. Die Wichtigkeit des Einbezugs der Eltern wird durch Studien zu verhaltensbasierten Frühinterventionen bestätigt. Erwähnenswert ist, dass Frühinterventionen, welche die Interessen der Patient/innen in die Intervention einbeziehen („interest-based early interventions“) oder im engen und ausführlichen Kontakt mit den Kindern durchgeführt werden, wirksam sind. Damit erscheint der Einbezug von Klein- bzw. Vorschulkindern und deren Eltern in die Gestaltung von Frühinterventionsprogrammen sinnvoll. Trotz positiver Ergebnisse wird in den Publikationen die Notwendigkeit der weiteren Forschung im Bereich Frühintervention bei Klein- bzw. Vorschulkindern mit Autismus betont.

6.6 ADHS

6.6.1 Beschreibung der ausgewählten Studien

Insgesamt wurden 6 Publikationen, lokalisiert durch Medline, auf Einschluss getestet. Von den getesteten Studien wurden 3 als ungeeignet eingestuft. Zwei dieser Publikationen legten keinen Schwerpunkt auf die Früherkennung und -intervention und eine Publikation war eine mehrfache Publikation derselben Studie. Der **Tabelle 30** im Anhang 9 kann die Verteilung der Gründe für die Nicht-Selektion entnommen werden.

Eine Liste der vier geeigneten Publikationen ist in **Tabelle 35** (Anhang 10) aufgeführt. Von diesen drei geeigneten Publikationen wurde eine im Jahr 2007, eine im Jahr 2010 und eine im Jahr 2013 veröffentlicht. Wir können feststellen, dass alle geeigneten Publikationen die Wirksamkeit von Frühintervention bei Kindern im Vorschulalter untersucht haben. Keine Publikation hatte die Früherkennung zum Gegenstand.

6.6.2 Wirksamkeit der frühen Interventionen bei ADHS

- **Frühintervention:** Drei Publikationen befassen sich mit der Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Klein- und Vorschulkindern bezogen auf die Symptomreduktion. Die eine Publikation („Editorial“) zieht Rückschlüsse basierend auf Studien, welche eine Kombinationsintervention („Preschool ADHD Treatment Study“ [PATS] und „PATS follow-up“) aus Elternt raining („parent management training“ [PMT]) und Pharmakotherapie bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter untersucht haben (Gleason, 2013). Basierend auf PATS wird festgesetzt, dass Pharmakotherapie (mit Methylphenidat) ein unangemessenes Behandlungsrüstzeug („inadequate treatment armamentarium“) bei Vorschulkindern sei. Gemäss der PATS follow-up erzielt ein PMT bessere Effekte (bzw. „the promise of greater durability over time“) als eine Pharmakotherapie⁷⁷. Allgemein weist diese Publikation darauf hin, dass Frühinterventionen bei Vorschulkindern anders gestaltet werden sollten als bei älteren Kindern. Eine weitere Review befasste sich mit Pharmakotherapie und Psychotherapie als Frühintervention bei Vorschulkindern (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Gemäss dieser Review sind diese Ansätze wirksam bei Kindern im Vorschulalter in Bezug auf die ADHS-Symptomreduktion, aber Veränderungen bezogen auf die *langfristigen* Entwicklungsverläufe („long term developmental pathways,“) können nicht bestätigt werden. Eine weitere Studie untersuchte die Wirksamkeit eines Frühinterventionsprogramms basierend auf einem Elternt raining („Incredible Years (IY) Basic parent training (PT) programme“) und belegt diese (Jones,

⁷⁷ Die Studie betont, dass mehr Forschung im Bereich nötig ist.

Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007). Die Stichprobe dieser Einzelstudie basiert auf Kleinkindern im Alter von 36-48 Monaten.

6.6.3 Fazit

Die ausgewählten Publikationen haben Elterntraining, Pharmakotherapie und Psychotherapie im Rahmen einer Frühintervention bei Klein- bzw. Vorschulkindern zum Gegenstand. In diesen Altersgruppen scheint ein Elterntraining im Rahmen eines Frühinterventionsprogrammes gute Ergebnisse zu erzielen. Es ist allerdings schwierig, eindeutige Rückschlüsse bzgl. einer Pharmakotherapie und einer Psychotherapie im Rahmen eines Frühinterventionsprogrammes zu ziehen, auch weil die kurz- und langfristige Effekte dieser Ansätze variieren. Als allgemeine Schlussfolgerung wird in den Publikationen der Bedarf nach weiterer Forschung im Bereich Frühintervention bei Kindern (v.a. bei Vorschulkindern) mit ADHS formuliert.

6.7 Fazit zu Früherkennung und Frühintervention

Es konnten keine Studien identifiziert werden, welche sich mit dem optimalen Zeitpunkt von Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen befassen. Hingegen liegen Studien vor zu den Themenkomplexen „Früherkennung“, „Frühintervention“ und „Prävention“. Insgesamt ist jedoch die Studienlage in diesen Themenfeldern schmaler als bei der Wirksamkeit von Interventionen (Kapitel 5). Bei Zwangs- und Sprachstörungen konnten gar keine geeigneten Publikationen zum Thema identifiziert werden, und bei den affektiven Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen sowie ADHS erscheint v.a. die Befundlage zur Früherkennung lückenhaft. Aufgrund der Resultate der Literaturrecherche (bzw. der 3-7 geeigneten Publikationen pro Störungsgruppe) können wir die folgenden Schlussfolgerungen ziehen:

Die Mehrzahl der Studien zu *affektiven Störungen* untersucht die Wirksamkeit von universellen, selektiven und/oder indizierten Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen. Diese Programme basieren meistens auf einer Kognitiven Verhaltenstherapie. Die Wirksamkeit der Präventionsprogramme wird allerdings nur teilweise belegt.

Bei *Angststörungen* befassen sich die ausgewählten Studien mit Instrumenten der Früherkennung, mit Frühinterventionsmassnahmen/-programmen oder der Kombination aus Früherkennung/-intervention. Die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme, welche häufig Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie beinhalten, wird als positiv eingestuft.

Ebenfalls gut belegt wird die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme und der Kombination aus Früherkennung/-intervention, basierend auf etablierten Therapieansätzen, bei den *Persönlichkeitsstörungen*.

Bei den *Autismus-Spektrum-Störungen* erscheinen die Frühinterventionsprogramme, welche auf einem Elterntraining basieren, sowie Programme, welche im engen und bedürfnisorientierten Kontakt mit den Kindern durchgeführt werden, gute Ergebnisse zu erzielen. Alle Reviews/Meta-Analysen schliessen Studien ein, die als Studienpopulation Kinder mit „Autism Spectrum Disorders“ haben, also u.a. Kinder mit Autismus, Rett-Syndrom und Asperger-Syndrom.

Auch bei *ADHS* zeigt Elterntraining im Rahmen eines Frühinterventionsprogrammes bei Klein- und Vorschulkindern vielversprechende Resultate.

7 Synthese, Diskussion und Schlussfolgerungen

7.1 Zentrale Befunde der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

7.1.1 Leitlinien-gestützte Diagnostik und Behandlung

Allgemeines

Der Darstellung von Leitlinien der Diagnostik und Behandlung wurde jeweils für jede der untersuchten psychischen Störungen eine Synopse der Fachliteratur vorangestellt. Diese beinhaltet eine Übersicht der aktuellen Lehrmeinung, wie sie in Fachbüchern präsentiert wird; sie gibt quasi eine Meta-Perspektive wider, da häufig auch Leitlinien in den Lehrbüchern reflektiert werden.

Es bestand die Absicht, verschiedene nationale Leitlinien darzustellen. Die Recherchen zeigten jedoch, dass allgemein über das WWW zugängliche Leitlinien nur für Deutschland, Grossbritannien, die USA und partiell für Frankreich vorliegen. Für die Niederlande und die skandinavischen Länder konnten keine zugänglichen oder in englischer Sprache publizierten Leitlinien identifiziert werden.

Aufgrund der schieren Masse des Materials wurden für die vergleichende Darstellung als Referenzgrösse die deutschen Leitlinien der AWMF gewählt. Diese wurden in komprimierter Form verarbeitet und dargestellt, die Leitlinien der anderen Länder (d.h. UK, USA, F) wurden dahingehen kommentiert, inwiefern sie sich mit den Empfehlungen der deutschen Leitlinien decken oder aber von diesen abweichen. Allgemein kann festgehalten werden, dass zwischen den berücksichtigten nationalen Leitlinien eine grosse Übereinstimmung sowohl in Bezug auf die Diagnostik als auch auf die Behandlung besteht. Bei einzelnen Störungsbildern gibt es geringfügige inhaltliche Differenzen. Wesentlicher sind die formalen Unterschiede in Bezug auf Darstellungsform (Textdokumente, grafische Entscheidungsbäume, web-basierte interaktive Tools), Umfang der Dokumentationen, Aktualität und Abdeckungsgrad der Störungsbilder. Darüber hinaus orientieren sich die deutschen Leitlinien an der diagnostischen Nomenklatura der ICD, während die angelsächsischen Leitlinien die DSM bevorzugen. Diesbezüglich am breitesten ausgerichtet sind die (vereinzelten) französischen Leitlinien der HAS, welche die Kriterien der ICD, des DSM und des französischen und kinderpsychiatriespezifischen CFTMA präsentieren.

In Bezug auf die Aktualität und Differenziertheit der Dokumentation können die britischen Leitlinien von NICE wohl als Goldstandard definiert werden. Für eine effiziente Verwendung bedürfen die NICE-Leitlinien jedoch einen Internetzugang: so kann interaktiv durch die sogenannten NICE-Pathways navigiert werden. Die zugrundeliegenden Guideline-Dokumente sind ebenfalls zugänglich, aber i.d.R. selbst in der Kurzform umfangreich (mind. 20 Seiten) und komplex. Für die USA sind manche verfügbaren Leitlinien nicht mehr aktuell, oder aber es liegen für bestimmte interessierende Störungsbilder gar keine Leitlinien vor. Auch für Frankreich liegen Leitlinien gegenwärtig erst für zwei Störungsbilder (ADHS, Autismus) vor. Für den deutschen Sprachraum decken die unter dem Dach der AWMF versammelten Fachgesellschaften alle Störungsbilder ab, welche von Bedeutung für diesen Bericht waren. Die deutschen Leitlinien sind jedoch teilweise nicht mehr aktuell bzw. befinden sich in Überarbeitung. Vorteilhaft ist, dass sie in relativ komprimierter Fassung vorliegen und so effizient konsultiert werden können. Auch die deutschen Leitlinien bedienen sich neben der Textform (wie NICE) einer grafischen Darstellung der Diagnostik- und Behandlungsoptionen in Form von Entscheidungsbäumen.

Perspektive der Fachliteratur

Die Diagnostik von Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen wird allgemein als schwierig beurteilt. Die diagnostischen Etappen werden je nach Störungsbild unterschiedlich ausführlich beschrieben. Vor allem bei Angststörungen und Sprach- und Teilleistungsstörungen finden sich umfangreiche Angaben zur Diagnostik.

Bei einigen Störungsbildern scheinen sich Goldstandards der standardisierten Symptomerfassung etabliert zu haben, die übereinstimmend von allen Lehrbüchern erwähnt werden: so beispielsweise CY-BOCS bei Zwangsstörungen, ADI-R/ADOS bei Autismus und ZAREKI-R bei Rechenstörungen. Bei anderen Störungsbildern, insbesondere bei ADHS, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen bei Vorschulkindern scheinen im deutschen Sprachraum noch relativ wenige standardisierte Instrumente/Tests zur Verfügung zu stehen. Dagegen liegt für Angststörungen und Sprach- und Teilleistungsstörungen eine fast unübersichtlich grosse Zahl an Testverfahren vor.

Diagnostikleitlinien

Nur für den deutschsprachigen Raum liegen für umschriebene *Sprachentwicklungsstörungen* bei Kindern und Jugendlichen eine sehr ausführlich dokumentierte Diagnostik und eine Beurteilung von Erhebungsinstrumenten in der gültigen S3-Leitlinie der DGPP/DGKJP vor. Indessen sind keine britischen und amerikanischen Leitlinien für dieses Störungsbild verfügbar.

Für *Angststörungen*, umschriebene *Artikulationsstörungen*, tief greifende *Entwicklungsstörungen* (*Autismus*) und *ADHS* besteht in den deutschen Leitlinien (AWMF) eine ausführliche Dokumentation der Diagnostik, die jedoch nicht mehr auf dem neusten Stand ist (Leitlinien nicht mehr gültig). Allerdings skizzieren die gültigen britischen (NICE) und amerikanischen Leitlinien im Wesentlichen dieselben diagnostischen Etappen wie die deutschen Leitlinien. Die britische NICE stellt zudem eine ausführliche Dokumentation zu *Störungen des Sozialverhaltens* (ICD-F91) bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung; die Diagnose dieser Störungen steht in engem Zusammenhang mit der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen.

Ebenfalls ausführlich dokumentiert ist die Diagnostik von *Zwangsstörungen* in der gültigen deutschen Leitlinie der DGPPN. Allerdings sind die Empfehlungen in dieser Leitlinie nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet, wie dies bei den britischen und amerikanischen Leitlinien der Fall ist.

Begrenzter dargestellt ist in den deutschen Leitlinien die Diagnostik von *Depressionen* im Kindes- und Jugendalter: es liegen nur Empfehlungen für Jugendliche und Erwachsene, aber nicht für Kinder vor. Dies liegt auch im fachlichen Konsens begründet, dass die Etablierung einer Depressionsdiagnose im Kindesalter schwierig ist und der Sinn angezweifelt wird. Es ist zwar eine gültige britische Leitlinie von NICE für Kinder und Jugendliche verfügbar, aber auch hier wird das diagnostische Vorgehen nicht konkret dokumentiert.

Auch für *Persönlichkeitsstörungen* liegen für das Jugendalter nur spärliche Diagnostikempfehlungen vor und zwar sowohl für den deutschen als auch den angelsächsischen Sprachraum.

Behandlungsleitlinien

Die aktuellsten deutschen Behandlungsleitlinien liegen für *Zwangsstörungen* vor. Diese enthalten ausführliche Therapieempfehlungen, die sich mit denjenigen von NICE und AACAP decken. Ebenfalls relativ aktuell sind die Behandlungsempfehlungen zu *Depression*. Wie bei der Diagnostik bereits festgestellt wurde (s.o.), besteht hier allerdings eine Lücke für Kinder unter acht Jahren, die von den Empfehlungen ausgenommen sind. Die Empfehlungen decken sich mit denjenigen von NICE.

Bei allen anderen, in diesem Bericht dokumentierten Störungen sind die deutschen Leitlinien nicht mehr gültig. Das heisst jedoch noch nicht, dass sie weitgehend veraltet wären. So bestehen bei *ADHS* ausführliche Therapieempfehlungen der DGKJP, die sich mit den aktuellen Leitlinien von NICE und AACAP nach wie vor decken. Für *Angststörungen* (Panikstörung, generalisierte Angststörung) umfasst die deutsche Leitlinie ebenfalls ausführliche Angaben zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Die Empfehlungen decken sich mit jenen von NICE; diese hat jedoch zusätzlich eine spezifische Behandlungsleitlinie zu „social anxiety“ entwickelt. Für *Autismus* fallen die Behandlungsempfehlungen der deutschen Leitlinie ebenfalls umfangreich aus. Das Vorgehen und die Interventionen sind identisch zur amerikanischen AACAP, während leichte Abweichungen gegenüber NICE und der französischen HAS bei den empfohlenen Therapien bestehen. Für umschriebene *Artikulationsstörungen* und umschriebene *Entwicklungsstörungen der Sprache* sind die nicht mehr gültigen deutschen Empfehlungen ebenfalls umfassend formuliert. Dies ist umso bedeutender, da für diese Störungsgruppe aus den anderen Ländern bisher noch keine gültigen Behandlungsleitlinien vorliegen.

Für *Persönlichkeitsstörungen* liegen hingegen weniger differenzierte Behandlungsempfehlungen vor, und die deutsche Leitlinie dazu ist nicht mehr gültig. Hier sind lediglich von NICE aktuelle und umfassende Behandlungsleitlinien verfügbar, wobei für die beiden Phänomene „antisocial personality disorder“ und „borderline personality disorder“ je eine spezifische Leitlinie vorliegt. Die deutschen Empfehlungen umfassen dagegen ohne weitere Differenzierung die Persönlichkeitsstörungen als Ganzes.

7.1.2 Schweizerische Praxis von Diagnostik und Behandlung

Die in der Schweiz gehandhabte Praxis der Abklärung und Behandlung psychischer Störungen bei der Zielgruppe wurde durch Interviews mit sechs Experten/innen ermittelt. Die Experten/innen hatten als fachlichen Hintergrund Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie und waren entweder als RAD-Ärzte/innen („RAD“) oder als Ärzte/innen in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen (KJP) tätig. Die Interviewpartner/innen stammten sowohl aus der deutschsprachigen als auch der französischsprachigen Schweiz.

Die Interviews zeigten, dass die besonderen *Herausforderungen* in der Abklärung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen unabhängig von der institutionellen Provenienz (RAD/KJP) der befragten Fachpersonen sehr ähnlich wahrgenommen wurden. So wird die Diagnostik aufgrund der entwicklungsbedingten Variabilität der Symptome als komplex beurteilt, die einen breiten Erfahrungshintergrund der Ärztinnen und Ärzte erfordert. Zentral für das Gelingen der Behandlung ist eine gute Zusammenarbeit sowohl von Behandler und Kind/Jugendlicher als auch Behandler und Eltern.

Diagnostik- und Behandlungs-Leitlinien werden von den KJP teilweise verwendet und wohl als hilfreich aber nicht als bindend eingeschätzt. Damit unterscheidet sich die Nutzung von Leitlinien durch die KJP von jener durch die RAD-Fachärzte/innen: Diese scheinen sich stärker an Leitlinien zu orientieren u.a. um Störungsbilder zu definieren und um die Angemessenheit/Notwendigkeit von therapeutischen Massnahmen einschätzen zu können. Bekannt sind die deutschen Leitlinien der AWMF, vereinzelt auch jene von NICE.

Übereinstimmend wurde von den Experten/innen die Ansicht vertreten, dass es in der Schweiz *sprachregionale Unterschiede* gibt beim Abklärungsprozess und in der Diagnostik, und zwar vor allem dahingehend, dass in der Romandie eine psychoanalytische Tradition in der Psychiatrie weiterhin prägend sei. Es herrschte aber auch weitgehend Einigkeit darin, dass darüber hinaus sowohl *individuelle Unterschiede* in der Person des Behandlers/Gutachters als auch *institutionelle Kulturen*

bzw. Therapieströmungen mindestens so bedeutend für die spezifische Ausgestaltung der Abklärung, Diagnostik und Behandlung sind.

7.1.3 Wirksamkeit von Interventionen

Allgemeines

Die *wissenschaftliche Evidenz* zur Wirksamkeit von Interventionen bei einzelnen Störungsbildern ist unterschiedlich breit. Für jede Störung liegt jedoch heute ein Fundament von wissenschaftlichen Studien (Einzelstudien und Reviews) vor, welche verschiedene Arten von Interventionen geprüft haben. Am häufigsten wurden psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Interventionen untersucht, aber auch für weitere psychosoziale Interventionen liegt – je nach Störung – ein wachsendes Studienmaterial vor. Bei der Psychotherapie handelt es sich häufig um störungsspezifische Therapieansätze oder -Module, die auf den Konzepten der Kognitiven Verhaltenstherapie fussen.

Es gibt ein starkes Übergewicht von Untersuchungen, welche primär die Wirksamkeit von Interventionen im Hinblick auf *klinische Outcomes*, also auf die Veränderung der Symptombelastung untersuchen. Weit weniger Studien berücksichtigen auch sogenannte *psychosoziale Outcomes*. Bei diesen überwiegen relativ einfach zu messende Grössen wie insbesondere die skalenbasierte (Fremd-)Einschätzung der sozialen Anpassung oder die Einschätzung sozialer Kompetenzen. Hingegen gibt es nur sehr wenige Studien, welche in umfassenderen Sinne die Auswirkungen von Interventionen auf die konkrete *Performanz in verschiedenen sozialen Kontexten* untersuchen, insbesondere in der Schule (Schulleistungen, Schulnoten) oder in Arbeit und Beruf (z.B. Erwerbstätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt, berufliche Stellung etc.). Ein Grund für diese Lücke dürfte auch im Umsetzungsaufwand von Studien dieser Art liegen, da diese i.d.R. eines Längsschnittsdesigns bedürfen, indem die Studienteilnehmenden über einen längeren Zeitraum wiederholt untersucht werden.

Es können deshalb meistens nur indirekt Wirkungen dahingehend postuliert werden, ob eine Symptomverbesserung ausreichend „gross“ und v.a. auch nachhaltig ausfällt, sodass auch im Weiteren (möglichst dauerhafte) Verbesserungen im sozialen Funktionieren erwartet werden können. Über solche *Langzeitwirkungen* (im positiven wie auch im negativen Sinne) von Interventionen ist wenig bekannt. Auch unerwünschte oder ungeplante *Nebenwirkungen* von Interventionen werden in den Studien kaum thematisiert, am ehesten noch bei der Pharmakotherapie (z.B. in Bezug auf die Verträglichkeit der Medikation).

Störungsspezifische Wirksamkeit

Depression: Die Resultate der Studien/Reviews belegen die klinische Wirksamkeit sowohl von *Psychotherapie* als auch von *Pharmakotherapie* als Monotherapie, und die *Kombination beider Ansätze* scheint noch bessere Ergebnisse zu erzielen. Nur wenige Publikationen untersuchen zusätzlich die psychosoziale Wirksamkeit von Psychotherapie und belegen diese. Die psychosoziale Dimension wird dabei als die Qualität der sozialen Beziehungen der Zielgruppe aus der Perspektive der Patient/innen, deren Eltern oder der Lehrpersonen definiert. Studien, welche die Auswirkungen von Interventionen auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchen, konnten nicht identifiziert werden.

Angststörungen: Sowohl die Wirksamkeit von *Psychotherapie* (meistens verhaltenstherapeutische Ansätze) als auch von *Pharmakotherapie* als Monotherapien ist gut belegt, die *Kombination beider Ansätze* scheint (bei schweren Störungen) noch bessere Ergebnisse zu erzielen. Die Wirksamkeit weiterer *psychosozialer Interventionen* (z.B. Psychoedukation) ist schwieriger zu beurteilen, da die berücksichtigten Studien diese i.d.R. nicht isoliert sondern als Massnahmenpakete oder in Kombination mit psychotherapeutischen Interventionen prüfen. Neben der Symptomverbesserung untersu-

chen nur eine Minderheit der Studien weitere psychosoziale Dimensionen, wobei diese meistens das allgemeine soziale Funktionieren und die Lebensqualität der Zielgruppe betreffen.

