

Psychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - Ein Überblick

[Psychological diagnostics in children and adolescents with obesity - An overview]

Schäfer, L., Brauhardt, A. & Hilbert, A.

Dieser Artikel ist nicht genau identisch mit dem Original, das in Kinder- und Jugendmedizin veröffentlicht wurde.

Die bearbeitete und veröffentlichte Version von Psychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist online unter

<http://www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/kinder-und-jugendmedizin/inhalt/archiv/issue/2243/manuscript/24755/show.html> zu finden.

Universitätsmedizin Leipzig, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum
AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

KORRESPONDENZ:

Dipl.-Psych. Lisa Schäfer; Universitätsmedizin Leipzig, Integriertes Forschungs- und
Behandlungszentrum AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und Medizinische
Soziologie; Philipp-Rosenthal-Straße 27, 04103 Leipzig.

Tel.: +493419715364; Fax: +493419715359; Email: lisa.schafer@medizin.uni-leipzig.de

Manuskriptumfang

Abstract (dt./engl.): 1117/1120 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Text: 13646 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

ZUSAMMENFASSUNG

Die Adipositas im Kindes- und Jugendalter geht mit einem erhöhten Risiko für psychische Komorbiditäten sowie psychosoziale Folgeprobleme einher, die den Verlauf und Erfolg einer Gewichtsreduktionsbehandlung beeinflussen können. Untersuchungen zeigen, dass vor allem Essprobleme und Essstörungen sowie affektive, Angst- und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen mit der Adipositas assoziiert sind. Hinzu kommen psychosoziale Folgen wie gewichtsbezogene Stigmatisierung, negativer Selbstwert, erhöhte Körperunzufriedenheit und verringerte Lebensqualität. Darüber hinaus wurde ein Einfluss restriktiver Ernährungspraktiken auf die Adipositas beschrieben. Deshalb erscheint es ratsam, im Rahmen der Adipositastherapie eine umfassende psychologische Diagnostik durchzuführen. Um diese zu gewährleisten, wurden in einem Überblick wichtige und bewährte deutsche psychodiagnostische Instrumente dargestellt. Untersuchungen belegen dabei deren psychometrische Güte und legen Vergleichswerte vor. Eine Anwendung dieser Verfahren kann einer optimalen Therapieplanung sowie der Verlaufskontrolle dienen.

Schlüsselwörter: Adipositas, Psychologische Diagnostik, Kinder, Jugendliche

ABSTRACT

Obesity in childhood and adolescence is accompanied by a greater risk of psychiatric co-morbidities and psychosocial consequences, which influence the course and outcome of weight reduction treatments. Investigations show that especially eating problems and eating disorders, as well as affective, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorders are associated with obesity. In addition, psychosocial consequences, including weight-related teasing, lower self-esteem, increased body dissatisfaction, and lower quality of life have been reported. Furthermore, an influence of restrictive feeding practices on obesity has been described. Therefore, it appears advisable to conduct comprehensive psychological diagnostics within the scope of obesity treatment. To make this possible, the most important and well-established German psychological diagnostic instruments have been presented in an overview. Investigations have verified their psychometric quality and provided reference values. The use of these procedures will enable an optimal therapy planning, as well as the evaluation of obesity treatments.

Key words: Obesity, Psychological diagnostics, Children, Adolescents

EINLEITUNG

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen hat in den letzten Jahren weltweit deutlich zugenommen (1). Neben einem erhöhten Risiko für das Auftreten körperlicher Erkrankungen gehen Übergewicht und Adipositas mit psychischer Komorbidität und psychosozialen Folgen einher (2). Da diese den Leidensdruck erhöhen und den Erfolg einer Gewichtsreduktion und -stabilisierung beeinflussen können, sollte eine umfangreiche psychologische Diagnostik durchgeführt werden.

Im Kindes- und Jugendalter erfolgt die Definition von Übergewicht und Adipositas anhand von geschlechtsspezifischen Altersperzentilen für den Body-Mass-Index (BMI, kg/m^2). Bei einem BMI-Wert oberhalb des 90. Perzentils liegt Übergewicht vor, beim Überschreiten des 97. Perzentils eine Adipositas (3). In Deutschland sind derzeit 15.0% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen übergewichtig, davon sind 6.3% adipös (4).