Zwangsstörungen: Die positive Wirkung sowohl von *Psycho- als auch Pharmakotherapie* ist gut belegt. Die *Kombinationstherapie* scheint der Monotherapie überlegen zu sein; nicht alle Studien können dies jedoch nachweisen. Es gibt nicht ausreichend Studien, die neben der Symptomänderung, weitere Wirkungen im psychosozialen Bereich erfassen.

Persönlichkeitsstörungen: Die ausgewählten Studien untersuchen grösstenteils die Wirksamkeit von verschiedenen *psychotherapeutischen Ansätzen*, insbesondere Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Verfahren zeigen positive Effekte. Die *Pharmakotherapie* ist umstrittener: es scheint, dass die untersuchten Medikamentengruppen immer nur in Teilbereichen der Persönlichkeitsstörungssymptomatik Verbesserungen erzielen können, aber nicht beim Gesamtbild. Im Vordergrund der Studien stehen Verbesserungen im Symptombereich bzw. in der Psychopathologie. Wenn darüber hinaus psychosoziale Outcomes geprüft werden, so erfolgt dies relativ allgemein über unspezifische Skalen der sozialen Anpassung.

Sprach- und Teilleistungsstörungen: Die klinische Wirksamkeit von *logopädischen Behandlungen* ist gut belegt. Interventionen, welche durch die Eltern durchgeführt werden, sind gleich wirksam wie Interventionen, welche von spezialisierten Therapeut/innen durchgeführt werden. Die *Aufklärung und Beratung* der Bezugspersonen, welche besonders bei Kleinkindern mit Artikulationsstörungen im Vordergrund steht, wurde in den Studien nicht (explizit) behandelt. Es konnten keine Studien identifiziert werden, welche die Auswirkungen von Interventionen z.B. auf Aspekte des schulischen und/oder beruflichen Erfolges der Zielgruppe untersuchten.

Autismus: Rund die Hälfte der Publikationen befasst sich mit Interventionen, welche von den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen werden. *Pharmakotherapie* als Monotherapie wird lediglich in wenigen Studien untersucht. Die Mehrzahl der Publikationen differenziert *nicht* nach der Art der Autismus-Spektrum-Störung. Sowohl die klinische als auch die psychosoziale Wirksamkeit wird in der überwiegenden Mehrzahl der geeigneten Publikationen untersucht. Bei der psychosozialen Dimension handelt es sich um die Interaktionsfähigkeit (u.a. Kommunikation), das soziale Verhalten, die sprachlichen Fertigkeiten und das Spielverhalten der Zielgruppe. Sowohl die klinische als auch die psychosoziale Wirksamkeit von *psychotherapeutischen Verfahren* ist gut belegt. Dies gilt für Kinder ab dem Kleinkind- bis zum Jugendalter (18 Jahren). Im Weiteren sind die klinische und psychosoziale Wirksamkeit von *elternbezogenen sowie schulbezogenen Interventionen* gut belegt.

ADHS: Die Resultate der Studien/Reviews belegen die klinische Wirksamkeit von *Pharmakotherapie als Monotherapie oder als Kombinationstherapie* mit anderen psychotherapeutischen sowie psychosozialen Interventionen bei Schulkindern. Hingegen können bei *Vorschulkindern* bezüglich einer Pharmakotherapie keine eindeutigen Rückschlüsse gezogen werden. *Psychotherapie* als Monotherapie erweist sich in einer Mehrheit der ausgewählten Studien als wirksam, wobei häufiger Effekte im psychosozialen Bereich bzw. im Verhalten der Zielgruppe untersucht wurden; es liegen aber auch Studien vor, die keine Effekte von Psychotherapie als Monotherapie nachweisen können. Es scheint, dass psychotherapeutische Verfahren wirksamer in Kombination mit anderen Interventionen (Pharmakotherapie oder psychosoziale Interventionen) sind. Generell zeigt die Kombination verschiedener Interventionen besonders vielversprechende Resultate. Grosse Bedeutung in der ADHS-Behandlung haben weitere *psychosoziale Interventionen*, wobei insbesondere für elternbezogene Interventionen die Studienbilanz positiv ausfällt. Viele Studien zur Behandlung von ADHS haben auch die psychosoziale Wirksamkeit (v.a. soziale und schulische Integration) von Interventio-

nen untersucht. Die Ergebnisse scheinen hier den Resultaten zur klinischen Wirksamkeit zu entsprechen.

7.1.4 Früherkennung und Frühinterventionen

Diese Analyse wurde ursprünglich ausgehend von der Fragestellung nach einem optimalen Zeitpunkt der Behandlung psychischer Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorgenommen. Es zeigte sich jedoch, dass die Frage des optimalen Behandlungszeitpunktes von psychischen Störungen im Wesentlichen unter zwei Themenkomplexen in der wissenschaftlichen Literatur abgehandelt wird: Früherkennung und Frühintervention. Darüber hinaus behandeln viele Studien in diesem Bereich auch Fragen von wirksamen Präventionsstrategien. Die wissenschaftliche Literatur liefert somit nicht Angaben in der Form, in welchem Altersjahr eine bestimmte Störung idealerweise behandelt werden sollte. Es besteht vielmehr ein Konsens dahingehend, dass die Entwicklung einer vollausgebildeten psychischen Störung idealerweise vermieden werden sollte durch Massnahmen der Primär- oder Sekundärprävention. Insgesamt ist jedoch die Studienlage in diesen Themenfeldern schmäler als bei der Wirksamkeit von Interventionen (s.o.). Bei Zwangs- und Sprachstörungen konnten gar keine geeigneten Publikationen zum Thema identifiziert werden.

Die Mehrzahl der Studien zu *affektiven Störungen* untersucht die Wirksamkeit von universellen, selektiven und/oder indizierten Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen. Diese Programme basieren meistens auf einer Kognitiven Verhaltenstherapie. Die Wirksamkeit der Präventionsprogramme wird allerdings nur teilweise belegt.

Bei *Angststörungen* befassen sich die ausgewählten Studien mit Instrumenten der Früherkennung, mit Frühinterventionsmassnahmen/-programmen oder der Kombination aus Früherkennung/-intervention. Die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme, welche häufig Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie beinhalten, wird als positiv eingestuft.

Ebenfalls gut belegt wird die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme und der Kombination aus Früherkennung/-intervention, basierend auf etablierten Therapieansätzen, bei den *Persönlichkeitsstörungen*.

Bei den *Autismus-Spektrum-Störungen* erscheinen die Frühinterventionsprogramme, welche auf einem Elternt raining basieren, sowie Programme, welche im engen und bedürfnisorientierten Kontakt mit den Kindern durchgeführt werden, gute Ergebnisse zu erzielen. Diese Reviews/Meta-Analysen schliessen Studien ein, die als Studienpopulation Kinder mit „Autism Spectrum Disorders“ haben, also u.a. Kinder mit Autismus, Rett-Syndrom und Asperger-Syndrom.

Auch bei *ADHS* zeigt Elternt raining im Rahmen eines Frühinterventionsprogrammes bei Klein- und Vorschulkindern vielversprechende Resultate.

7.2 Lücken der Literatur

Die grösste Lücke in Bezug auf die Fragestellungen dieser Studie betrifft die Befundlage zu psychosozialen Outcomes von Interventionen bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Insbesondere scheint die Studienlage schmal, wenn es um Fragen der *mittel- bis langfristigen sozialen Integration* der Zielgruppe geht – d.h. der Frage, wie sich die in diesem Bericht beschriebenen Interventionen (Psycho, Pharmakotherapie, andere Interventionen) auf den Verlauf der psychischen Störung und auf die Laufbahn der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Schule und später Beruf, aber auch bei der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben (z.B. Partnerschaft, Familiengründung) auswirken. Um Fragen dieser Art beantworten zu können, wären Longitudinalstudien über Zeiträume von mehreren Jahren notwendig. Aufgrund der Ausrichtung der vorliegenden Unter-

suchung lag der Fokus nicht auf Studien dieser Art; die Feststellung wäre deshalb übereilt, dass solche gänzlich fehlen. Eine spezifisch darauf ausgerichtete Recherche könnte sich deshalb lohnen.

In einem gewissen Zusammenhang mit der oben erwähnten Lücke steht auch der Befund eines Mangels an *Langzeitstudien* generell. Es ist z.B. wenig bekannt über die Auswirkungen einer langfristigen Pharmakobehandlung. Ebenso wenig wissen wir deshalb über die *Nachhaltigkeit positiver Therapieeffekte*, da die meisten Studien ihre Stichprobe über einen relativ kurzen Zeitraum beobachten. Von Interesse sind in diesem Zusammenhang die Befunde der sogenannten *MTA Multimodal Treatment Study of ADHD*, eine der wenigen Studien, welche die Wirkungen von Pharmako- und Psychotherapie über einen längeren Zeitraum (mehrere Jahre) untersuchte. Deren Ergebnisse zeigen für einen kürzeren Zeitraum von 1-2 Jahren die aus anderen Studien bekannten positiven Wirkungen. Diese bleiben auch über einen längeren Zeitraum von 6-8 Jahren erhalten – Aber die Art der Behandlung spielt in diesem Zeithorizont keine Rolle mehr (d.h. keine Behandlungsart erweist sich gegenüber den jeweils anderen noch als überlegen). Bedeutender ist vielmehr die gesundheitliche und soziale Ausgangssituation der Kinder zu Beginn der Intervention, d.h. insbesondere der Schweregrad der Störung sowie die soziale Einbettung in Familie und Schule und der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie (Molina et al., 2009).

Ebenfalls kaum behandelt in den ausgewerteten Studien werden *nicht intendierte (Neben-) Wirkungen oder negative Effekte* von Interventionen. Auch hier gibt es eine Wissenslücke insbesondere bei psychotherapeutischen sowie psychosozialen Interventionen.

Die ausgewählten Studien können keine Angaben in der Art eines *optimalen Behandlungszeitpunktes von psychischen Störungen* liefern. Diese Frage müsste zudem dahingehend differenziert werden, dass unterschieden wird zwischen dem Alter bei Krankheitsbeginn („age at onset“) und dem Zeitpunkt der Intervention im Krankheitsverlauf. Generell scheint in der Fachliteratur ein Konsens zu bestehen, dass „je früher, desto besser“ ist. Dieser Grundsatz stösst aber an Grenzen bei Kindern, insbesondere Kindern im Vorschulalter, wo manche Störungsbilder noch nicht eindeutig diagnostiziert werden können. Deshalb greift die Frage des optimalen Behandlungszeitpunktes auch in Fragen der Prävention und der geeigneten Präventionsstrategien hinein. Es geht dann insbesondere um Fragen der Identifikation von Risikofaktoren und von gefährdeten Kindern/Jugendlichen und ggf. Familien sowie um den Fokus (universell, indikativ, selektiv) und den Ansatz (Zielperson, Umfeld) der Prävention. Immerhin gibt es dazu bei einigen Störungen bereits Befunde zur Wirksamkeit der Prävention.

Eine Festlegung der *Altersspezifität von Interventionen* kann kaum nach dem für die vorliegende Studie vorgesehenen Differenzierungsgrad geleistet werden. Viele Studien beschränken sich entweder auf eine Altersgruppe oder untersuchen zwei Altersgruppen (Kinder und Jugendliche) gemeinsam in ihren Stichproben, ohne eine nach Alter differenzierte Analyse der Effekte vorzunehmen. Allgemein ist v.a. die Befundlage bei Kindern im Vorschulalter schmal. Junge Erwachsene werden oft nicht als spezifische Altersgruppe behandelt, sondern der Gruppe der Erwachsenen zugeschlagen.

Eine weitere Lücke betrifft schliesslich die sogenannten „*psychosozialen*“ *Interventionen*: Die ausgewählten Studien untersuchten in diesem Zusammenhang häufig Interventionen zum Training sozialer Fertigkeiten von Kindern und Jugendlichen oder an Eltern gerichtete Angebote der Beratung oder des Verhaltenstrainings im Bereich des erzieherischen Verhaltens. Hingegen befasste sich keine der ausgewählten Studien mit Interventionen, die in der Schweiz als sogenannte „*pädagogische Massnahmen*“ bezeichnet werden: d.h. Interventionen wie z.B. Psychomotoriktherapie, Le-

gasthenie-Therapie und andere heilpädagogische Angebote (z.B. spezifische Förderung/Begleitung der Schülerinnen und Schüler im Regelunterricht durch eine schulische Heilpädagogin).

7.3 Methodische Grenzen

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie sind einige methodische Grenzen zu berücksichtigen:

- Aufgrund der *inhaltlichen Ausrichtung der Studie auf spezifische psychische Störungen und deren Behandlung* (was sich u.a. in der Suchsyntax der systematischen Literaturstudie abbildete) ergab sich ein grosses Gewicht „medizinischer“ Studien, welche die Wirksamkeit bestimmter medizinischer Interventionen untersuchen. Die zuvor identifizierten Lücken in der wissenschaftlichen Literatur dürften partiell auch eine Folge dieser Suchstrategie sein. Longitudinal-Studien, die über einen längeren Zeitraum die psychische Gesundheit/Krankheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen untersuchen, sind meistens weder störungsspezifisch noch auf die Evaluation von Interventionen ausgerichtet; oft folgen sie auch einem salutogenetischen Ansatz⁷⁸. Viele dieser Studien sind disziplinär in der Entwicklungspsychologie oder der Lebenslauf-forschung („life-span development“) beheimatet.
- Für die systematische Literaturrecherche wurden nur Studien berücksichtigt, welche in wissenschaftlichen Zeitschriften mit Peer-Review publiziert worden sind. Nicht berücksichtigt wurden andere, nicht-referenzierte Fachzeitschriften sowie die sogenannte „graue“ Literatur von Forschungsberichten, Dissertationen und anderen Publikationsformen. Auch dieser *Fokus auf im Peer-Review-Verfahren publizierte Studien* kann zum grossen Gewicht an Publikationen bei getragen haben, welche primär die Wirksamkeit von medizinischen Interventionen bei bestimmten gesundheitlichen Störungen prüfen.
- Aus forschungsökonomischen Gründen beschränkte sich die Literaturrecherche in vielen Fällen (d.h. Störungsbilder mit vielen Publikationen) auf *Studien, welche in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden*. Dies kann zur Folge haben, dass für den wissenschaftlichen Fortschritt wichtige Studien, die aber zeitlich weiter zurückliegen, nicht berücksichtigt wurden⁷⁹.

7.4 Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht kann primär eine Übersicht der Diagnostik- und Behandlungsleitlinien für psychische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liefern. Das Grundlagenmaterial ist zu umfangreich, um es in einem kompakten Bericht für acht Störungen detaillierter abhandeln zu können. Der Bericht kann somit weder das Studium der Leitlinien noch jenes der Fachliteratur ersetzen. Im konkreten Fall bzw. in Bezug auf eine bestimmte Störung müssen die Leitlinien direkt konsultiert werden.

Die Leitlinien der verschiedenen nationalen Fachgesellschaften werden in Abständen von einigen Jahren überarbeitet. Aufgrund dieser praktisch laufenden Überarbeitung dürfte dieser Bericht relativ rasch „altern“; er gibt somit primär den Wissenstand zum Zeitpunkt seiner Anfertigung (April 2014) wieder.

⁷⁸ Ein Beispiel wäre etwa die sogenannte „Resilienz“-Forschung (z.B. Werner & Smith, 1992) sowie Forschung im Bereich der Entwicklungspsychologie.

⁷⁹ Das prominenteste Beispiel dürften hier die verschiedenen Publikationen zur MTA (Multimodal Treatment Study of ADHD) Studie zur Behandlung von ADHS darstellen, welche Ende des letzten Jahrhunderts durchgeführt wurde, und viele neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen (v.a. Psycho- und Pharmakotherapie) lieferte (vgl. z.B. MTA, 1999, 2004).

Aufgrund der schmalen Befundlage zu mittel- und langfristigen psychosozialen Wirkungen von Interventionen, könnte eine vertiefende Literaturanalyse in diesem Themenfeld gewinnbringend sein. Dabei ist es sinnvoll, sich auf eine (oder einige wenige) Störung(en) zu fokussieren, um die Thematik in ausreichender Tiefe untersuchen zu können.

Ein weiteres Themenfeld, dessen vertiefende Analyse ebenfalls gewinnbringen sein könnte, betrifft die Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen bzw. die Frage nach erfolgversprechenden (Präventions-)Strategien bei dieser Altersgruppe.

Um zu nützlichen Erkenntnissen für die Praxis bzw. für die IV zu gelangen, sollten allfällige weiterführende Analysen der wissenschaftlichen Literatur ergänzt werden um das Studium ausgewählter, erfolgreicher nationaler und internationaler Programme der Prävention und Behandlung psychischer Störungen bei der Zielgruppe. Letzteres könnte eine Grundlage für die Ermittlung von Best Practices im interessierenden Themenfeld bieten.

8 Literaturverzeichnis

- Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *Int J Adolesc Med Health*, 20(4), 395-404.
- Apsche, J. A., Bass, C. K., Jennings, J. L., & Siv, A. M. (2011). A Review and Empirical Comparison of Two Treatments for Adolescent Males with Conduct and Personality Disorder: Mode Deactivation Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(1), 27-45.
- Bekele, E. T., Lahiri, U., Swanson, A. R., Crittendon, J. A., Warren, Z. E., & Sarkar, N. (2013). A step towards developing adaptive robot-mediated intervention architecture (ARIA) for children with autism. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*, 21(2), 289-299. doi: 10.1109/TNSRE.2012.2230188
- Bent, S., Bertoglio, K., Ashwood, P., Nemeth, E., & Hendren, R. L. (2012). Brief report: Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) in children with autism spectrum disorder: a clinical trial. *J Autism Dev Disord*, 42(6), 1127-1132. doi: 10.1007/s10803-011-1337-3
- Bergamaschi, M., Queiroz, R., Chagas, M., de Oliveira, D., & De Martinis, B. (2011). Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology*, 36(6):1219-26,, 36(6), 1219-1226.
- Berry, A., Borgi, M., Francia, N., Alleva, E., & Cirulli, F. (2013). Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: a critical review of the current evidence. *J Altern Complement Med*, 19(2), 73-80. doi: 10.1089/acm.2011.0835
- Bjorgvinsson, T., Wetterneck, C. T., Powell, D. M., Chasson, G. S., Webb, S. A., Hart, J., Stanley, M. A. (2008). Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting. *J Psychiatr Pract*, 14(3), 137-145. doi: 10.1097/01.pra.0000320112.36648.3e
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(12), 1269-1278. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02419.x
- Browning, M., Grol, M., Ly, V., Goodwin, G., & Holmes, E. (2011). Using an experimental medicine model to explore combination effects of pharmacological and cognitive interventions for depression and anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 36(13), 2689-2697.
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV. (2013a). Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik. Gültig ab 1.1.2009 (Stand: 1.1.2013): Bern: BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. (2013c). IV-Statistik 2012 Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern: BSV.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc*, 33(3), 429-438. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.07.004
- Carter, P., & Edwards, S. (2004). EPG therapy for children with long-standing speech disorders: predictions and outcomes. *Clin Linguist Phon*, 18(6-8), 359-372.
- Casenhiser, D. M., Shanker, S. G., & Stieben, J. (2011). Learning Through Interaction in Children With Autism: Preliminary Data From a Social-Communication-Based Intervention. *Autism*. doi: 10.1177/1362361311422052
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(5), 397-408. doi: 10.1080/00048670902817711
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry Suppl*, 54, s24-29. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119180
- Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M. U., Beckett, J., & Lim, C. G. (2013). Interventions for Preschool Children at High Risk for ADHD: A Comparative Effectiveness Review. *Pediatrics*. doi: 10.1542/peds.2012-0974

- Cornwell, K., Forbes, C., Inder, B., & Meadows, G. (2009). Mental illness and its effects on labour market outcomes. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), 107-118.
- Currie, J., Stabile, M., Manivong, P., & Roos, L. L. (2010). Child Health And Young Adult Outcomes. *Journal of Human Resources*, 45(3), 517-548.
- Döpfner, M., & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Dulcan, M. K., & Wiener, J. M. (2006). *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2012). Meta-analysis of studies incorporating the interests of young children with autism spectrum disorders into early intervention practices. *Autism Res Treat*, 2012, 462531. doi: 10.1155/2012/462531
- Eckshtain, D., & Gaynor, S. T. (2012). Combining individual cognitive behaviour therapy and caregiver-child sessions for childhood depression: an open trial. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 17(2), 266-283. doi: 10.1177/1359104511404316
- Esser, G. (2011). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (Vol. 4. unveränderte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Fletcher, J. M. (2012). The Effects Of Childhood Adhd On Adult Labor Market Outcomes. *Health Economics*.
- Freitag, C. M., Feineis-Matthews, S., Valerian, J., Teufel, K., & Wilker, C. (2012). The Frankfurt early intervention program FFIP for preschool aged children with autism spectrum disorder: a pilot study. *J Neural Transm*, 119(9), 1011-1021. doi: 10.1007/s00702-012-0792-0
- Frijters, P., Johnston, D. W., & Shields, M. A. (2010). *Mental Health and Labour Market Participation: Evidence from IV Panel Data Models*. Institute for the Study of Labor.
- Gleason, M. M. (2013). Finding the tools for effective early intervention for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(3), 228-230. doi: 10.1016/j.jaac.2012.12.008
- Golubchik, P., Sever, J., Zalsman, G., & Weizman, A. (2008). Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *Int Clin Psychopharmacol*, 23(4), 228-231. doi: 10.1097/YIC.0b013e3282f94ae2
- Goorhuis-Brouwer, S. M., & Knijff, W. A. (2003). Language disorders in young children: when is speech therapy recommended? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 67(5), 525-529.
- Hendren, R. L. (2013). Autism: biomedical complementary treatment approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 22(3), 443-456, vi. doi: 10.1016/j.chc.2013.03.002
- Hudson, J. L., & Dodd, H. F. (2012). Informing early intervention: preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood. *PLoS One*, 7(8), e42359. doi: 10.1371/journal.pone.0042359
- Ingersoll, B. (2012). Brief report: effect of a focused imitation intervention on social functioning in children with autism. *J Autism Dev Disord*, 42(8), 1768-1773. doi: 10.1007/s10803-011-1423-6
- Irblich, D., & Renner, G. (2009). *Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe.
- Jensen, A., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., & al., e. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care Health Dev*, 33(6), 749-756. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev*, 34(3), 380-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x

- Katz, M., Levine, A. A., Kol-Degani, H., & Kav-Venaki, L. (2010). A compound herbal preparation (CHP) in the treatment of children with ADHD: a randomized controlled trial. *J Atten Disord*, 14(3), 281-291. doi: 10.1177/1087054709356388
- Kouijzer, M. E., van Schie, H. T., Gerrits, B. J., Buitelaar, J. K., & de Moor, J. M. (2013). Is EEG-biofeedback an effective treatment in autism spectrum disorders? A randomized controlled trial. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 38(1), 17-28. doi: 10.1007/s10484-012-9204-3
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD004110. doi: 10.1002/14651858.CD004110
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*, 47(4), 924-943. doi: 10.1044/1092-4388(2004/069)
- Lawton, K., & Kasari, C. (2012). Teacher-implemented joint attention intervention: pilot randomized controlled study for preschoolers with autism. *J Consult Clin Psychol*, 80(4), 687-693. doi: 10.1037/a0028506
- Lehmkuhl, G., Poustka, F., Holtmann, M., & Steiner, H. (2013). *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lemonnier, E., Degrez, C., Phelep, M., Tyzio, R., Josse, F., Grandgeorge, M., . . . Ben-Ari, Y. (2012). A randomised controlled trial of bumetanide in the treatment of autism in children. *Transl Psychiatry*, 2, e202. doi: 10.1038/tp.2012.124
- Li, S., Yu, B., Lin, Z., Jiang, S., He, J., Kang, L., . . . Wang, X. (2010). Randomized-controlled study of treating attention deficit hyperactivity disorder of preschool children with combined electro-acupuncture and behavior therapy. *Complement Ther Med*, 18(5), 175-183. doi: 10.1016/j.ctim.2010.08.002
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(3), 313-322. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11 ed.). Weinheim: Beltz.
- Merry, S. N. (2007). Prevention and early intervention for depression in young people--a practical possibility? *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 325-329. doi: 10.1097/YCO.0b013e3281bc0d19
- Minne, E. P., & Semrud-Clikeman, M. (2012). A social competence intervention for young children with high functioning autism and Asperger syndrome: a pilot study. *Autism*, 16(6), 586-602. doi: 10.1177/1362361311423384
- Misès, R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012* (5e édition). Rennes Cedex: Presses de l'EHESP (ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE).
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., & Jensen, P. S. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 48(5), 484-500.
- MTA. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113(4), 754-761.
- Murphy, C. J., & Siv, A. M. (2011). A One Year Study of Mode Deactivation Therapy: Adolescent Residential Patients with Conduct and Personality Disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(7), 33-40.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2007). Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review. *Med J Aust*, 186(6), 305-308.
- Niederhofer, H., & von Klitzing, K. (2012). Bright light treatment as mono-therapy of non-seasonal depression for 28 adolescents. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 16(3), 233-237. doi: 10.3109/13651501.2011.625123

- O'Haire, M. E. (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: a systematic literature review. *J Autism Dev Disord*, 43(7), 1606-1622. doi: 10.1007/s10803-012-1707-5
- O'Kearney, R. T., Anstey, K. J., & von Sanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004856. doi: 10.1002/14651858.CD004856.pub2
- O'Leary, E. M., Barrett, P., & Fjermestad, K. W. (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *J Anxiety Disord*, 23(7), 973-978. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.06.009
- OECD. (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Mental Health and Work.
- OECD. (2014). *Mental Health and Work: Switzerland*. OECD Publishing.
- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD009774. doi: 10.1002/14651858.CD009774.pub2
- Paul, R., Campbell, D., Gilbert, K., & Tsiouri, I. (2013). Comparing spoken language treatments for minimally verbal preschoolers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 43(2), 418-431. doi: 10.1007/s10803-012-1583-z
- Perou, R., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2013). Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2005–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 62(2), 1-35.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 488-497. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.488
- Remschmidt, H. (2005). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung* (4 ed.). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., Mattejat, F., & Warnke, A. (2008). *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. (Vol. 6., korr. Auflage). Bern: Huber.
- Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., . . . Dawson, G. (2012). Effects of a brief Early Start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(10), 1052-1065. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.003
- Rüesch, P., & Maeder, N. (2010). *Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Systematisches Review zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie (Schlussbericht z.Hd. der Gesundheitsdirektion des Kt. Zürich zum Postulat KR 202/2006)*. Winterthur: ZHAW Fachstelle Gesundheitswissenschaften.
- Ruscello, D. M. (2008). Nonspeech oral motor treatment issues related to children with developmental speech sound disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 39(3), 380-391. doi: 10.1044/0161-1461(2008/036)
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan.
- Siniatchkin, M., Glatthaar, N., von Muller, G. G., Prehn-Kristensen, A., Wolff, S., Knochel, S., . . . Gerber, W. D. (2012). Behavioural treatment increases activity in the cognitive neuronal networks in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain Topogr*, 25(3), 332-344. doi: 10.1007/s10548-012-0221-6
- Smith, A. L., Hoza, B., Linnea, K., McQuade, J. D., Tomb, M., Vaughn, A. J., . . . Hook, H. (2013). Pilot physical activity intervention reduces severity of ADHD symptoms in young children. *J Atten Disord*, 17(1), 70-82. doi: 10.1177/1087054711417395
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of

- dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*, 170(3), 275-289. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991
- Sonuga-Barke, E. J., & Halperin, J. M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry*, 51(4), 368-389. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02195.x
- Steinhausen, H. S. (2010). *Psychische Störungen Bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* (Vol. 7). München: Urban & Fischer.
- Stieglitz, R. (2007). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Strawn, J., Sakolsky, D., & Rynn, M. (2012). Psychopharmacologic treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 527-539.
- Strawn, J., Wehry, A., DelBello, M., Rynn, M., & Strakowski, S. (2012). Establishing the neurobiologic basis of treatment in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Depression & Anxiety*, 29(4):328-39, 2012 Apr., 29(4), 328-339.
- Vernon, T. W., Koegel, R. L., Dauterman, H., & Stolen, K. (2012). An early social engagement intervention for young children with autism and their parents. *J Autism Dev Disord*, 42(12), 2702-2717. doi: 10.1007/s10803-012-1535-7
- Waligorska, A., Pisula, E., Waligorski, M., & Letachowicz, M. (2012). AutismPro system in supporting treatment of children with autism in Poland. *Pediatr Int*, 54(5), 693-700. doi: 10.1111/j.1442-200X.2012.03637.x
- Weinmann, S., Schwarzbach, C., Begemann, M., Roll, S., Vauth, C., Willich, S. N., & Greiner, W. (2009). Behavioural and skill-based early interventions in children with autism spectrum disorders. *GMS Health Technol Assess*, 5, Doc10. doi: 10.3205/hta000072
- Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from Birth to Adulthood.* New York: Cornell University Press.
- Wilson, K. P. (2013). Incorporating video modeling into a school-based intervention for students with autism spectrum disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 44(1), 105-117. doi: 10.1044/0161-1461(2012/11-0098)
- Wockel, L., Goth, K., Matic, N., Zepf, F. D., Holtmann, M., & Poustka, F. (2010). [Psychopharmacotherapy in adolescents with borderline personality disorder in inpatient and outpatient psychiatric treatment]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 38(1), 37-49. doi: 10.1024/1422-4917.a000005

Anhänge

Anhang 1: Suchstrategie und Erfassung lokalisierter Studien

Tabelle 4: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; Medline via OvidSP

Störungsgruppe/ Suchwort	Suchsyntax	N
depression* affective*	((depression* or affective*) and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 - 2014" limit 2 to (("preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)" or "young adult (19 to 24 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	1032
anxiet*	(anxiet* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 - 2014" limit 2 to (("adolescent (13 to 18 years)" or "young adult (19 to 24 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	422
"Obsessive- compulsive"	(obsessive compulsive* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to ("adolescent (13 to 18 years)" or "young adult (19 to 24 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	205
"personality disorder"	("personality disorder*" and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 - 2014" limit 2 to (("adolescent (13 to 18 years)" or "young adult (19 to 24 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	117
"specific developmental disorder"	(specific developmental disorder* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to (yr="2003 -Current" and ("all infant (birth to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	1
	((speech or language or learning or developmental) and disorder* and (treatment* or therap* or itnervent*)).ti. limit 2 to (("all infant (birth to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	69
Autism*	(autism* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to (("all child (0 to 18 years)" or "young adult (19 to 24 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	461
Adhd "Attention def" Hyperkinet*	((adhd or "attention def*" or hyperkinet*) and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to (("preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)") and (english or german) and (journal article or "review"))	670

Tabelle 5: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; PsycInfo via OvidSP

Störungsgruppe/ Suchwort	Suchsyntax	N
depression* affective*	((depression* or affective*) and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to (adulthood <18+ years> and (160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs> or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs>) and (journal article or reviews) and (english or german))	1106
anxiet*	(anxiet* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to ((200 adolescence <age 13 to 17 yrs> or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs>) and (journal article or reviews) and (english or german))	593
"Obsessive- compulsive*"	(Obsessive compulsive* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to ((200 adolescence <age 13 to 17 yrs> or "300 adulthood <age 18 yrs and older>") and (journal article or reviews) and (english or german))	433
"personality disorder*"	("personality disorder*" and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to ((200 adolescence <age 13 to 17 yrs> or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs>) and (journal article or reviews) and (english or german))	204
"specific developmental disorder*"	(specific developmental disorder* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	1
	((speech or language or learning or developmental) and disorder* and (treatment* or therap* or itnervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to (100 childhood <birth to age 12 yrs> and (journal article or reviews) and (english or german))	49
Autism*	(autism* and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to ((100 childhood <birth to age 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs> or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs>) and (journal article or reviews) and (english or german))	526
Adhd "Attention def*" Hyperkinet*	((adhd or "attention def*" or hyperkinet*) and (treatment* or therap* or intervent*)).ti. limit 1 to yr="2003 -Current" limit 2 to ((160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs>) and (journal article or reviews) and (english or german))	403

Tabelle 6: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; EconLit, ERIC, Sociological Abstracts via ProQuest

Störungsgruppe/ Suchwort	Suchsyntax	N
depression* affective*	ti(depression* OR affective*) AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Source type: Scholarly Journals Document type: Article, Review Language: English, German	271
anxiet*	ti(anxiet*) AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	176
"Obsessive- compulsive"	ti(obsessive compulsive*) AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	53
"personality disorder"	ti("personality disorder") AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	32
"specific developmental disorder"	ti("specific developmental disorder") AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	0
	ti(speech OR language OR learning OR developmental) AND ti(disorder*) AND ti(treatment* OR therap* OR itnervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	32

Tabelle 6: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; EconLit, ERIC, Sociological Abstracts via ProQuest (Forts.)

Autism*	ti(autism*) AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	386
Adhd "Attention def*" Hyperkinet*	ti(Adhd or "Attention def*" or Hyperkinet*) AND ti(treatment* OR therap* OR intervent*) Date: From 2003 to 2014 Peer reviewed Scholarly journals Additional limits - Document type: Article, Review Language: English, German	174

Tabelle 7: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; Medline via OvidSP

Störungsgruppe/Suchwort	Suchsyntax	N
depression* affective*	((depression* or affective*) and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	23
anxiet*	(anxiet* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	20
"Obsessive- compulsive"	(Obsessive compulsive* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	2
"personality disorder"	(personality disorder* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	7
"specific developmental disorder"	(specific developmental disorder* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	0
	((speech or language or learning or developmental) and disorder* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	10

Tabelle 7: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; Medline via OvidSP (Forts.)

Störungsgruppe/Suchwort	Suchsyntax	N
Autism*	(autism* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	36
Adhd "Attention def*" Hyperkinet*	((adhd or "attention def*" or hyperkinet*) and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	6

Tabelle 8: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; PsycInfo via OvidSP

Störungsgruppe/Suchwort	Suchsyntax	N
depression* affective*	((depression* or affective*) and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	29
anxiet* "Obsessive- compulsive*"	((anxiet* or obsessive compulsive*) and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	18
"personality disorder"	((("personality disorder*") and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	6
"specific developmental disorder"	((("specific developmental disorder*") and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	0
	((("speech or language or learning or developmental) and disorder* and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	10
Autism*	((autism*) and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	77
Adhd "Attention def*" Hyperkinet*	((adhd or "attention def*" or hyperkinet* or hyperactive*) and ("age at treat*" or "earl* treat*" or "late* treat*" or "age at therap*" or "earl* therap*" or "late* therap*" or "age at intervent*" or "earl* intervent*" or "late* intervent*")).ti. limit 1 to yr="2003 -Current"	9

Tabelle 9: Syntax & Anzahl Publikationen (N) lokalisiert durch systematische Literaturrecherche; EconLit, ERIC, Sociological Abstracts via ProQuest

Störungsgruppe/ Suchwort	Suchsyntax	N
depression* affective*	ti(depression* OR affective*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Date: From 2003 to 2014 Language: English, German	5
anxiet* "Obsessive- compulsive"	ti(anxiet* OR obsessive compulsive*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Language: English, German	3
"personality disorder"	ti(personality disorder*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Date: From 2003 to 2014 Language: English, German	0
"specific developmental disorder"	ti(specific develop* disorder*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Date: From 2003 to 2014 Language: English, German	0
	ti(speech OR language OR learning OR developmental) AND ti(disorder*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Date: From 2003 to 2014 Language: English, German	2
Autism*	ti(autism*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Date: From 2003 to 2014 Language: English, German	33
Adhd "Attention def" Hyperkinet*	ti(adhd OR attention def* OR hyperkinet*) AND ti("age at treat*" OR "earl* treat*" OR "late* treat*" OR "age at therap*" OR "earl* therap*" OR "late* therap*" OR "age at intervent*" OR "earl* intervent*" OR "late* intervent*") Date: From 2003 to 2014 Language: English, German	4

	A	B	C	D	E	F	G	H
	Autoren	Titel	Journal	Abstract	Jahr der Publikation	geeignet (1=ja; 0=nein)	Gründe für die Nicht-Selektion	Diagnose Itemsgru
2	Dias, Taciara G Costa	Developments and challe	Revista Brasileira de Psi	Attention-deficit/hyperact	2013			
3	Braun, SebastianRusso	Descriptive comparison c	Clinical Therapeutics	35 BACKGROUND: Attentio	2013			
4	Fiks, Alexander GMayne	Parental preferences anc	Pediatrics	132(4) 692-7(OBJECTIVES: To descri	2013			
5	Gormez, V Avery	BMann Switching from immediat	European Review for Me	BACKGROUND: Switchi	2013			
6	Groenman, Annabeth PC	Stimulant treatment for a	British Journal of Psychi	BACKGROUND: Attentio	2013			
7	Tanaka, YokoRohde, Lui	A meta-analysis of the c	Journal of Child & Adole	OBJECTIVE: Atomoxetine	2013			
8	Raman, Sudha RMarsha	Stimulant treatment and	Injury Prevention	19(3) 1 OBJECTIVE: The aim of	2013			
9	Kanemura, HideakiSano	EEG improvements with	Epilepsy & Behavior	27(We investigated the relat	2013			
10	Haftkamp, MynamBut	Long-term treatment with	Journal of Child & Adole	OBJECTIVE: The efficac	2013			
11	Ahmed, RanaMcCaffery	Factors influencing parer	Journal of Child & Adole	BACKGROUND: Attentio	2013			
12	Treuer, TamasGau, Susa	A systematic review of c	Journal of Child & Adole	OBJECTIVE: The purpos	2013			
13	Pfiffner, Linda JWillodas	Educational outcomes of	School Psychology Qua	This study evaluated edu	2013			
14	Mikami, Amori YaeGing	A randomized trial of a c	Journal of Consulting & C	OBJECTIVE: Interventio	2013			
15	Salisbury-Adshar, Elizab	ADHD interventions in c	American Family Physician	88(4) 266-8, 2013 Au	2013			
16	Meisel, VictoriaSevera	Neurofeedback and stan	Biological Psychology	9 The present study is a re	2013			
17	Moldavsky, MariaSayal	Knowledge and attitudes	Current Psychiatry Repo	Attention-deficit/hyperact	2013			
18	Miller, SheraliChang, Kik	Bipolar disorder and atte	Journal of Clinical Psychiatry	74(5) 628-9, 2013 J	2013			
19	Arnold, L EugeneHurt, E	Attention-deficit/hyperact	Child & Adolescent Psych	Dozens of complementai	2013			
20	Charach, AliceCarson, P	Interventions for prescho	Pediatrics	131(5) e1584 OBJECTIVES: The US A	2013			
21	Hodgkins, PaulDittmann	Individual treatment resp	Expert Review of Neuroti	Attention-deficit/hyperact	2013			
22	Prasad, VibhoreBrogan	How effective are drug tr	European Child & Adole	Attention-deficit hyperact	2013			
23	Kornfeld, RachelWatson	Effects of FDA advisories	Psychiatric Services	64(OBJECTIVE: This study	2013			
24	Salmon, Mary	Paying attention: Psychi	Journal of Family Health Care	23(1) 18, 20-1, 201	2013			
25	Curtis, David FChapman	Classroom changes in A	Journal of Clinical Psych	This study examined cla	2013			
26	Fortier, Marie-EveSenguy	Genetic evidence for the	NeuroMolecular Medicine	Exposure to stressors re	2013			
27	Sonuga-Barke, Edmund	Nonpharmacological inte	American Journal of Psy	OBJECTIVE: Nonpharms	2013			
28	Babinski, Dara ESibley	The effects of single vers	Journal of Clinical Child	(This study evaluated the	2013			
29	Webster-Stratton, Carol	One-year follow-up of co	Journal of Clinical Child	(Efficacies of the Incredib	2013			
30	Kinnen, ClaudiaDopfner	[The relationship of ther	Zeitschrift für Kinder-und	OBJECTIVE: The relatio	2013			
31	Edwards, ClaireHowlett	Putting knowledge to tria	Social Science & Medici	The role of patients' orga	2013			
32	Cortese, SamuelHoltm	Practitioner review: curre	Journal of Child Psychol	BACKGROUND: Medica	2013			
33	Ghuman, Jaswinder KGR	Pharmacologic interventi	Paediatric Drugs	15(1) 1Pharmacologic interventi	2013			
34	Classen, ShermeneMont	Evidence-based review o	Traffic Injury Prevention	OBJECTIVE: We conduc	2013			
35	Hauk, Lisa	AAP releases guideline	American Family Physician	87(1) 61-2, 2013 Jan	2013			
36	Wigal, Sharon BRaja, P	An update on lisdexamfe	Expert Opinion on Pharm	INTRODUCTION: The effi	2013			
37	Smith, Alan LHoza, Bets	Pilot physical activity int	Journal of Attention Diso	OBJECTIVE: Physical ai	2013			
38	Mohammadi, Mohammad	Buspirone versus methyl	Acta Medica Iranica	50(A recent randomized clir	2012			
39	Klassen, Larry JBilkey	T Comorbid attention defici	Current Drug Abuse Rev	BACKGROUND: Attentio	2012			
40	Garbe, EdeltrautMikolaj	Drug treatment patterns	Journal of Child & Adole	OBJECTIVE: Despite a s	2012			
41	Shaw, MonicaHodgkins	A systematic review and	BMC Medicine	10: 99, 2(BACKGROUND: In child	2012			
42	Sikonic, VanjaPliszka	S Comparative treatment p	Journal of Managed Care	BACKGROUND: Althoug	2012			
43	Bader, AmandaAdesman	Complementary and alte	Current Opinion in Pedia	PURPOSE: OF REVIEW	2012			
44	Ender, M HamXie, Jipant	Cost effectiveness of gu	Applied Health Economic	BACKGROUND: About 7	2012			
45	Molfe, CliffBernauer	Ma Combination therapy	pat Postgraduate Medicine	OBJECTIVES: Several s	2012			

Abbildung 2: Analyseraster im Excel zur Erfassung geeigneter Studien

Anhang 2: Übersicht Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Tabelle 10: (Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Affektive Störungen (Major Depression) (F32, -F33)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)“	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGPPN****: Unipolar Depression</u>	01/2012	Gültig	Vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4 (Anhang 3)	Ab 18 Jahren	keine
<u>NICE: Depression</u>	09/2005	Gültig	<u>NI-CE Pathways Depression</u>	Children (aged 5-11) and young people (aged 12-18)	keine**
<u>AACAP: Depressive disorders</u>	06/2007***	Not current		Children and adolescents	keine
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „It is important to reiterate that for children and young people, the clinical characteristics vary somewhat according to age at presentation.“ ****“Parameters older than five years may not reflect current knowledge and practice and as such should not be considered current until they are updated“;***** Die vorliegende Leitlinie <i>Unipolare Depression</i> wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) initiiert und koordiniert.					

Tabelle 11: (Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik Angst- und Zwangsstörungen (F40, F41, F42, F93.1 und F93.2)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)“	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP:</u> <u>Angststörungen</u> <u>F41</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Wird z.Zt. überprüft (bzw. Gültigkeit abgelaufen)	Vgl. Abbildung 5 (Anhang 3)	Kinder und Jugendliche	keine
<u>DGPPN:</u> <u>Zwangsstörungen</u> <u>F42</u>	05/2013	Gültig	Vgl. Abbildung 6 (Anhang 3)	Wird nicht spezifiziert	keine
<u>NICE:</u> <u>Social anxiety disorder of childhood</u>	05/2013	Gültig	<u>NICE Pathways Social Anxiety Disorder Of Childhood</u>	children and young people (from school age to 17 years)	keine
<u>NICE:</u> <u>Obsessive-compulsive disorder</u>	11/2005	Gültig	<u>NICE Pathways Obsessive Compulsive Disorder</u>	Children, young adults and adults	keine
<u>AACAP:</u> <u>Anxiety disorder</u>	02/2007	Not current**		Children and Adolescents	Bei Kindern und Jugendlichen > 8 Jahre bei „screening“; Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-17 bei der „Evaluation to determine which anxiety disorder may be present, the severity of anxiety symptoms and functional impairments.
<u>AACAP:</u> <u>obsessive-compulsive disorder</u>	01/2012	Current		Children and Adolescents	keine
<u>CBO (NL) - Dutch Institute for Healthcare Improvement</u> <u>CBO:</u> <u>Anxiety disorders***</u>	04/2003				
*Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „Parameters older than five years may not reflect current knowledge and practice and as such should not be considered current until they are updated“; ***Kein Zugang zur Leitlinie.					

Tabelle 12: (Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
DGKJP; DGPM; DGPPN; DGPs; DKPM; Persönlichkeitsstörungen	05/2008	Nicht gültig	-	Kinder und Jugendliche	keine
NICE: Antisocial Personality disorder⁸⁰	01/2009***	Gültig	NICE Pathways Anti social Personality Disorder	Children and young people with conduct disorders, adults	keine
NICE: Borderline Personality disorder	01/2009	Gültig	NICE Pathways Borderline Personality Disorder	Young people (>18 years), adults	keine
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „This guideline is more than 5 years old and has not yet been updated to ensure that it reflects current knowledge and practice“; *** „Last modified: September 2013“.					