Die Adipositas geht bereits im Jugendalter mit körperlichen Krankheiten wie z. B. Typ-2-Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie und Arthrose einher (5). Darüber hinaus treten schwerwiegende psychische Komorbiditäten und psychosoziale Folgen auf. Untersuchungen belegen erhöhte Prävalenzen von Essstörungssymptomen und von essstörungsspezifischer Psychopathologie wie Figur- und Gewichtssorgen bei adipösen Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (6). Zum gehäuften Auftreten der allgemeinen Psychopathologie bei Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu normalgewichtigen Kontrollen ist die Befundlage weniger eindeutig. So berichten Studien, dass behandlungssuchende adipöse Kinder und Jugendliche häufiger an Depression, Angststörungen, und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen leiden, während sich keine Häufung bei nicht-behandlungssuchenden adipösen Kindern und Jugendlichen zeigt (7-10).

Neben den psychischen Komorbiditäten berichten adipöse Kinder und Jugendliche von psychosozialen Beeinträchtigungen wie gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung, welche mit einem geringeren Selbstwert, einem negativen Körperbild und einer verminderten Lebensqualität korrelieren (2, 11). Des Weiteren finden sich Veränderungen in elterlichen Steuerungsstrategien in der Essenssituation im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern und Jugendlichen, welche ebenfalls den Erfolg einer Gewichtsreduktion beeinflussen können. Insbesondere restriktive Ernährungspraktiken (d.h. eine Reglementierung von Nahrungsmitteln) sind mit einem erhöhten BMI des Kindes assoziiert und können sowohl als Risikofaktor für die Adipositas des Kindes als auch als Reaktion der Eltern auf sie verstanden werden (12).

Ziel dieses Artikels ist es, einen Überblick über etablierte deutschsprachige diagnostische Verfahren zur Erfassung der Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas zu geben. Grundlage für die Auswahl waren dabei verfügbare psychometrische Evaluationen sowie das Vorliegen von Vergleichswerten aus klinischen Stichproben und/oder der Allgemeinbevölkerung.

PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK

Eine umfangreiche psychologische Diagnostik sollte entsprechend der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter drei Ziele verfolgen (3). Diese umfassen (a) die Prüfung, ob eine psychische Grunderkrankung vorliegt, welche gegen eine primäre Therapie der Adipositas spricht, (b) die Erhebung von Informationen über psychologische, psychosoziale und Verhaltensaspekte, die für die Einleitung und Steuerung des Therapieverlaufes wesentlich sind und (c) die Evaluation von Behandlungseffekten.

Generell erfolgt die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage einer Exploration mit dem Kind bzw. Jugendlichen, mit den Erziehungspersonen sowie weiteren wichtigen Bezugspersonen (13). Neben dem anamnestischen Gespräch können strukturierte klinische Interviews zum Einsatz kommen, welche den Vorteil erhöhter Reliabilität und Validität bieten und eine Diagnosestellung nach den Kriterien der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; 14) oder des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV bzw. DSM-5; 15) erlauben. Weitere Informationen können aus Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen gewonnen werden, die mit einem geringeren zeitlichen und personellen Aufwand verbunden sind und im Vergleich zu Interviews weniger intrusiv leidvolle und schambesetzte Themen erfassen (16). Die Beurteilung der psychischen Auffälligkeiten durch Bezugspersonen kann zudem wichtige Zusatzinformationen liefern, die der Betroffene selbst nicht wahrnehmen kann oder will. Gerade bei jüngeren Kindern, die sich nicht ausreichend verständigen können, sind Elterninterviews und Fremdbeurteilungsfragebögen obligat. Weitere mögliche diagnostische Hilfsmittel umfassen den Einsatz von strukturierten Ernährungs- und Bewegungsprotokollen sowie die Verhaltensbeobachtung durch den Untersucher während der psychologischen Diagnostik.