⁸⁰ In der NICE-guideline zu *antisocial personality disorder* wird auf die NICE guideline zu *antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people* verwiesen, da die DSM-IV als Kriterium für antisocial personality disorder eine diagnostizierte "conduct disorder" vor dem Alter von 15 Jahren verlangt.

Tabelle 13: (Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Sprach und Teilleistungsstörungen (F80, F81)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP: Umschriebene Artikulationsstörungen F80.0</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Nicht gültig	Vgl. Abbildung 7 (Anhang 3)	Kinder und Jugendliche	(kleinere) Abweichungen bei „jüngeren Kindern“
<u>Interdisziplinäre Leitlinie der AWMF: Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)</u>	12/2011	Gültig	Vgl. Abbildung 8 und Abbildung 9 (Anhang 3)	Kinder und Jugendliche	keine
<u>AACAP: Language and learning disorders (LLD)</u>	11/1998	Update in progress**		Children and adolescents	(kleinere) Abweichungen von der Gruppe der Schulkindern (6-12 Jahre) bei Vorschulkindern (3-5 Jahre)
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „This guideline is more than 5 years old and has not yet been updated to ensure that it reflects current knowledge and practice“.					

Tabelle 14: (Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – Autismus-Spektrum-Störungen (F84)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP:</u> <u>Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Wird z.Zt. überprüft (bzw. Gültigkeit abgelaufen)	Vgl. Abbildung 10 und Abbildung 11 (Anhang 3)	Kinder und Jugendliche	Keine**
<u>NICE:</u> <u>Autism</u>	09/2011	Current	<u>NICE Pathways</u> <u>Autism</u>	Children and young people (0-19 years)	Keine
<u>AACAP:</u> <u>Autism spectrum disorder</u>	07/2013	Current		Children and adolescents	Keine**
<u>HAS</u> <u>Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED, TSA)</u>	01/2010	Gültig		Für alle Altersgruppen	Bei Kindern im frühen Kindesalter
Anmerkungen*Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; **Das „assessment procedure“ ist grundsätzlich dasselbe, aber es gibt Unterschiede in den „assessment instruments“.					

Tabelle 15: (Web-basierte) Leitlinien zur Diagnostik – ADHS (F90)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP: Hyperkinetische Störungen F90</u>	11/2006	Wird z.Zt. überprüft (bzw. Gültigkeit abgelaufen)	Vgl. Abbildung 12 (Anhang 3)	Kinder und Jugendliche (4-18 Jahre)	Keine**
<u>NICE: ADHD</u>	09/2008***	Gültig	<u>NICE Pathways ADHD</u>	Children aged 3-11 years and young people aged 12-18 years	keine
<u>AAP: ADHD</u>	11/2011	Gültig		preschool children aged 4-5 years and elementary school children aged 6-11	Keine****
<u>European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS): ADHD</u>	2004			Children (keine weiteren Alterskriterien)	Keine****
<u>HAS Haute Autorité de Santé TDAH (Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité)</u>	2012	Gültig		Kinder und Jugendliche (keine genauen Altersgrenzen definiert)	Keine

Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** Das Vorgehen ist dasselbe, allerdings „je älter das Kind, umso stärker wird es in die Exploration einbezogen. Die Informationen der Eltern bleiben jedoch meist zuverlässiger.“ *** „Last modified: March 2013.“ **** Das Vorgehen ist dasselbe, allerdings gibt es „special circumstances for preschool children and adolescents“ bzw. „There are added challenges in determining the presence of key symptoms...focused checklists can help physicians in the diagnostic evaluation.“; „Obtaining teacher reports for adolescents might be more challenging, because many adolescents will have multiple teachers. Likewise, parents might have less opportunity to observe their adolescent's behaviors than they had when their children were younger.“ ***** Das Vorgehen ist dasselben; allerdings „self-report rating scales may be useful, as a supplement to the interview, especially for detecting emotional problems in children of 9 years or more.“

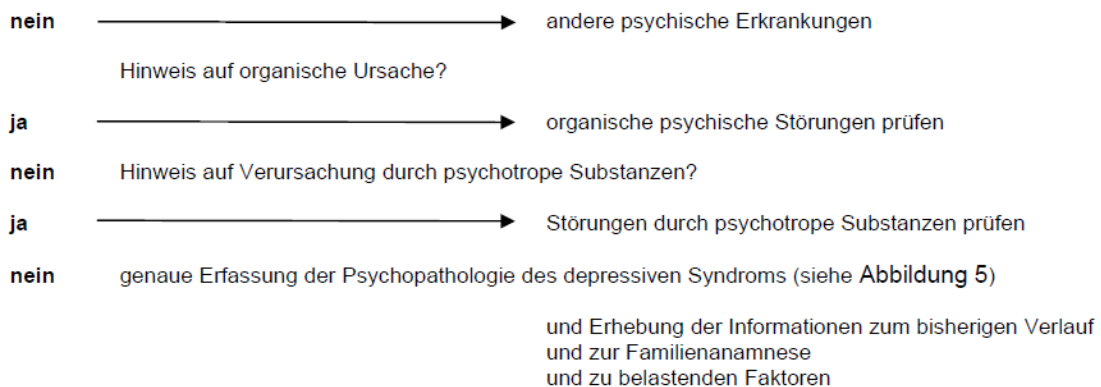
Anhang 3: Entscheidungsbäume zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

H 2.5 Stufenplan der Diagnostik

Aus den bisherigen Erläuterungen ergibt sich folgender **Stufenplan der Diagnostik einer unipolaren depressiven Störung** (vgl. Abbildung 6):

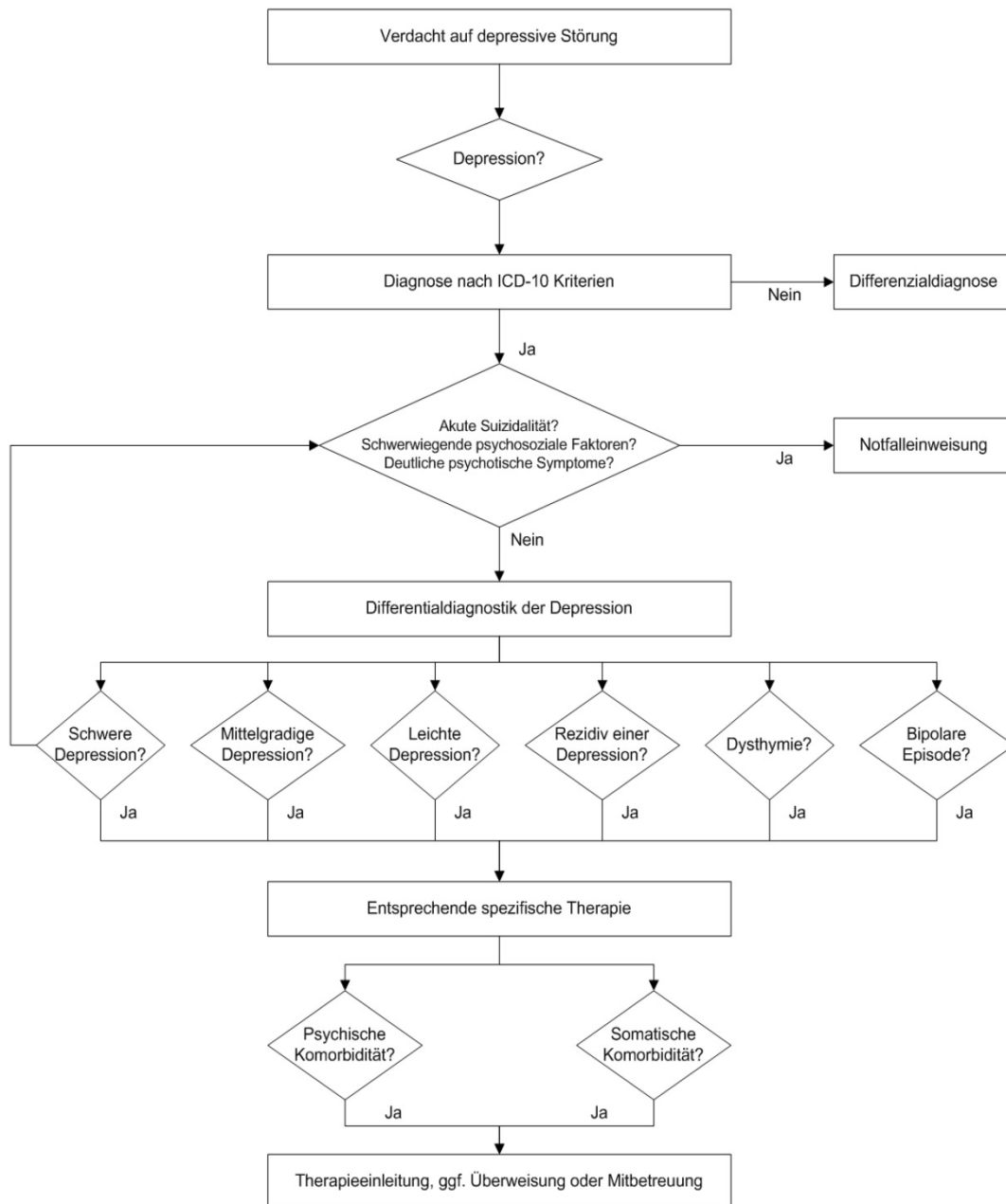
1. Bei Vorliegen eines Verdachts auf eine depressive Störung sollte geklärt werden, ob eine Veränderung von Stimmung und/oder Antrieb vorliegt (*Hauptsymptome*).
2. Es sollte geklärt werden, ob diese Veränderung in Stimmung und Antrieb eher einer depressiven Symptomatik oder einer anderen psychischen Störung zuzuordnen ist (*Differenzialdiagnostik*).
3. Ferner sollte eine somatische, insbesondere hirnorganische Ursache bzw. eine Verursachung durch Gebrauch oder Missbrauch psychotroper Substanzen ausgeschlossen werden.
4. Sind diese Ursachen ausgeschlossen, ist die Diagnose der depressiven Störung durch genaue Erhebung des psychopathologischen Befundes (Zusatzsymptome) und bisherigen Verlaufs zu stellen.

Hauptsymptome (Störung von Stimmung, Antrieb und/oder Aktivität) vorhanden?



XIV. **Abbildung 6: Prozedurales Vorgehen bei der Diagnostik der unipolaren depressiven Störung**
(mod. n. [213; 233])

Abbildung 3: DGPPN, Stufenplan der Diagnostik der unipolaren depressiven Störung

**Abbildung 4: DGPPN, Diagnostischer Prozess depressiver Störungen**

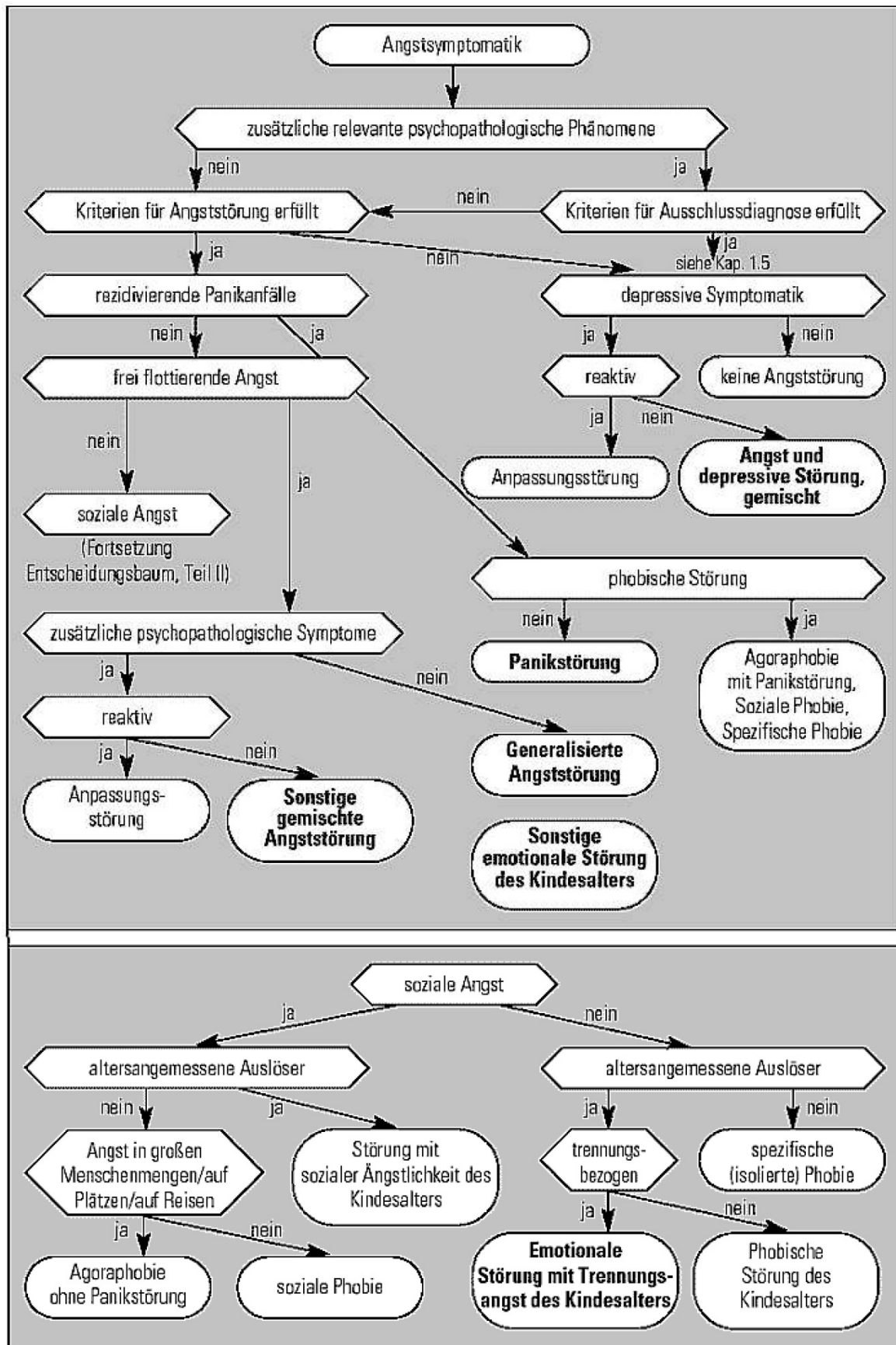


Abbildung 5: DGKJP, Diagnostischer Entscheidungsbaum bei Angststörungen (F41)

Diagnostik und Klassifikation

(vgl. Kapitel 3 Langversion)

Diagnostischer Stufenplan

(Kapitel 3.6)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
3-1 Bei allen Patienten, bei denen psychische Störungen vermutet werden oder bei denen körperliche Anzeichen (z.B. Handekzem) Hinweise auf eine psychische Erkrankung liefern, sollen folgende 5 Fragen zur Zwangsstörung gestellt werden: (1) Waschen und putzen Sie sehr viel? (2) Kontrollieren Sie sehr viel? (3) Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können? (4) Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange? (5) Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?	KKP
3-2 Bei Verdachtsfällen sollen das Vorliegen der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 geprüft und in Frage kommende Komorbidität abgeklärt werden. Dies sollte bei diagnostischer Unsicherheit mit Hilfe eines ICD-10-basierten Untersuchungsverfahrens geschehen.	KKP
3-3 Bei entsprechenden anamnestischen und/oder klinischen Hinweisen auf eine relevante somatische Erkrankung ist die beschriebene weiterführende Diagnostik (Kapitel 3.5.2) zu veranlassen.	KKP
3-4 Nach Statusbestimmung zu Beginn sollte die im Text beschriebene Verlaufsdagnostik (z.B. Y-BOCS, Kapitel 3.2 und 3.4) durchgeführt werden.	KKP
3-5 Zusätzlich zur Symptomatik sollten stets auch die Auswirkungen der Erkrankung auf Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe, Lebensqualität und interpersonelle Auswirkungen erfasst werden (zu Beginn der Therapie zur Zielsetzung und im Verlauf bzw. zum Abschluss zur Evaluation).	KKP
3-6 Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Befunderhebung in Bezug auf Alltag, Teilhabe und Lebensqualität einbezogen werden.	KKP
3-7 Bei Patienten mit Zwangsstörungen mit einem Krankheitsbeginn jenseits des 50. Lebensjahres soll eine himorganische Abklärung erfolgen.	KKP

Abbildung 6: DGPPN, Diagnostischer Stufenplan bei Zwangsstörungen (F42)

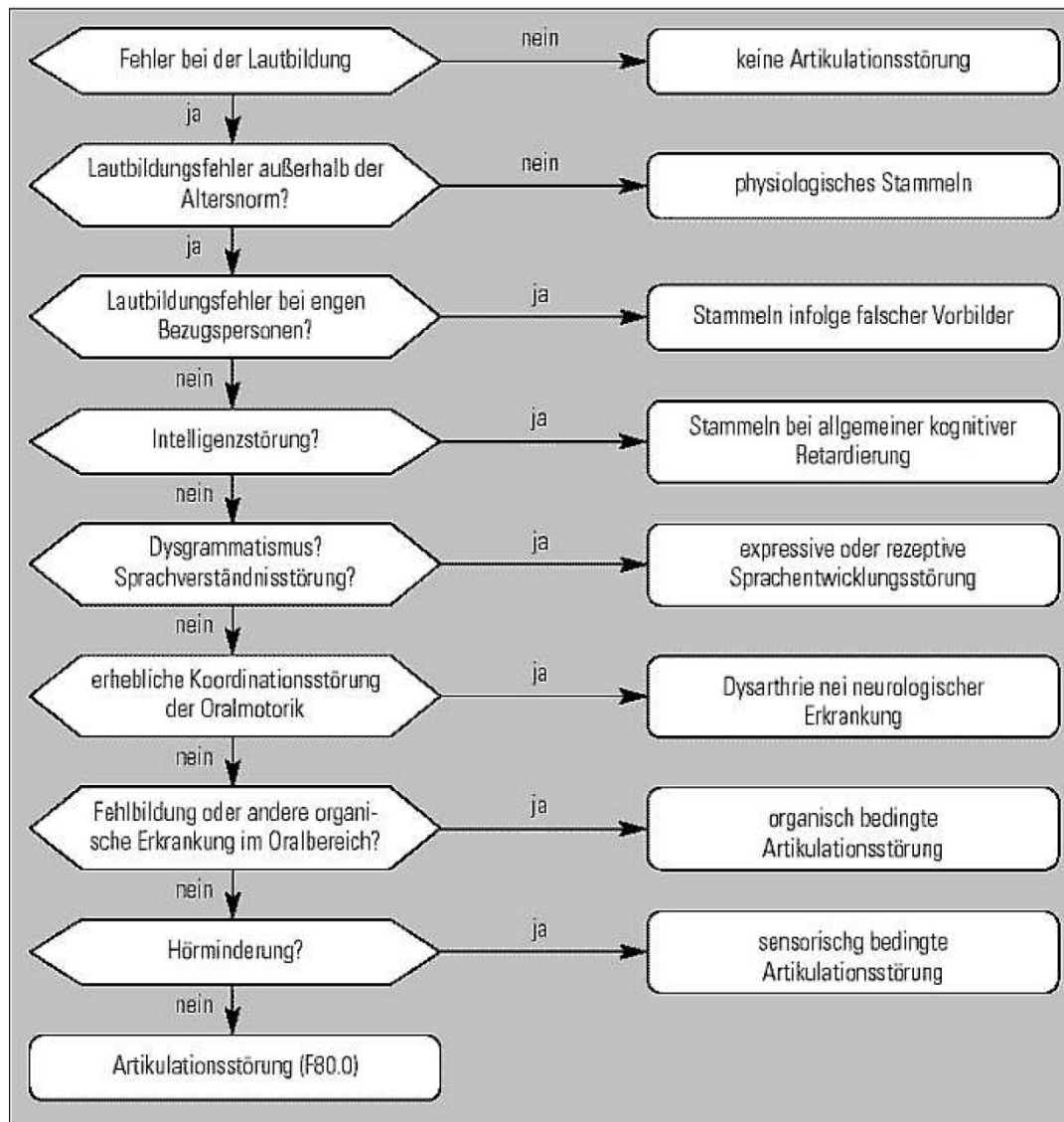
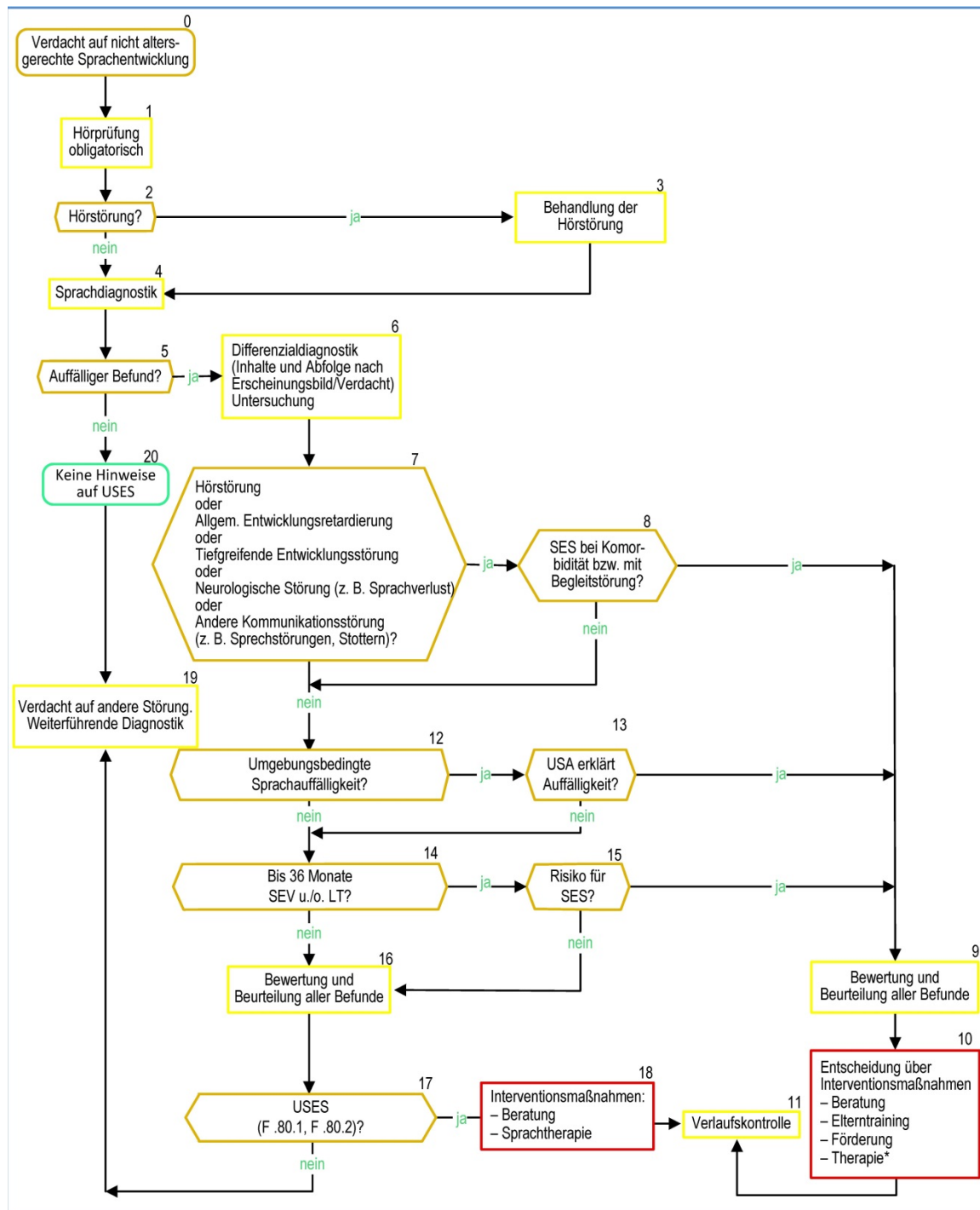


Abbildung 7: DGKJP, Entscheidungsbaum für die Diagnose von Artikulationsstörungen (F80.0)



LT: Late Talker

SES: Sprachentwicklungsstörung

SEV: Sprachentwicklungsverzögerung

USA: Umgebungsbedingte Sprachauffälligkeit

USES: Umschriebene Sprachentwicklungsstörung

* Therapie: alle in Frage kommenden Therapieformen

Abbildung 8: DGPP/DGKJP, Diagnostischer Algorithmus „Sprachentwicklungsstörungen“

Diagnostische Kriterien in Anlehnung an die ICD-10 (Dilling et al. 2008) für das Vorliegen einer USES (F80.1 und 80.2) sind:

1. Die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes.
- 2a. Die mit Hilfe strukturierter Verhaltensbeobachtung und linguistischer Analysen erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen bedeutsam unterhalb der Fähigkeiten der Altersgruppe (☛ 1.1 Tab. 1).
- 2b. Verwendung und Verständnis nonverbaler Kommunikation liegen innerhalb der Altersnorm (☛ 1.1 Tab. 1).
3. Normalitätsannahme: Es fehlen neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können. Eine Intelligenzminderung (IQ <85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) besteht nicht.⁴

Abbildung 9: DGPP/DGKJP, Diagnostische Kriterien „Sprachentwicklungsstörungen“

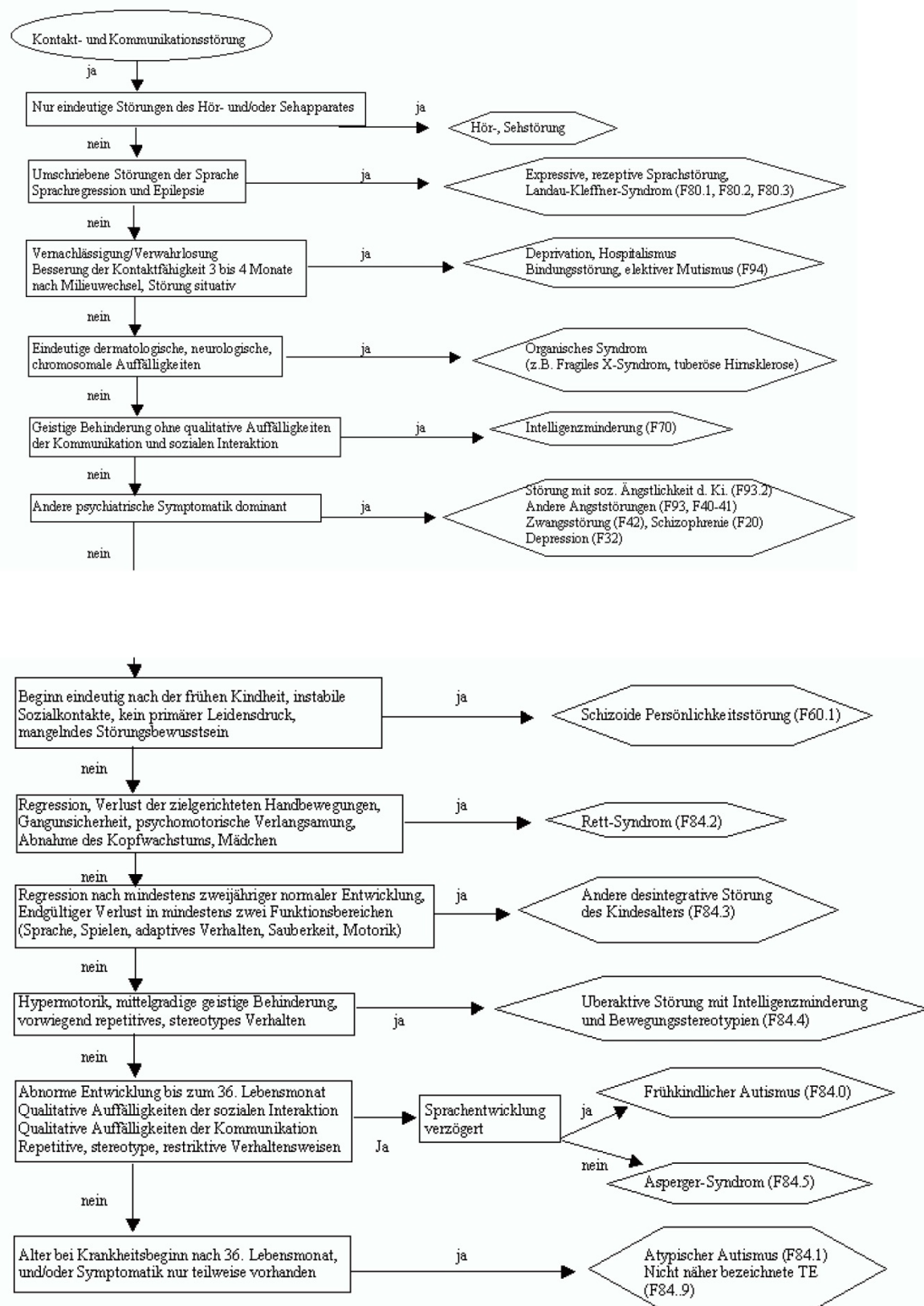


Abbildung 10: DGKJP, Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum für Autistische Störungen

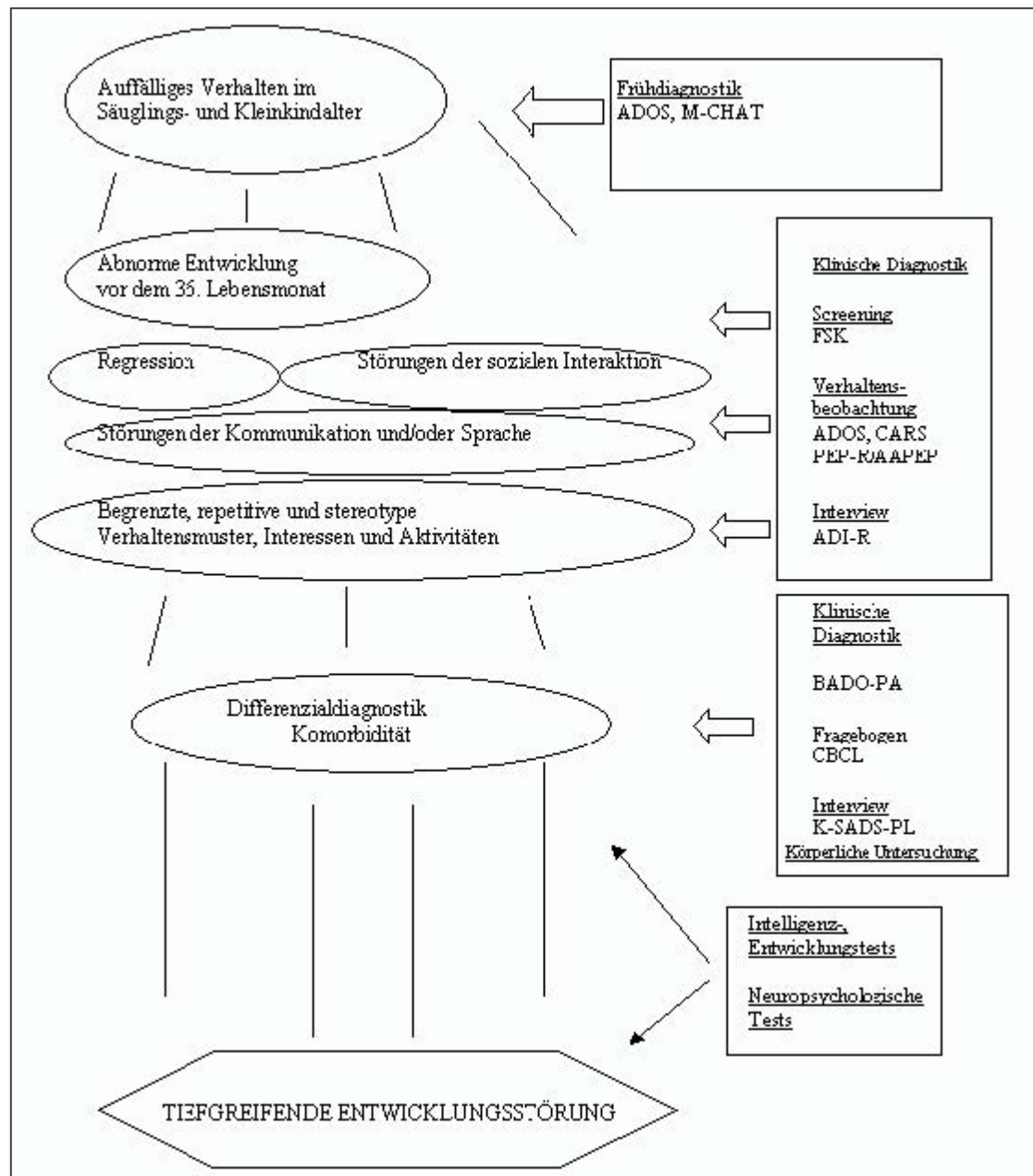


Abbildung 11: DGKJP, Synopsis der Diagnostik Autistischer Störungen (F84)

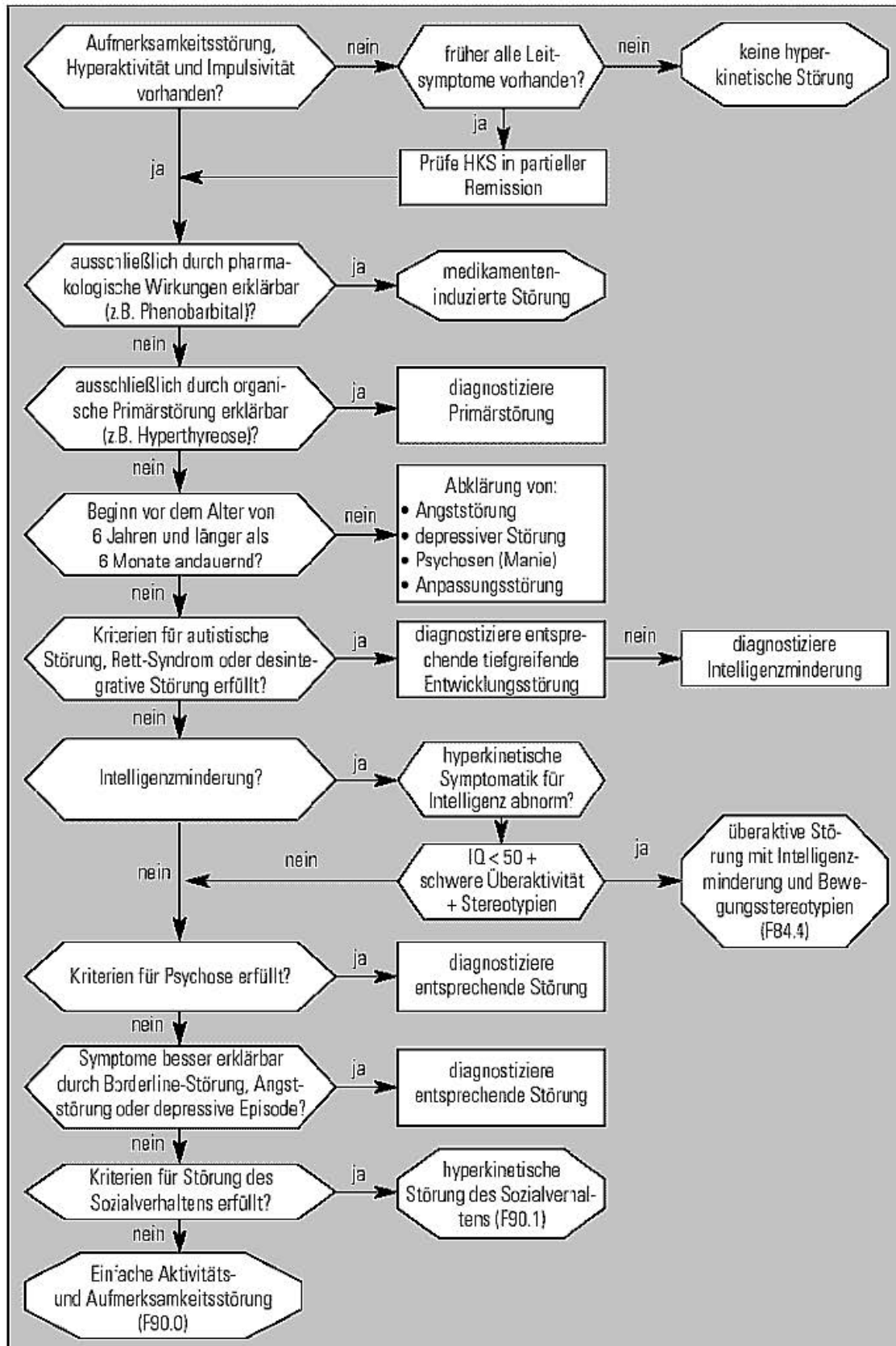


Abbildung 12: DGKJP, Entscheidungsbaum für die Diagnose hyperkinetischer Störungen (F90)

Anhang 4: Übersicht Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Tabelle 16: (web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Affektive Störungen (Major Depression) (F32, F33)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP: depressive Störungen</u> F32, F33, F34.1	07/2013	Gültig	Vgl. Abbildung 13 (Anhang 5)	Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren	Bei Kindern, v.a. bei Kindern unter 8 Jahren
<u>NICE: Depression</u>	09/2005	Gültig	<u>NICE Pathways Depression</u>	Children (aged 5-11) and young people (aged 12-18)	Bei Kindern im Alter von 5-11 Jahren
<u>AACAP: Depressive disorders</u>	06/2007	Not current**		Children and adolescents	keine
<u>SST (DK) - National Board of Health: Unipolar depression – adults***</u>	11/2007				
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „Parameters older than five years may not reflect current knowledge and practice and as such should not be considered current until they are updated“; *** Kein Zugang zur Leitlinie.					

Tabelle 17: (web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Angst- und Zwangsstörungen (F40, F41, F42, F93.1 und F93.2)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinien (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbau & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP:</u> <u>Angststörungen</u> F41	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Wird z.Zt. überprüft (bzw. Gültigkeit abgelaufen)	Vgl. Abbildung 14 (Anhang 5)	Kinder und Jugendliche	keine
<u>DGPPN:</u> <u>Zwangsstörungen</u> F42	05/2013	Gültig		Wird nicht spezifiziert	
<u>NICE:</u> <u>Social anxiety disorder of childhood</u>	05/2013	Gültig	<u>NICE Pathways</u> <u>SocialAnxietyDisorder</u> <u>OfChildhood</u>	children and young people (from school age to 17 years)	keine
<u>NICE:</u> <u>Generalised anxiety disorder</u>	01/2011	Gültig	<u>NICE Pathways</u> <u>GeneralisedAnxiety</u> <u>Disorder</u>	Adults (>18 Jahre)	keine
<u>NICE:</u> <u>Panic disorder</u>	01/2011	Gültig	<u>NICE Pathways</u> <u>PanicDisorder</u>	Adults (>18 Jahre)	keine
<u>NICE:</u> <u>Obsessive-compulsive disorder</u>	11/2005	Gültig	<u>NICE Pathways</u> <u>ObsessiveCompulsive</u> <u>Disorder</u>	Children, young adults and adults	Abweichungen von der Gruppe der „adults“ gibt es bei „children and young adults“
<u>AACAP:</u> <u>Anxiety disorder</u>	02/2007	Not current**		Children and Adolescents	keine
<u>AACAP:</u> <u>obsessive-compulsive disorder</u>	01/2012	Current		Children and Adolescents	keine
<u>CBO (NL) - Dutch Institute for Healthcare Improvement:</u> <u>Anxiety disorders***</u>	04/2003				
*Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „Parameters older than five years may not reflect current knowledge and practice and as such should not be considered current until they are updated“; ***Kein Zugang zur Leitlinie.					

Tabelle 18: (web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinien (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP: DGPM;</u> <u>DGPPN; DGPs;</u> <u>DKPM:</u> <u>Persönlichkeitsstörungen</u>	05/2008	Nicht gültig	-	Kinder und Jugendliche	keine
<u>NICE:⁸¹</u> <u>Antisocial Personality disorder</u>	01/2009***	Gültig	<u>NICE Pathways</u> <u>Antisocial Personality Disorder</u>	Children and young people with conduct disorders, adults	keine
<u>NICE:</u> <u>Borderline Personality disorder</u>	01/2009	Gültig	<u>NICE Pathways</u> <u>Borderline Personality Disorder</u>	Young people (>18 years), adults	keine
<u>APA:</u> <u>Borderline Personality Disorder</u>	10/2001	Not current**		Adults over the age of 18	keine
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt,** „This guideline is more than 5 years old and has not yet been updated to ensure that it reflects current knowledge and practice“; ***„Last modified: September 2013.“					

⁸¹ In der NICE-guideline zu *antisocial personality disorder* wird auf die NICE guideline zu *antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people* verwiesen, da die DSM-IV als Kriterium für antisocial personality disorder eine diagnostizierte "conduct disorder" vor dem Alter von 15 Jahren verlangt.

Tabelle 19: (web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Sprach- und Teilleistungsstörungen (F80, F81)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP:</u> <u>Umschriebene Artikulationsstörungen F80.0</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Nicht gültig	Vgl. Abbildung 15 (Anhang 5)	Kinder und Jugendliche	(kleinere) Abweichungen bei „jüngeren Kindern“
<u>DGKJP:</u> <u>Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache F80.1, F80.2</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Nicht gültig	Vgl. Abbildung 16 (Anhang 5)	Kinder und Jugendliche	(kleinere) Abweichungen bei Kindern unter 3 Jahren
<u>AACAP:</u> <u>Language and learning disorders (LLD)</u>	11/1998	Update in progress**		Children and adolescents	(kleinere) Abweichungen von der Gruppe der Schulkindern (6-12 Jahre) bei Vorschulkindern (3-5 Jahre)
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „This guideline is more than 5 years old and has not yet been updated to ensure that it reflects current knowledge and practice.“					

Tabelle 20: (web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – Autismus-Spektrum-Störungen (F84)

Leitlinie Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinien (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbaum & NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP: Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Wird z.Zt. überprüft (bzw. Gültigkeit abgelaufen)	Vgl. Abbildung 17 (Anhang 5)	Kindesalter, Adoleszenz, Erwachsenenalter	Bei Kindern im frühen Kindesalter
<u>NICE: Autism</u>	08/2013	Current	<u>NICE Pathways Autism</u>	Children and young people	Abweichungen bei „pre-school children“
<u>AACAP: Autism spectrum disorder</u>	07/2013	Current		Children and adolescents	keine
<u>HAS: Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED, TSA)</u>	01/2010	Gültig		Für alle Altersgruppen	Bei Kindern im frühen Kindesalter
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt.					

Tabelle 21: (web-basierte) Leitlinien zur Behandlung – ADHS (F90)

Leitlinie mit Link zur detaillierten Beschreibung der Leitlinie (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Publikationsdatum der Leitlinie	Stand	DGKJP Entscheidungsbau- und NICE „Pathway“ (Zuletzt abgerufen am 01.04.2014)	Altersgruppe*	Altersspezifische Abweichungen in den Leitlinien
<u>DGKJP: Hyperkinetische Störungen F90</u>	01/1999 (letzte Überarbeitung: 11/2006)	Wird z.Zt. überprüft (bzw. Gültigkeit abgelaufen)	Vgl. Abbildung 18 (Anhang 5)	Kinder und Jugendliche (4-18 Jahre)	Bei Kindern im Vorschulalter
<u>NICE: ADHD</u>	09/2008**	Gültig	<u>NICE Pathways ADHD</u>	Children aged 3-11 years and young people aged 12-18 years	Bei Kindern im Vorschulalter
<u>AAP: ADHD</u>	11/2011	Gültig		preschool children aged 4-5 years and elementary school children aged 6-11	Bei Kindern im Vorschulalter
<u>European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS): ADHD</u>	2004			Children (keine weiteren Altersrestriktionen)	Bei Kindern unter 6 Jahren
<u>HAS Haute Autorité de Santé TDAH (Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité)</u>	2012	Gültig		Kinder und Jugendliche (keine genauen Altersgrenzen definiert)	Bei Kindern im Vorschulalter
Anmerkungen: *Nur die für die Studie relevanten Altersgruppen werden angezeigt; ** „Last modified: March 2013.“					

Anhang 5: Entscheidungsbäume zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

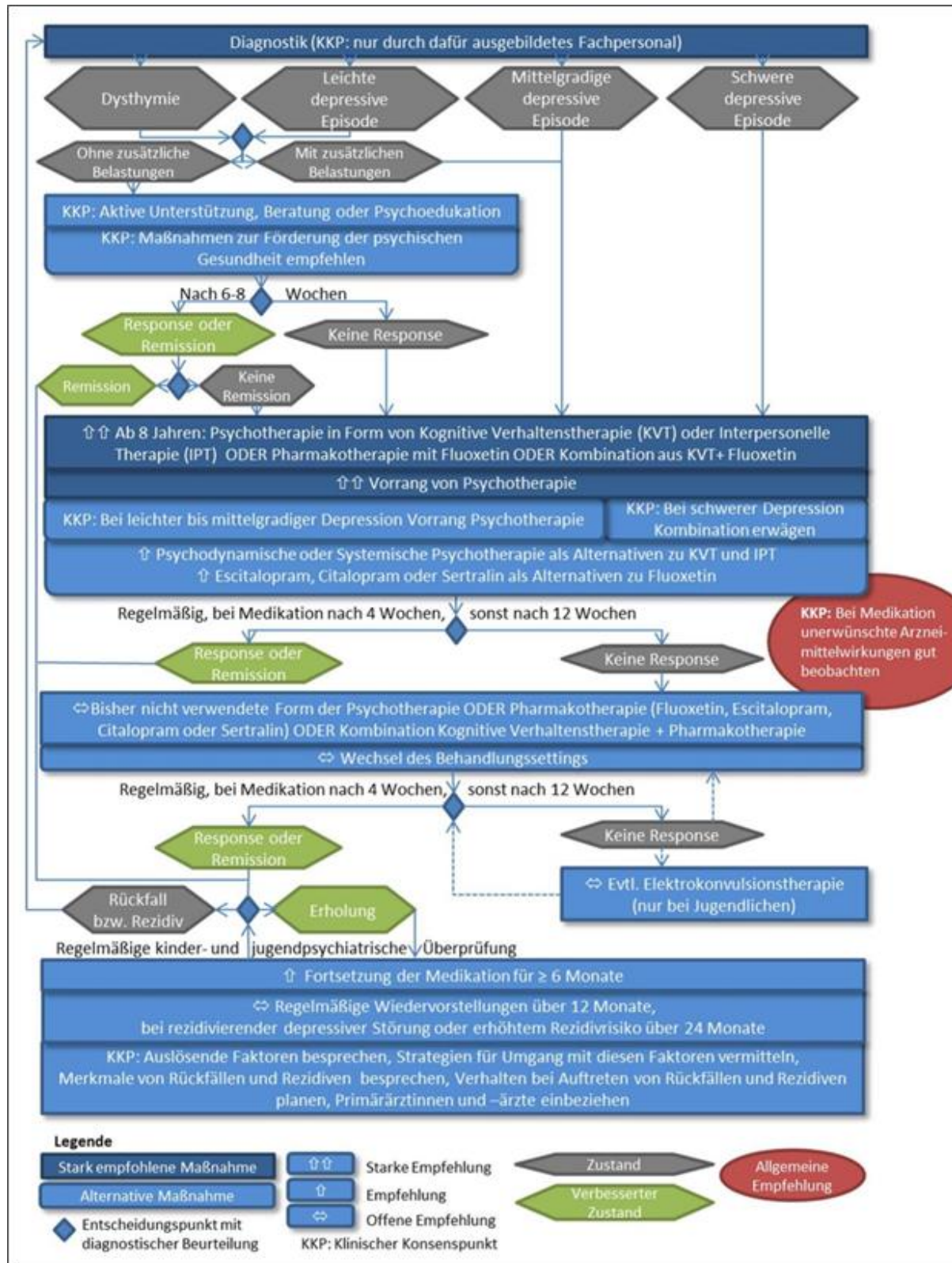


Abbildung 13: DGKJP, Hierarchie des therapeutischen Vorgehens bei affektiven Störungen (F32, F33)

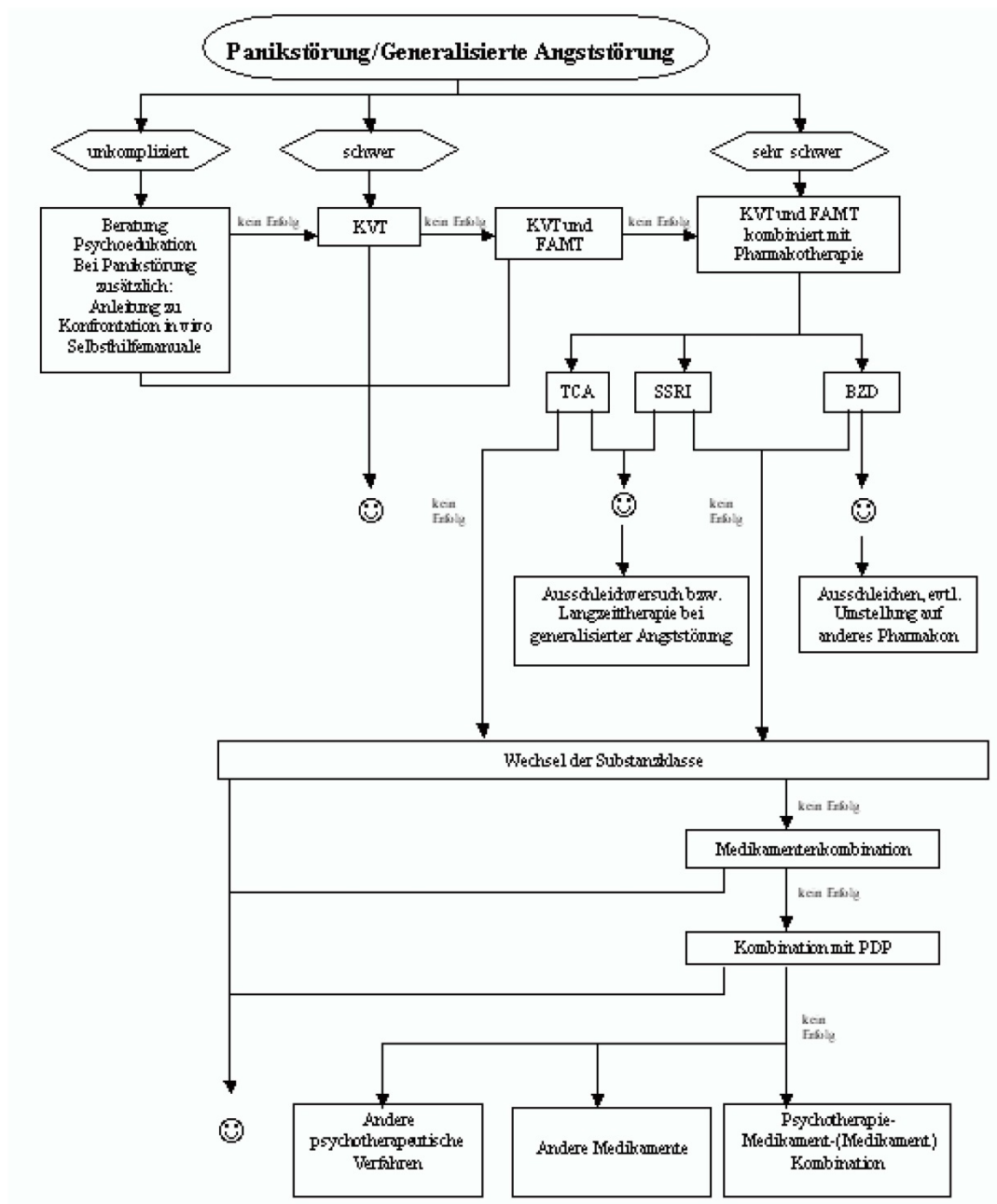


Abbildung 14: DGKJP, Entscheidungsbaum zur Therapie bei Angststörungen (F41) bzw. bei Panikstörung (F41.0) und Generalisierter Angststörung (F41.1)

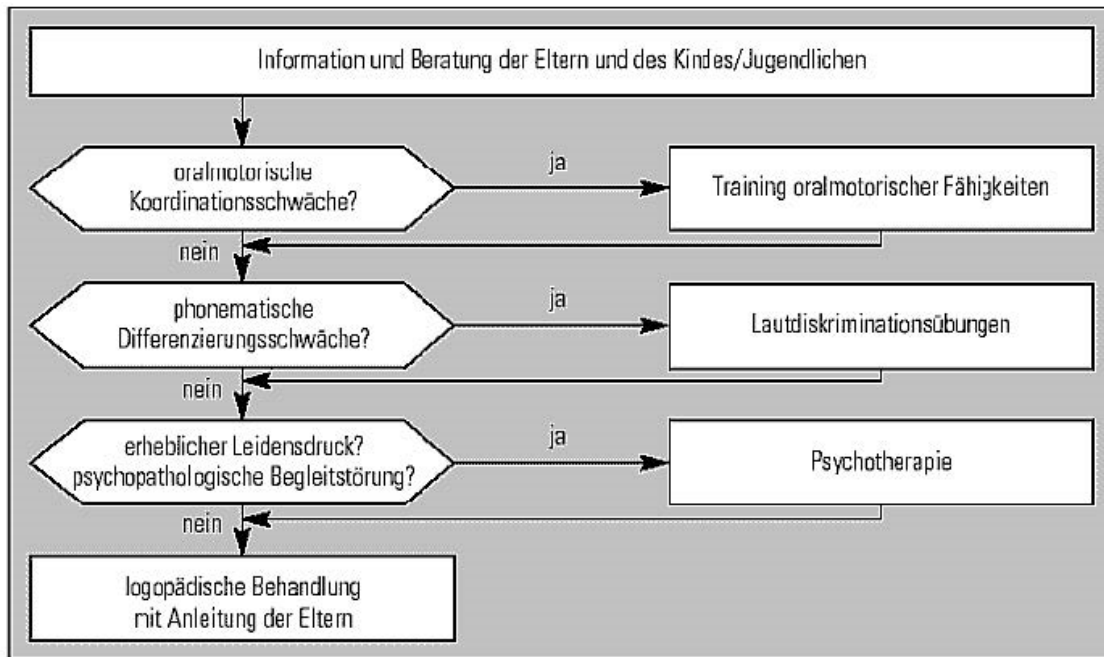


Abbildung 15: DGKJP, Therapeutischer Entscheidungsbaum bei Artikulationsstörungen (F80.0)

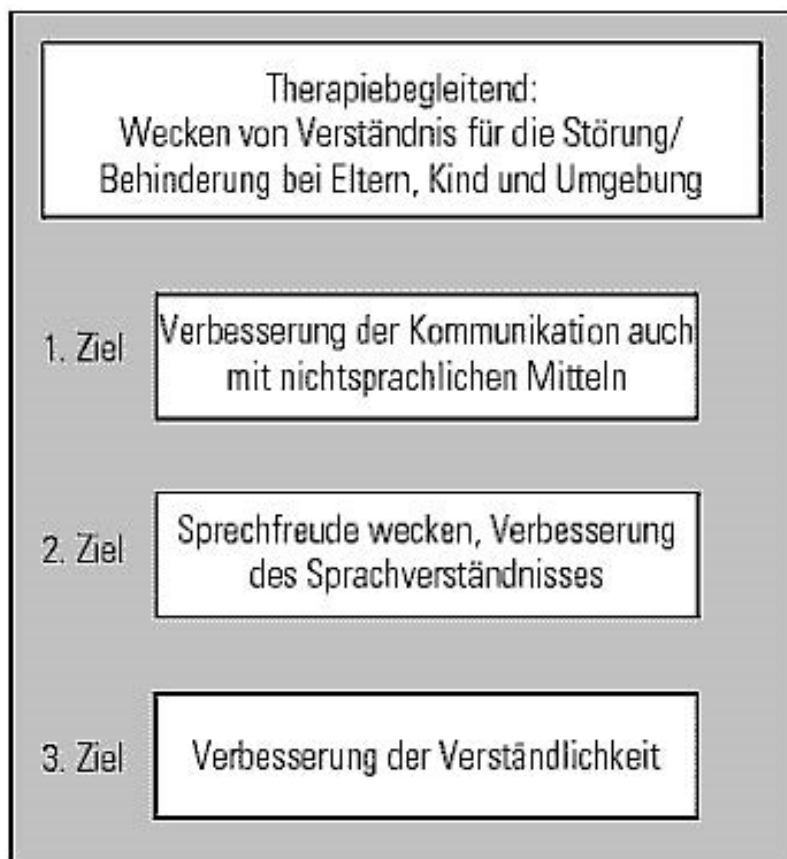


Abbildung 16: DGKJP, Hierarchie der Therapieziele bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache (F80.1, F80.2)

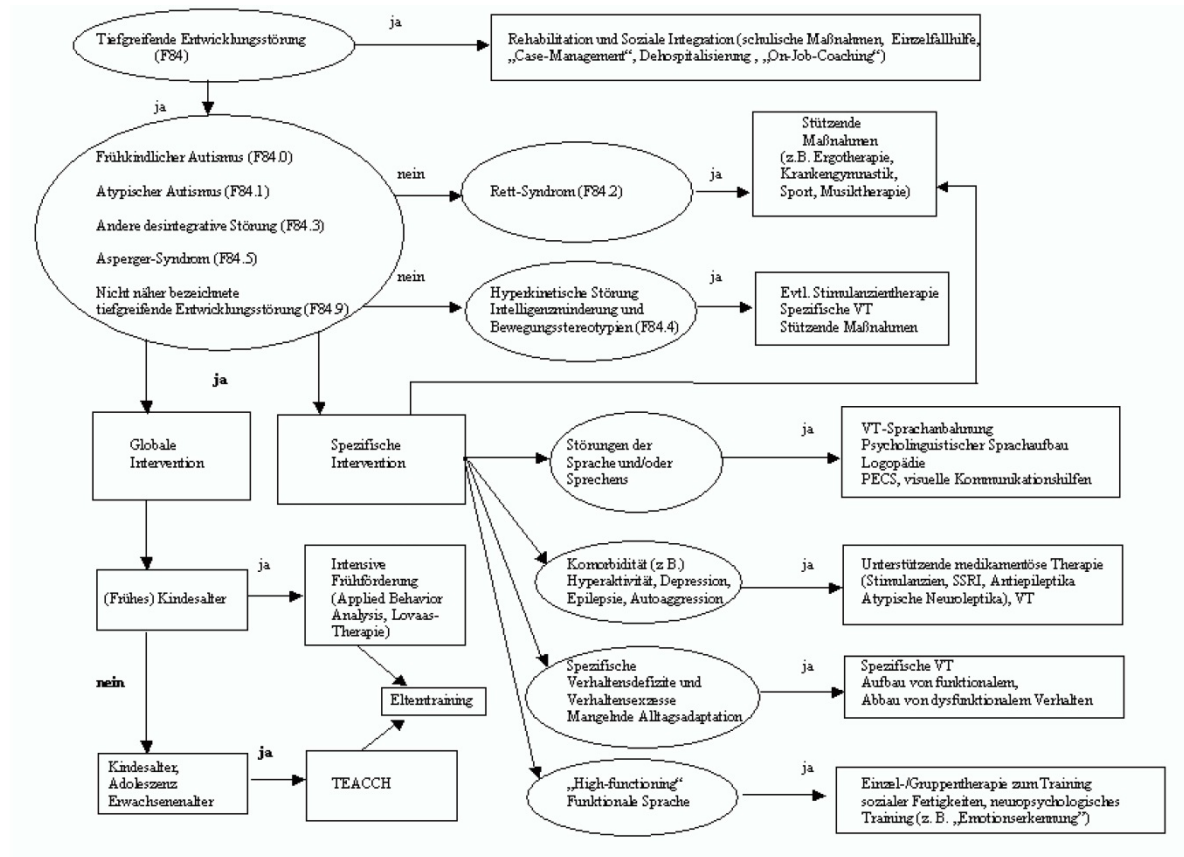


Abbildung 17: DGKJP, Therapeutischer Entscheidungsbaum für tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)

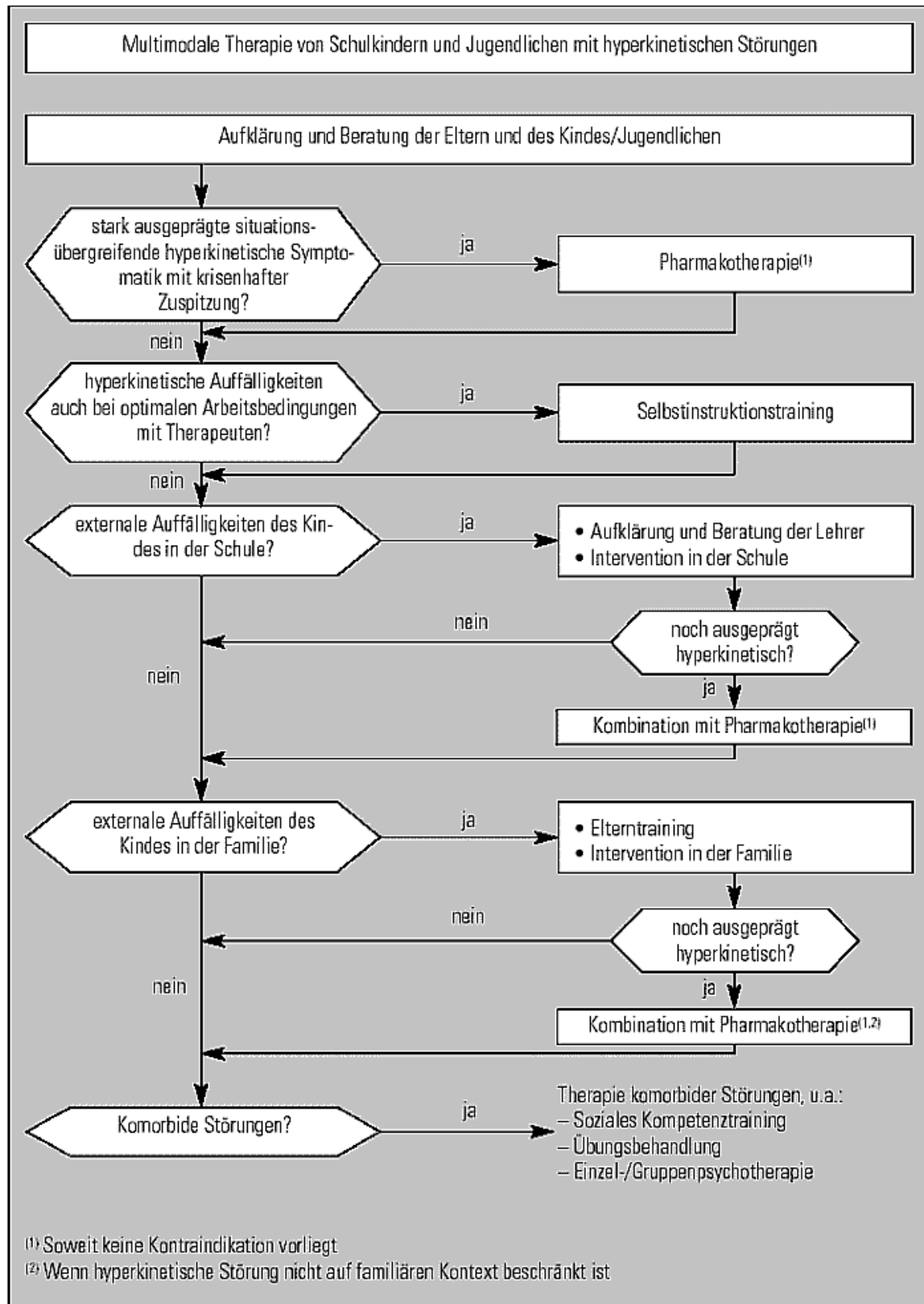


Abbildung 18: DGKJP, Hierarchie des therapeutischen Vorgehens bei hyperkinetischen Störungen (F90)

Anhang 6: Überblick NICE Pathways

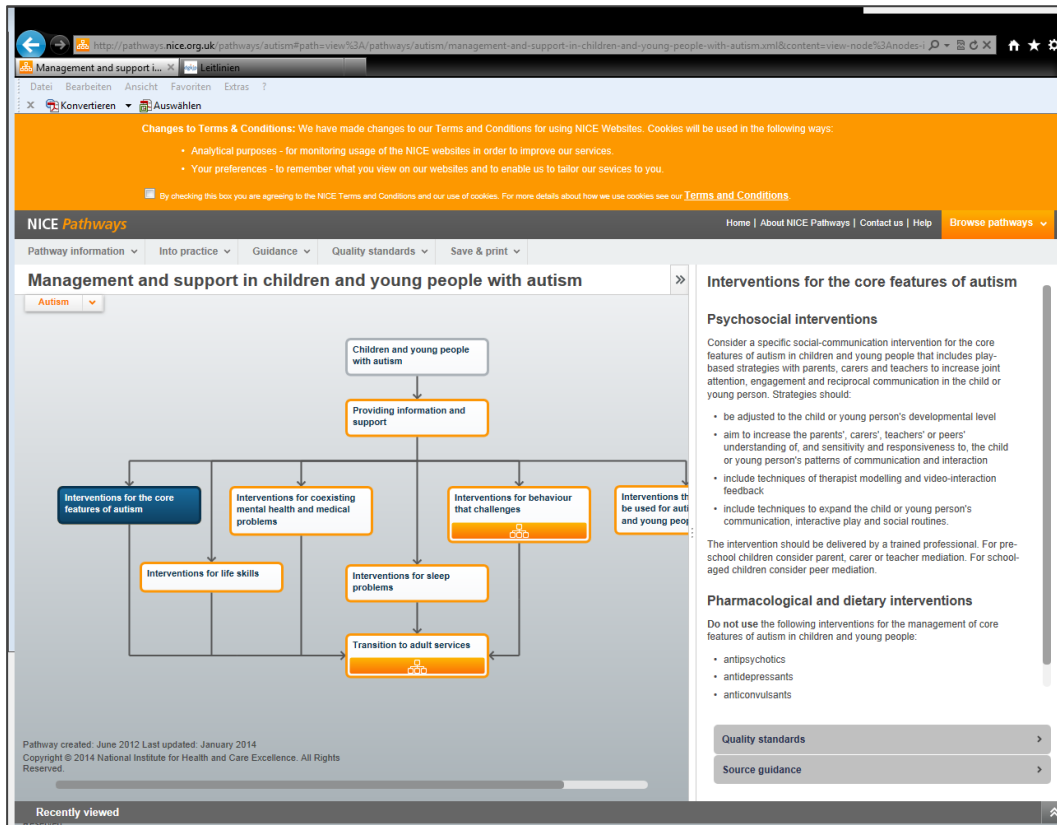
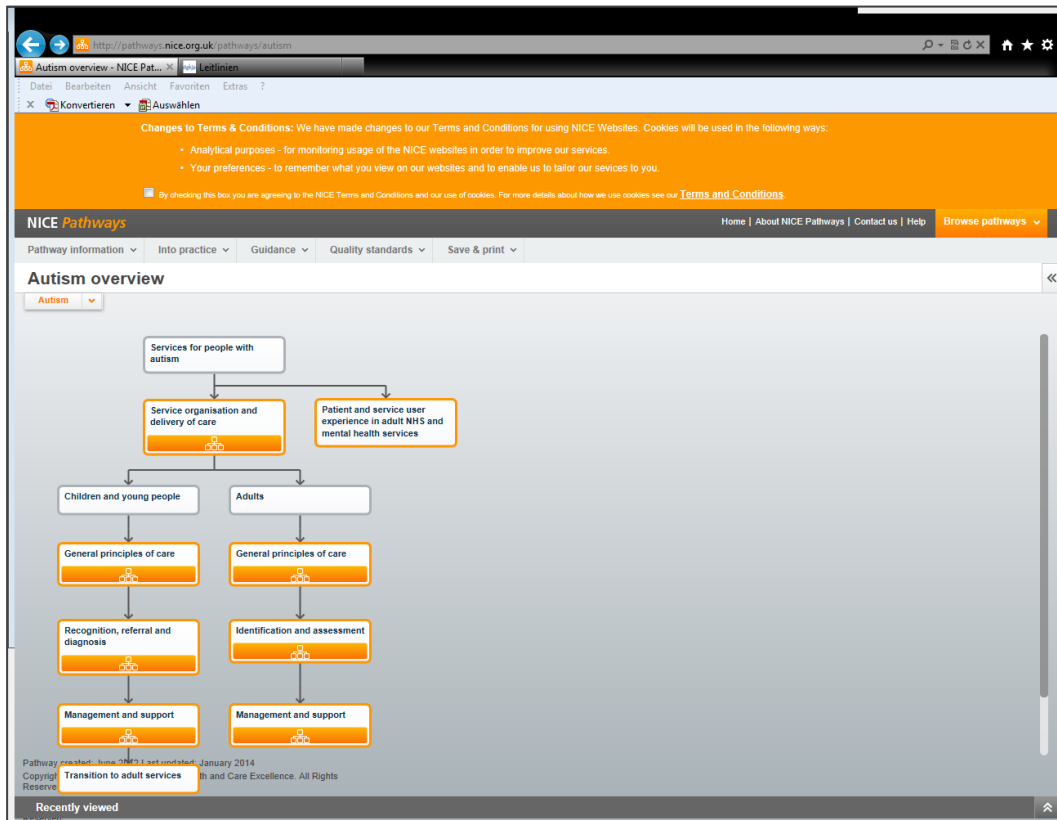


Abbildung 19: NICE Pathway Autismus

Anhang 7: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen bzgl. der Wirksamkeit der Behandlungen

Tabelle 22: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen

Gründe für die Nicht-Selektion	Psychische Störungsgruppe						
	Affekt. Störungen	Angststörung	Zwangsstörung	Persönlichkeitsstörung	Sprachstörung	Autismus	ADHS
Schwerpunkt nicht auf psych. Störung	10 (5%)	22 (16%)	8 (4%)	25 (8%)	91 (63%)	13 (19%)	2 (3%)
Schwerpunkt auf andere Altersgruppen	77 (39%)	52 (37%)	108 (58%)	174 (52%)	4 (3%)	7 (10%)	26 (37%)
Schwerpunkt nicht auf Wirksamkeit	83 (42%)	47 (34%)	58 (31%)	108 (33%)	21 (15%)	37 (53%)	34 (49%)
Mehrfache Publikation einer Studie	1 (1%)	2 (1%)	1 (<1%)	11 (3%)	13 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
Publikation nicht in Dt. oder Engl.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Untersuchung in spezifischen Settings	26 (13%)	13 (9%)	5 (3%)	3 (1%)	10 (7%)	6 (9%)	5 (7%)
Kein Zugriff	1 (1%)	4 (3%)	5 (3%)	11 (3%)	4 (3%)	7 (10%)	3 (4%)
Mehrere Gründe*/anderer Grund**	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
N	198 (101%)	140 (100%)	185 (100%)	332 (100%)	144 (100%)	70 (100%)	71 (100%)
Anmerkungen: De=Deutsch; Engl=Englisch; *Mehrere Gründe angegeben: „Schwerpunkt auf andere Altersgruppe“ und „Schwerpunkt nicht auf Wirksamkeit“; **anderer Grund: Einzelfallstudie; Rundungsfehler beachten							

Anhang 8: Übersicht der geeigneten Publikationen zur Wirksamkeit der Behandlungen

Tabelle 23: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei affektiven Störungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Sharry, John; Davidson, Ruth; McLoughlin, Orla; Doherty, Gavin	A service-based evaluation of a therapist-supported online cognitive behavioral therapy program for depression.	Journal of Medical Internet Research. 15(6):e121, 2013.	
Sheets, Erin S; Wilcoxon Craighead, Linda; Brosse, Alisha L; Hauser, Monika; Madsen, Joshua W; Edward Craighead, W	Prevention of recurrence of major depression among emerging adults by a group cognitive-behavioral/interpersonal intervention.	Journal of Affective Disorders. 147(1-3):425-30, 2013 May.	
Cheung, Amy H; Kozloff, Nicole; Sacks, Diane	Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. [Review]	Current Psychiatry Reports. 15(8):381, 2013 Aug.	R
Nardi, B; Francesconi, G; Catena-Dell'osso, M; Bellantuono, C	Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. [Review]	European Review for Medical & Pharmacological Sciences. 17(11):1546-51, 2013 Jun.	R
Midgley, Nick; Cregeen, Simon; Hughes, Carol; Rustin, Margaret	Psychodynamic psychotherapy as treatment for depression in adolescence.	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 22(1):67-82, 2013 Jan.	
Sung, Kyung Mi	Effects of a school-based intervention program for middle school adolescent girls with depression: as part of the school health services.	Journal of Korean Academy of Nursing. 42(7):984-91, 2012 Dec.	
Ulberg, Randi; Hersoug, Anne Grete; Hoglend, Per	Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy.	Trials [Electronic Resource]. 13:159, 2012.	
Rohde, Paul; Stice, Eric; Gau, Jeff M	Effects of three depression prevention interventions on risk for depressive disorder onset in the context of depression risk factors.	Prevention Science. 13(6):584-93, 2012 Dec.	
Bennett, Lorna Ruth	Adolescent depression: meeting therapeutic challenges through an integrated narrative approach.	Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing. 25(4):184-94, 2012 Nov.	
Groen, Gunter; Petermann, Franz	[Cognitive behavior therapy for depression in children and adolescents - procedure, effects, and developments]. [Review] [German]	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 40(6):373-83; quiz 383-4, 2012 Nov.	R

Fortsetzung Tabelle 23: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei affektiven Störungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Stallard, Paul; Sayal, Kapil; Phillips, Rhiannon; Taylor, John A; Spears, Melissa; Anderson, Rob; Araya, Ricardo; Lewis, Glyn; Millings, Abigail; Montgomery, Alan A	Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial.	BMJ. 345:e6058, 2012.	
Vazquez, Fernando L; Torres, Angela; Blanco, Vanessa; Diaz, Olga; Otero, Patricia; Hermida, Elisabet	Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: a randomized controlled trial.	Journal of Psychiatric Research. 46(11):1456-63, 2012 Nov.	
Clark, Molly S; Jansen, Kate L; Cloy, J Anthony	Treatment of childhood and adolescent depression. [Review]	American Family Physician. 86(5):442-8, 2012 Sep 1.	R
Hoek, Willemijn; Schuurmans, Josien; Koot, Hans M; Cuijpers, Pim	Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial.	PLoS ONE [Electronic Resource]. 7(8):e43485, 2012.	
Niederhofer, Helmut; von Klitzing, Kai	Bright light treatment as mono-therapy of non-seasonal depression for 28 adolescents.	International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 16(3):233-7, 2012 Sep.	
Soeteman, Djora I; Miller, Matthew; Kim, Jane J	Modeling the risks and benefits of depression treatment for children and young adults.	Value in Health. 15(5):724-9, 2012 Jul-Aug.	
Maalouf, Fadi T; Brent, David A	Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well?. [Review]	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 21(2):299-312, viii, 2012 Apr.	R
Eckshtain, Dikla; Gaynor, Scott T	Combining individual cognitive behaviour therapy and caregiver-child sessions for childhood depression: an open trial.	Clinical Child Psychology & Psychiatry. 17(2):266-83, 2012 Apr.	
Merry, Sally N; Stasiak, Karolina; Shepherd, Matthew; Frampton, Chris; Fleming, Theresa; Lucassen, Mathijs F G	The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial.	BMJ. 344:e2598, 2012.	
Francis, Sarah E; Mezo, Peter G; Fung, Stephanie L	Self-control training in children: a review of interventions for anxiety and depression and the role of parental involvement. [Review]	Psychotherapy Research. 22(2):220-38, 2012 Mar.	R
Wallis, Alison; Roeger, Leigh; Milan, Scott; Walmsley, Cathy; Allison, Stephen	Behavioural activation for the treatment of rural adolescents with depression.	Australian Journal of Rural Health. 20(2):95-6, 2012 Apr.	
Wells, Kenneth B; Tang, Lingqi; Carlson, Gabrielle A; Asarnow, Joan Rosenbaum	Treatment of youth depression in primary care under usual practice conditions: observational findings from Youth Partners in Care.	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 22(1):80-90, 2012 Feb.	

Fortsetzung Tabelle 23: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei affektiven Störungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Shamseddeen, Wael; Clarke, Gregory; Keller, Martin B; Wagner, Karen Dineen; Birmaier, Boris; Emslie, Graham J; Ryan, Neal; Asarnow, Joan Rosenbaum; Porta, Giovanna; Brent, David A	Adjunctive sleep medications and depression outcome in the treatment of serotonin-selective reuptake inhibitor resistant depression in adolescents study.	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 22(1):29-36, 2012 Feb.	
Wagner, Karen Dineen; Asarnow, Joan Rosenbaum; Vitiello, Benedetto; Clarke, Gregory; Keller, Martin; Emslie, Graham J; Ryan, Neal; Porta, Giovanna; Iyengar, Satish; Ritz, Louise; Zelanzny, Jamie; Onorato, Matthew; Brent, David	Out of the black box: treatment of resistant depression in adolescents and the antidepressant controversy.	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 22(1):5-10, 2012 Feb.	
Whittaker, Robyn; Merry, Sally; Stasiak, Karolina; McDowell, Heather; Doherty, Iain; Shepherd, Matthew; Dorey, Enid; Parag, Varsha; Ameratunga, Shanthi; Rodgers, Anthony	MEMO--a mobile phone depression prevention intervention for adolescents: development process and postprogram findings on acceptability from a randomized controlled trial.	Journal of Medical Internet Research. 14(1):e13, 2012.	
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 24: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Angststörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Goletz, Hildegard; Yang, Young-Im; Suhr-Dachs, Lydia; Walter, Daniel; Dopfner, Manfred	[Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in childhood anxiety disorders in a university psychiatric outpatient clinic]. [German]	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 41(4):247-59; quiz 259-60, 2013 Jul.	
Reigada, Laura C; Benkov, Keith J; Bruzzese, Jean-Marie; Hoogendoorn, Claire; Szigethy, Eva; Briggie, Alexis; Walder, Deborah J; Warner, Carrie Masia	Integrating illness concerns into cognitive behavioral therapy for children and adolescents with inflammatory bowel disease and co-occurring anxiety.	Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN. 18(2):133-43, 2013 Apr.	
de Souza, Maria Augusta Mansur; Salum, Giovanni A; Jarros, Rafaela Behs; Isolan, Luciano; Davis, Roberta; Knijnik, Daniela; Manfro, Gisele Gus; Heldt, Elizeth	Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders in the community: effectiveness in low and middle income countries.	Behavioural & Cognitive Psychotherapy. 41(3):255-64, 2013 May.	
Britton, Jennifer C; Bar-Haim, Yair; Clementi, Michelle A; Sankin, Lindsey S; Chen, Gang; Shechner, Tomer; Norcross, Maxine A; Spiro, Carolyn N; Lindstrom, Kara M; Pine, Daniel S	Training-associated changes and stability of attention bias in youth: Implications for Attention Bias Modification Treatment for pediatric anxiety.	Developmental Cognitive Neuroscience. 4:52-64, 2013 Apr.	
Hoek, Willemijn; Schuurmans, Josien; Koot, Hans M; Cuijpers, Pim	Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial.	PLoS ONE [Electronic Resource]. 7(8):e43485, 2012.	
Ishikawa, Shin-Ichi; Moto-mura, Naoyasu; Kawabata, Yasuo; Tanaka, Hidetaka; Shimotsu, Sakie; Sato, Yoko; Ollendick, Thomas H	Cognitive behavioural therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: a pilot study.	Behavioural & Cognitive Psychotherapy. 40(3):271-85, 2012 May.	

Fortsetzung Tabelle 24: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Angststörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Reaven, Judy; Blakeley-Smith, Audrey; Culhane-Shelburne, Kathy; Hepburn, Susan	Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial.	Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 53(4):410-9, 2012 Apr.	
Eldar, Sharon; Apter, Alan; Lotan, Daniel; Edgar, Koraly Perez; Naim, Reut; Fox, Nathan A; Pine, Daniel S; Bar-Haim, Yair	Attention bias modification treatment for pediatric anxiety disorders: a randomized controlled trial.	American Journal of Psychiatry. 169(2):213-20, 2012 Feb.	
Bowler, Jennifer O; Mackintosh, Bundy; Dunn, Barnaby D; Mathews, Andrew; Dalgleish, Tim; Hoppitt, Laura	A comparison of cognitive bias modification for interpretation and computerized cognitive behavior therapy: effects on anxiety, depression, attentional control, and interpretive bias.	Journal of Consulting & Clinical Psychology. 80(6):1021-33, 2012 Dec.	
Kienle, Gunver Sophia; Hampton Schwab, Jane; Murphy, John Bernard; Andersson, Peter; Lund, Gunvor; Kiene, Helmut; Hamre, Herald Johan	Eurythmy Therapy in anxiety.	Alternative Therapies in Health & Medicine. 17(4):56-63, 2011 Jul-Aug.	
Bjornsson, Andri S; Bidwell, L Cinnamon; Brosse, Alisha L; Carey, Gregory; Hauser, Monika; Mackiewicz Seghete, Kristen L; Schulz-Heik, R Jay; Weatherley, Donald; Erwin, Brigitte A; Craighead, W Edward	Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: a randomized controlled trial.	Depression & Anxiety. 28(11):1034-42, 2011 Nov.	
Browning, Michael; Grol, Maud; Ly, Verena; Goodwin, Guy M; Holmes, Emily A; Harmer, Catherine J	Using an experimental medicine model to explore combination effects of pharmacological and cognitive interventions for depression and anxiety.	Neuropsychopharmacology. 36(13):2689-97, 2011 Dec.	
Heyne, David; Sauter, Floor M; Van Widenfelt, Brigit M; Vermeiren, Robert; Westenberg, P Michiel	School refusal and anxiety in adolescence: non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy.	Journal of Anxiety Disorders. 25(7):870-8, 2011 Oct.	
Bergamaschi, Mateus M; Queiroz, Regina Helena Costa; Chagas, Marcos Hortes Nisihara; de Oliveira, Danielle Chaves Gomes; De Martinis, Bruno Spinosa; Kapczinski, Flavio; Quevedo, Joao; Roesler, Rafael; Schroder, Nadja; Nardi, Antonio E; Martin-Santos, Rocio; Hallak, Jaime Eduardo Cecilio; Zuardi, Antonio Waldo; Crippa, Jose Alexandre S	Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naive social phobia patients.	Neuropsychopharmacology. 36(6):1219-26, 2011 May.	
Simon, Ellen; Bogels, Susan Maria; Voncken, Jannie Mari-sol	Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study.	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 40(2):204-19, 2011.	
James, Anthony C; James, Georgina; Cowdrey, Felicity A; Soler, Angela; Choke, Aislinn	Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. [Review][Update of Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD004690; PMID: 16235374]	Cochrane Database of Systematic Reviews. 6:CD004690, 2013.	R
Silver, Gabrielle; Shapiro, Theodore; Milrod, Barbara	Treatment of anxiety in children and adolescents: using child and adolescent anxiety psychodynamic psychotherapy.	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 22(1):83-96, 2013 Jan.	R
Herzig-Anderson, Kathleen; Colognori, Daniela; Fox, Jeremy K; Stewart, Catherine E; Masia Warner, Carrie	School-based anxiety treatments for children and adolescents. [Review]	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 21(3):655-68, 2012 Jul.	R

Fortsetzung Tabelle 24: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Angststörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Jablonka, Olga; Sarubbi, Alix; Rapp, Amy M; Albano, Anne Marie	Cognitive behavior therapy for the anxiety triad. [Review]	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 21(3):541-53, 2012 Jul.	R
Strawn, Jeffrey R; Sakolsky, Dara J; Rynn, Moira A	Psychopharmacologic treatment of children and adolescents with anxiety disorders. [Review]	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 21(3):527-39, 2012 Jul.	R
Drake, Kelly L; Ginsburg, Golda S	Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. [Review]	Clinical Child & Family Psychology Review. 15(2):144-62, 2012 Jun.	R
Strawn, Jeffrey R; Wehry, Anna M; DelBello, Melissa P; Rynn, Moira A; Strakowski, Stephen	Establishing the neurobiologic basis of treatment in children and adolescents with generalized anxiety disorder. [Review]	Depression & Anxiety. 29(4):328-39, 2012 Apr.	R
Seligman, Laura D; Ollendick, Thomas H	Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. [Review]	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 20(2):217-38, 2011 Apr.	R

Tabelle 25: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Zwangsstörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
O'Neill, Joseph; Piacentini, John C; Chang, Susanna; Levitt, Jennifer G; Rozenman, Michelle; Bergman, Lindsey; Salamon, Noriko; Alger, Jeffrey R; McCracken, James T	MRSI correlates of cognitive-behavioral therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder.	Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 36(1):161-8, 2012 Jan 10.	
Bolton, Derek; Williams, Tim; Perrin, Sean; Atkinson, Linda; Gallop, Catherine; Waite, Polly; Salkovskis, Paul	Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder.	Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 52(12):1269-78, 2011 Dec.	
Sochting, Ingrid; Third, Betty	Behavioral group treatment for obsessive-compulsive disorder in adolescence: a pilot study.	International Journal of Group Psychotherapy. 61(1):84-97, 2011 Jan.	
O'Leary, Emily Marie McHugh; Barrett, Paula; Fjermestad, Krister W	Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study.	Journal of Anxiety Disorders. 23(7):973-8, 2009 Oct.	
Turner, Cynthia; Heyman, Isobel; Futh, Annabel; Lovell, Karina	A pilot study of telephone cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young people.	Behavioural & Cognitive Psychotherapy. 37(4):469-74, 2009 Jul.	
Bjorgvinsson, Throstur; Wetterneck, Chad T; Powell, Dana M; Chasson, Gregory S; Webb, Sarah A; Hart, John; Heffelfinger, Susan; Azzouz, Renee; Entricht, Terri L; Davidson, Joyce E; Stanley, Melinda A	Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting.	Journal of Psychiatric Practice. 14(3):137-45, 2008 May.	
Geller, Daniel A; Wagner, Karen Dineen; Emslie, Graham; Murphy, Tanya; Carpenter, David J; Wetherhold, Erica; Perera, Phil; Machin, Andrea; Gardiner, Christel	Paroxetine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 43(11):1387-96, 2004 Nov.	
Wagner, Karen Dineen; Cook, Edwin H; Chung, Henry; Messig, Michael	Remission status after long-term sertraline treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder.	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 13 Suppl 1:S53-60, 2003.	

Fortsetzung Tabelle 25: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Zwangsstörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Himle, Joseph A; Fischer, Daniel J; Van Etten, Michelle L; Janeck, Amy S; Hanna, Gregory L	Group behavioral therapy for adolescents with tic-related and non-tic-related obsessive-compulsive disorder.	Depression & Anxiety. 17(2):73-7, 2003.	
McGuire, Joseph F; Lewin, Adam B; Horng, Betty; Murphy, Tanya K; Storch, Eric A	The nature, assessment, and treatment of obsessive-compulsive disorder. [Review]	Postgraduate Medicine. 124(1):152-65, 2012 Jan.	R
Vloet, Timo D; Simons, Michael; Herpertz-Dahlmann, Beate	[Psychotherapeutic and pharmacological treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder]. [Review] [German]	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 40(1):29-39; quiz 39-40, 2012 Jan.	R
Franklin, Martin E; Foa, Edna B	Treatment of obsessive compulsive disorder. [Review]	Annual Review of Clinical Psychology. 7:229-43, 2011.	R
Barrett, Paula M; Farrell, Lara; Pina, Armando A; Peris, Tara S; Piacentini, John	Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. [Review] [108 refs]	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 37(1):131-55, 2008 Jan.	R
Keeley, Mary L; Storch, Eric A; Dhungana, Pritha; Geffken, Gary R	Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. [Review] [80 refs]	Issues in Mental Health Nursing. 28(6):555-74, 2007 Jun.	R
O'Kearney, R T; Anstey, K J; von Sanden, C	Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. [Review] [53 refs]	Cochrane Database of Systematic Reviews. (4):CD004856, 2006.	R
Franklin, Martin E; Sapyta, Jeffrey; Freeman, Jennifer B; Khanna, Muniya; Compton, Scott; Almirall, Daniel; Moore, Phoebe; Choate-Summers, Molly; Garcia, Abbe; Edson, Aubrey L; Foa, Edna B; March, John S	Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial.[Erratum appears in JAMA. 2012 Apr 25;307(16):1694]	JAMA. 306(11):1224-32, 2011 Sep 21.	R

Tabelle 26: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Persönlichkeitsstörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Marcinko, Darko; Bilic, Vedran	Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history.	Psychiatria Danubina. 22(2):257-60, 2010 Jun.	
Apsche, Jack A.; Apsche, Jack; A. , Bass, Christopher K.; Bass, Christopher; K. , Jennings, Jerry L.; Jennings, Jerry; L. , Siv, Alexander M.; Siv, Alexander; M.	A Review and Empirical Comparison of Two Treatments for Adolescent Males with Conduct and Personality Disorder: Mode Deactivation Therapy and Cognitive Behavior Therapy	International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 1, 1, 27-45	
Chanen, Andrew M; Jackson, Henry J; McCutcheon, Louise K; Jovev, Martina; Dudgeon, Paul; Yuen, Hok Pan; Germano, Dominic; Nistico, Helen; McDougall, Emma; Weinstein, Caroline; Clarkson, Verity; McGorry, Patrick D	Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial.[Erratum appears in Br J Psychiatry. 2009 Feb;194(2):191]	British Journal of Psychiatry. 193(6):477-84, 2008 Dec.	
Murphy, Christopher J.; Murphy, Christopher; J. , Siv, Alexander M.; Siv, Alexander; M.	A One Year Study of Mode Deactivation Therapy: Adolescent Residential Patients with Conduct and Personality Disorders	International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 1, 7, 33-40	

Fortsetzung Tabelle 26: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Persönlichkeitsstörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Chanen, Andrew M; McCutcheon, Louise K; Germano, Dominic; Nistico, Helen; Jackson, Henry J; McGorry, Patrick D	The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder.	Journal of Psychiatric Practice. 15(3):163-72, 2009 May.	
Chanen, Andrew M; Jackson, Henry J; McCutcheon, Louise K; Jovev, Martina; Dudgeon, Paul; Yuen, Hok Pan; Germano, Dominic; Nistico, Helen; McDougall, Emma; Weinstein, Caroline; Clarkson, Verity; McGorry, Patrick D	Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual.	Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 43(5):397-408, 2009 May.	
Petras, Hanno; Kellam, Shepard G; Brown, C Hendricks; Muthen, Bengt O; Jalongo, Nicholas S; Poduska, Jeanne M	Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms.	Drug & Alcohol Dependence. 95 Suppl 1:S45-59, 2008 Jun 1.	
Gee, Joanna; Reed, Simon	The HoST programme: A pilot evaluation of modified dialectical behaviour therapy with female offenders diagnosed with borderline personality disorder. [References].	European Journal of Psychotherapy and Counselling. Vol.15(3), Sep 2013, pp. 233-252.	
Renner, Fritz; van Goor, Michiel; Huibers, Marcus; Arntz, Arnoud; Butz, Betty; Bernstein, David	Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. [References].	Behaviour Research and Therapy. Vol.51(8), Aug 2013, pp. 487-492.	
Wockel, Lars; Goth, Kirstin; Matic, Nina; Zepf, Florian Daniel; Holtmann, Martin; Poustka, Fritz	[Psychopharmacotherapy in adolescents with borderline personality disorder in inpatient and outpatient psychiatric treatment]. [German]	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 38(1):37-49, 2010 Jan.	
Golubchik, Pavel; Sever, Jonathan; Zalsman, Gil; Weizman, Abraham	Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial.	International Clinical Psychopharmacology. 23(4):228-31, 2008 Jul.	
Chanen, Andrew M; McCutcheon, Louise	Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence.	British Journal of Psychiatry - Supplementum. 54:s24-9, 2013 Jan.	R
Klein, Dena A; Miller, Alec L	Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. [Review]	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 20(2):205-16, 2011 Apr.	R
Chanen, Andrew M; McCutcheon, Louise K; Jovev, Martina; Jackson, Henry J; McGorry, Patrick D	Prevention and early intervention for borderline personality disorder. [Review] [31 refs]	Medical Journal of Australia. 187(7 Suppl):S18-21, 2007 Oct 1.	R
Schmeck, Klaus	Personality disorders in adolescence: Conceptual issues and treatment approaches. [German]. [References].	Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Vol.57(8-9), 2008, pp. 625-640.	R
Al-Alem, Linah; Omar, Hatim A	Borderline personality disorder: An overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. [References].	International Journal of Adolescent Medicine and Health. Vol.20(4), Oct-Dec 2008, pp. 395-404.	R

Tabelle 27: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Sprachstörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Cummings, Alycia E; Barlow, Jessica A	A comparison of word lexicality in the treatment of speech sound disorders.	Clinical Linguistics & Phonetics. 25(4):265-86, 2011 Apr.	
Ruscello, Dennis M	Nonspeech oral motor treatment issues related to children with developmental speech sound disorders.	Language, Speech & Hearing Services in the Schools. 39(3):380-91, 2008 Jul.	
Carter, Penny; Edwards, Susan	EPG therapy for children with long-standing speech disorders: predictions and outcomes.	Clinical Linguistics & Phonetics. 18(6-8):359-72, 2004 Sep-Dec.	
Law, James; Garrett, Zoe; Nye, Chad	The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis.	Journal of Speech Language & Hearing Research. 47(4):924-43, 2004 Aug.	R
Law, J; Garrett, Z; Nye, C	Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder.	Cochrane Database of Systematic Reviews. (3):CD004110, 2003.	R
Goorhuis-Brouwer, Siena M; Knijff, Wilma A	Language disorders in young children: when is speech therapy recommended?.	International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 67(5):525-9, 2003 May.	
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 28: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Autismus

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Wong, Connie S	A play and joint attention intervention for teachers of young children with autism: a randomized controlled pilot study.	Autism. 17(3):340-57, 2013 May.	R
Ingersoll, Brooke; Walton, Katherine; Carlsen, Danielle Hamlin, Theresa	Social intervention for adolescents with autism and significant intellectual disability: initial efficacy of reciprocal imitation training.	American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities. 118(4):247-61, 2013 Jul.	
Hendren, Robert L	Autism: biomedical complementary treatment approaches.	Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 22(3):443-56, vi, 2013 Jul.	R
O'Haire, Marguerite E	Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: a systematic literature review.	Journal of Autism & Developmental Disorders. 43(7):1606-22, 2013 Jul.	R
Oono, Inalegwu P; Honey, Emma J; McConachie, Helen	Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD).	Cochrane Database of Systematic Reviews. 4:CD009774, 2013.	R
Eapen, Valsamma; Crnec, Rudi; Walter, Amelia	Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting.	BMC Pediatrics. 13(1):3, 2013.	
Goods, Kelly Stickles; Ishijima, Eric; Chang, Ya-Chih; Kasari, Connie	Preschool based JASPER intervention in minimally verbal children with autism: pilot RCT.	Journal of Autism & Developmental Disorders. 43(5):1050-6, 2013 May.	
Casenhiser, Devin M; Shanker, Stuart G; Stieben, Jim	Learning through interaction in children with autism: preliminary data from a social-communication-based intervention.	Autism. 17(2):220-41, 2013 Mar.	
Frye, R E; DeLatorre, R; Taylor, H B; Slaterry, J; Melnyk, S; Chowdhury, N; James, S J	Metabolic effects of sapropterin treatment in autism spectrum disorder: a preliminary study.	Transl Psychiatry Psychiatry. 3:e237, 2013.	
Kouijzer, Mirjam E J; van Schie, Hein T; Gerrits, Berrie J L; Buitelaar, Jan K; de Moor, Jan M H	Is EEG-biofeedback an effective treatment in autism spectrum disorders? A randomized controlled trial.	Applied Psychophysiology & Biofeedback. 38(1):17-28, 2013 Mar.	
Berry, Alessandra; Borgi, Marta; Francia, Nadia; Alleva, Enrico; Cirulli, Francesca	Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: a critical review of the current evidence.	Journal of Alternative & Complementary Medicine. 19(2):73-80, 2013 Feb.	R
Paul, Rhea; Campbell, Daniel; Gilbert, Kimberly; Tsiouri, Ioanna	Comparing spoken language treatments for minimally verbal preschoolers with autism spectrum disorders.	Journal of Autism & Developmental Disorders. 43(2):418-31, 2013 Feb.	
Wilson, Kaitlyn P	Incorporating video modeling into a school-based intervention for students with autism spectrum disorders.	Language, Speech & Hearing Services in the Schools. 44(1):105-17, 2013 Jan.	
Bekele, Esubalew T; Lahiri, Uttama; Swanson, Amy R; Crittendon, Julie A; Warren, Zachary E; Sarkar, Nilanjan	A step towards developing adaptive robot-mediated intervention architecture (ARIA) for children with autism.	IEEE Transactions on Neural Systems & Rehabilitation Engineering. 21(2):289-99, 2013 Mar.	
Lemonnier, E; Degrez, C; Phelep, M; Tyzio, R; Josse, F; Grandgeorge, M; Hadjikhani, N; Ben-Ari, Y	A randomised controlled trial of bumetanide in the treatment of autism in children.	Transl Psychiatry Psychiatry. 2:e202, 2012.	
Minne, Elizabeth Portman; Semrud-Clikeman, Margaret	A social competence intervention for young children with high functioning autism and Asperger syndrome: a pilot study.	Autism. 16(6):586-602, 2012 Nov.	
Vernon, Ty W; Koegel, Robert L; Dauterman, Hayley; Stolen, Kathryn	An early social engagement intervention for young children with autism and their parents.	Journal of Autism & Developmental Disorders. 42(12):2702-17, 2012 Dec.	
Rogers, Sally J; Estes, Annette; Lord, Catherine; Vismara, Laurie; Winter, Jamie; Fitzpatrick, Annette; Guo, Mengye; Dawson, Geraldine	Effects of a brief Early Start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 51(10):1052-65, 2012 Oct.	
Waligorska, Anna; Pisula, Ewa; Waligorski, Michal; Letachowicz, Maciej	AutismPro system in supporting treatment of children with autism in Poland.	Pediatrics International. 54(5):693-700, 2012 Oct.	
Freitag, Christine M; Feineis-Matthews, Sabine; Valerian, Jennifer; Teufel, Karoline; Wilker, Christian	The Frankfurt early intervention program FFIP for preschool aged children with autism spectrum disorder: a pilot study.	Journal of Neural Transmission. 119(9):1011-21, 2012 Sep.	

Fortsetzung Tabelle 28: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei Autismus

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Ingersoll, Brooke	Brief report: effect of a focused imitation intervention on social functioning in children with autism.	Journal of Autism & Developmental Disorders. 42(8):1768-73, 2012 Aug.	
Fung, Lawrence K; Chahal, Lovina; Libove, Robin A; Bivas, Raphael; Hardan, Antonio Y	A retrospective review of the effectiveness of aripiprazole in the treatment of sensory abnormalities in autism.	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 22(3):245-8, 2012 Jun.	
Arnold, L Eugene; Aman, Michael G; Hollway, Jill; Hurt, Elizabeth; Bates, Bethany; Li, Xiaobai; Farmer, Cristan; Anand, Rene; Thompson, Susan; Ramadan, Yaser; Williams, Craig	Placebo-controlled pilot trial of mecamlamine for treatment of autism spectrum disorders.	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 22(3):198-205, 2012 Jun.	
Bent, Stephen; Bertoglio, Kiah; Ashwood, Paul; Nemeth, Edward; Hendren, Robert L	Brief report: Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) in children with autism spectrum disorder: a clinical trial.	Journal of Autism & Developmental Disorders. 42(6):1127-32, 2012 Jun.	
Lawton, Kathy; Kasari, Connie	Teacher-implemented joint attention intervention: pilot randomized controlled study for preschoolers with autism.	Journal of Consulting & Clinical Psychology. 80(4):687-93, 2012 Aug.	
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 29: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei ADHS

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Pfiffner, Linda J; Villodas, Miguel; Kaiser, Nina; Rooney, Mary; McBurnett, Keith	Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD.	School Psychology Quarterly. 28(1):25-36, 2013 Mar.	
Mikami, Amori Yee; Griggs, Marissa Swaim; Lerner, Matthew D; Emeh, Christina C; Reuland, Meg M; Jack, Allison; Anthony, Maria R	A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder.	Journal of Consulting & Clinical Psychology. 81(1):100-12, 2013 Feb.	
Charach, Alice; Carson, Patricia; Fox, Steven; Ali, Muhammad Usman; Beckett, Julianna; Lim, Choon Guan	Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review.	Pediatrics. 131(5):e1584-604, 2013 May.	R
Curtis, David F; Chapman, Stephanie; Dempsey, Jack; Mire, Sarah	Classroom changes in ADHD symptoms following clinic-based behavior therapy.	Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 20(1):114-22, 2013 Mar.	
Sonuga-Barke, Edmund J S; Brandeis, Daniel; Cortese, Samuele; Daley, David; Ferrin, Maite; Holtmann, Martin; Stevenson, Jim; Danckaerts, Marina; van der Oord, Saskia; Dopfner, Manfred; Dittmann, Ralf W; Simonoff, Emily; Zuddas, Alessandro; Banaschewski, Tobias; Buitelaar, Jan; Coghill, David; Hollis, Chris; Konofal, Eric; Lecendreux, Michel; Wong, Ian C K; Sergeant, Joseph; European ADHD Guidelines Group	Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments.	American Journal of Psychiatry. 170(3):275-89, 2013 Mar 1.	R
Webster-Stratton, Carolyn; Reid, M Jamila; Beauchaine, Theodore P	One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD.	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 42(2):251-61, 2013.	
Ghuman, Jaswinder K; Ghuman, Harinder S	Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers : is it justified?.	Paediatric Drugs. 15(1):1-8, 2013 Feb.	

Fortsetzung Tabelle 29: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei ADHS

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Smith, Alan L; Hoza, Betsy; Linnea, Kate; McQuade, Julia D; Tomb, Meghan; Vaughn, Aaron J; Shoulberg, Erin K; Hook, Holly	Pilot physical activity intervention reduces severity of ADHD symptoms in young children.	Journal of Attention Disorders. 17(1):70-82, 2013 Jan.	
Looyeh, Majid Yoosefi; Kamali, Khosrow; Shafieian, Roya	An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms.	Archives of Psychiatric Nursing. 26(5):404-10, 2012 Oct.	
Brossard-Racine, Marie; Shevell, Michael; Snider, Laurie; Belanger, Stacey Ageranioti; Majnemer, Annette	Motor skills of children newly diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder prior to and following treatment with stimulant medication.	Research in Developmental Disabilities. 33(6):2080-7, 2012 Nov-Dec.	
Storebo, Ole Jakob; Gluud, Christian; Winkel, Per; Simonsen, Erik	Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD--the randomised SOSTRA trial.	PLoS ONE [Electronic Resource]. 7(6):e37280, 2012.	
Siniatchkin, Michael; Glatthaar, Nora; von Muller, Gabriele Gerber; Prehn-Kristensen, Alexander; Wolff, Stephan Knochel, Silja; Steinmann, Elisabeth; Sotnikova, Anna; Stephani, Ulrich; Petermann, Franz; Gerber, Wolf-Dieter	Behavioural treatment increases activity in the cognitive neuronal networks in children with attention deficit/hyperactivity disorder.	Brain Topography. 25(3):332-44, 2012 Jul.	
Perera, Hemamali; Jeewandara, Kamal Chandima; Seneviratne, Sudarshi; Guruge, Chandima	Combined 3 and 6 supplementation in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) refractory to methylphenidate treatment: a double-blind, placebo-controlled study.	Journal of Child Neurology. 27(6):747-53, 2012 Jun.	
Storebo, Ole Jakob; Pederesen, Jesper; Skoog, Maria; Thomsen, Per Hove; Winkel, Per; Gluud, Christian; Simonsen, Erik	Randomised social-skills training and parental training plus standard treatment versus standard treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder - the SOSTRA trial protocol.	Trials [Electronic Resource]. 12:18, 2011.	
Li, Shasha; Yu, Bo; Lin, Zhenlang; Jiang, Songhe; He, Jing; Kang, Lin; Li, Wie; Chen, Xiang; Wang, Xiaotong	Randomized-controlled study of treating attention deficit hyperactivity disorder of pre-school children with combined electroacupuncture and behavior therapy.	Complementary Therapies in Medicine. 18(5):175-83, 2010 Oct.	
Katz, M; Levine, A Adar; Kol-Degani, H; Kav-Venaki, L	A compound herbal preparation (CHP) in the treatment of children with ADHD: a randomized controlled trial.	Journal of Attention Disorders. 14(3):281-91, 2010 Nov.	
Sayal, Kapil; Owen, Victoria; White, Kate; Merrell, Christine; Tymms, Peter; Taylor, Eric	Impact of early school-based screening and intervention programs for ADHD on children's outcomes and access to services: follow-up of a school-based trial at age 10 years.	Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 164(5):462-9, 2010 May.	
Young, Susan; Amarasinghe, J Myanthi	Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach.	Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 51(2):116-33, 2010 Feb.	R
Cordier, Reinie; Bundy, Anita; Hocking, Clare; Einfeld, Stewart	A model for play-based intervention for children with ADHD.	Australian Occupational Therapy Journal. 56(5):332-40, 2009 Oct.	
Bledsoe, Jesse; Semrud-Clikeman, Margaret; Pliszka, Steven R	A magnetic resonance imaging study of the cerebellar vermis in chronically treated and treatment-naive children with attention-deficit/hyperactivity disorder combined type.	Biological Psychiatry. 65(7):620-4, 2009 Apr 1.	
Snyder, Andrew M; Maruff, Paul; Pietrzak, Robert H; Cromer, Jennifer R; Snyder, Peter J	Effect of treatment with stimulant medication on nonverbal executive function and visuomotor speed in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).	Child Neuropsychology. 14(3):211-26, 2008 May.	

Fortsetzung Tabelle 29: Übersicht der geeigneten Studien zur Wirksamkeit der Behandlungen bei ADHS

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Abikoff, Howard B; Vitiello, Benedetto; Riddle, Mark A; Cunningham, Charles; Greenhill, Laurence L; Swanson, James M; Chuang, Shirley Z; Davies, Mark; Kastelic, Elizabeth; Wigal, Sharon B; Evans, Lori; Ghuman, Jaswinder K; Kollins, Scott H; McCracken, James T; McGough, James J; Murray, Desiree W; Posner, Kelly; Skrobala, Anne M; Wigal, Tim	Methylphenidate effects on functional outcomes in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS).	Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 17(5):581-92, 2007 Oct.	
Akhondzadeh, Shahin; Tavakolian, Reza; Davari-Ashtiani, Rozita; Arabgol, Fariba; Amini, Homayoun	Selegiline in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomized trial.	Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 27(5):841-5, 2003 Aug.	
Jones, K; Daley, D; Hutchings, J; Bywater, T; Eames, C	Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up.	Child: Care, Health & Development. 34(3):380-90, 2008 May.	
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Anhang 9: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen bzgl. Früherkennung und -intervention

Tabelle 30: Gründe für die Nicht-Selektion der Publikationen

Gründe für die Nicht-Selektion	Psychische Störungsgruppe						
	Affekt. Störungen	Angst- störung	Zwangs- störung	Persön- lichkeitsstö- rung	Sprach- störung	Autismus	ADHS
Schwerpunkt nicht auf psy. Störung	3 (16%)	4 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (73%)	0 (0%)	0 (0%)
Schwerpunkt nicht auf Früherkennung/- intervention	9 (50%)	1 (8%)	2 (100%)	3 (75%)	0 (0%)	13 (65%)	2 (67%)
Mehrfache Publikation einer Studie	0 (0%)	5 (42%)	0 (0%)–	1 (25%)	0 (0%)	2 (10%)	1 (33%)
Publikation nicht auf De. oder Engl.	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)–	0 (0%)	4 (18%)	0 (0%)	0 (0%)
Untersuchung in spezifischen Settings	6 (33%)	1 (8%)	0 (0%)–	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Kein Zugriff	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)–	0 (0%)	2 (9%)	5 (25%)	0 (0%)
N	18 (100%)	12 (99%)	2 (100%)	4 (100%)	22 (100%)	15 (100%)	3 (100%)

Anmerkungen: De=Deutsch; Engl=Englisch; Rundungsfehler beachten

Anhang 10: Übersicht der geeigneten Publikationen zu Früherkennung und -intervention

Tabelle 31: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei affektiven Störungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Luby, J; Lenze S; Tillman, R	A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial.	Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 53(3):313-22, 2012 Mar.	
Calear, AL; Christensen, H	Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression.	Journal of Adolescence. 33(3):429-38, 2010 Jun.	R
Merry, SN	Prevention and early intervention for depression in young people--a practical possibility?.	Current Opinion in Psychiatry. 20(4):325-9, 2007 Jul.	R
Neil, AL; Christensen, H	Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review.	Medical Journal of Australia. 186(6):305-8, 2007 Mar 19.	R
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 32: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei Angststörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Pina, AA; Zerr, AA; Villalta, IK; Gonzales, NA	Indicated prevention and early intervention for childhood anxiety: a randomized trial with Caucasian and Hispanic/Latino youth.	Journal of Consulting & Clinical Psychology. 80(5):940-6, 2012 Oct.	
Hudson, JL; Dodd, HF	Informing early intervention: preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood.	PLoS ONE [Electronic Resource]. 7(8):e42359, 2012.	
Hunt, C; Andrews, G; Crino, R; Erskine, A; Sakashita, C	Randomized controlled trial of an early intervention programme for adolescent anxiety disorders.	Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 43(4):300-4, 2009 Apr.	
Mifsud, C; Rapee, RM	Early intervention for childhood anxiety in a school setting: outcomes for an economically disadvantaged population.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 44(10):996-1004, 2005 Oct.	
Rapee, RM; Kennedy, S; Ingram, M; Edwards, S; Sweeney, L	Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children.	Journal of Consulting & Clinical Psychology. 73(3):488-97, 2005 Jun.	
Stallard, P	Review: school based prevention and early intervention programmes reduce anxiety.	Evidence-Based Mental Health. 12(4):116, 2009 Nov.	R
Neil, AL; Christensen, H	Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety.	Clinical Psychology Review. 29(3):208-15, 2009 Apr.	
Neil, AL; Christensen, H	Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review.	Medical Journal of Australia. 186(6):305-8, 2007 Mar 19.	R
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 33: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention Persönlichkeitsstörungen

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Chanen, AM; McCutcheon, LK; Germano, D; Nistico, H; Jackson, HJ; McGorry, PD	The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder.	Journal of Psychiatric Practice. 15(3):163-72, 2009 May.	
Chanen, AM; Jackson, HJ; McCutcheon, LK; Jovev, M; Dudgeon, P; Yuen, HP; Germano, D; Nistico, H; McDougall, E; Weinstein, C; Clark-son, V; McGorry, PD	Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual.	Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 43(5):397-408, 2009 May.	
Chanen, AM; McCutcheon, L	Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence.	British Journal of Psychiatry - Supplementum. 54:s24-9, 2013 Jan.	
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 34: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei Autismus

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Weinmann, S; Schwarzbach, C; Begemann, M; Roll, S; Vauth, C; Willich, SN; Greiner, W	Behavioural and skill-based early interventions in children with autism spectrum disorders.	GMS Health Technology Assessment. 5:Doc10, 2009.	R
Oono, IP; Honey, EJ; McConachie, H	Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD).	Cochrane Database of Systematic Reviews. 4:CD009774, 2013.	R
McConachie, H; Diggle, T	Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review.	Journal of Evaluation in Clinical Practice. 13(1):120-9, 2007 Feb.	R
Dunst, CJ; Trivette, CM; Hamby, DW	Meta-analysis of studies incorporating the interests of young children with autism spectrum disorders into early intervention practices.	Autism Research & Treatment Print. 2012:462531, 2012.	R
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

Tabelle 35: Übersicht der geeigneten Studien zu Früherkennung und -intervention bei ADHS

Autoren	Titel	Zeitschrift	R
Gleason, MM	Finding the tools for effective early intervention for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 52(3):228-30, 2013 Mar.	
Sonuga-Barke, EJ; Halperin JM	Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?	Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 51(4):368-89, 2010 Apr.	R
Jones, K; Daley, D; Hutchings, J; Bywater, T; Eames, C	Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD.	Child: Care, Health & Development. 33(6):749-56, 2007 Nov.	
Anmerkungen: Die mit „R“ bezeichneten Publikationen sind Reviews. Die Publikationen ohne Bezeichnung sind Einzelstudien.			

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>