Diagnostik von Essstörungen und essstörungsspezifischer Psychopathologie

Zahlreiche Untersuchungen belegen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ein gehäuftes Auftreten von Essanfällen, bei denen eine übermäßig große Nahrungsmenge mit

dem Gefühl eines Kontrollverlustes beim Essen aufgenommen wird. Bei wiederkehrendem Auftreten von Essanfällen wird von einer Binge Eating-Störung (BES) gesprochen. Im Gegensatz zur Bulimia Nervosa bleiben bei der BES regelmäßige kompensatorische Verhaltensweisen nach einem Essanfall aus (17). Da nicht die gegessene Nahrungsmenge, sondern das Gefühl eines Kontrollverlustes beim Essen (engl. Loss of Control [LOC] Eating) mit einer erhöhten Psychopathologie sowie einem erhöhten BMI und Körperfettanteil im Kindes- und Jugendalter assoziiert ist (18), ist dem Kontrollverlust in der Essenssituation bei Kindern psychologisch eine größere Bedeutung zuzumessen als der tatsächlich gegessenen Nahrungsmenge. Die wichtigsten diagnostischen Verfahren zur Erhebung der Essstörungspathologie bei Kindern und Jugendlichen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Einen ersten Überblick über etwaige Essprobleme verschafft der Selbstberichtsfragebogen SCOFF (6). Aufgrund seiner schnellen und einfachen Anwendung sowie Auswertung hat sich der SCOFF als nützliches Screeninginstrument bewährt. Allerdings werden Essanfälle ohne kompensatorische Maßnahmen, wie sie bei Adipositas charakteristisch sind, nicht spezifisch und verhaltensbasiert erfasst. Einschränkend ist zudem auf eine Überschätzung der Essprobleme durch einen geringen Schwellenwert hinzuweisen (19). Bei mindestens zwei bejahten SCOFF-Fragen sollte ein ausführliches strukturiertes Experteninterview wie die deutschsprachigen Versionen des Eating Disorder Examination für Kinder (ChEDE; 20) und des Eating Disorder Examination, das für Jugendliche und Erwachsene geeignet ist (EDE; 21), erfolgen. Das weltweit etablierte (Ch)EDE erlaubt neben der Erfassung von Essstörungssymptomen und der spezifischen Psychopathologie, wie z. B. Figur- und Gewichtssorgen, eine Diagnosestellung für Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und die BES.

Zur Erfassung der essstörungsspezifischen Psychopathologie mittels Selbstbeurteilungsverfahren empfiehlt sich der auf dem jeweiligen Experteninterview basierende, etablierte Eating Disorder Examination-Questionnaire für Kinder (ChEDE-Q; 16) bzw. für Jugendliche und Erwachsene (EDE-Q; 22). Beide Fragebögen haben sich als valide und nützliche Instrumente bewährt und bilden Änderungen bei der Verlaufs- und Erfolgsmessung therapeutischer und präventiver Maßnahmen sensitiv ab. Zu beachten ist hierbei, dass Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Expertenurteil dazu neigen, ihr Essverhalten im Selbstbericht als klinisch auffälliger darzustellen (24). Einschränkungen in der Reliabilität des (Ch)EDE-Q weisen zudem auf Verständnisprobleme gerade bei komplexen Essstörungsmerkmalen hin. Neben dem (Ch)EDE-Q stellen der Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K; 25) sowie der Fragebogen zum Essverhalten

bei Jugendlichen und Erwachsenen (DEBQ bzw. FEV-II; 26) weitere Selbstbeurteilungsverfahren dar, welche problematisches Essverhalten erfassen.

Diagnostik anderer psychischer Störungen und der allgemeinen Psychopathologie

Da die psychische Befindlichkeit das Ess- und Bewegungsverhalten beeinflusst und die Adipositas ein erhöhtes Risiko komorbider psychischer Beeinträchtigungen mit sich bringt, sind in Tabelle 2 die wichtigsten diagnostischen Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie zusammengefasst. Als Screeningverfahren eignet sich der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; 27) als Selbst- und Fremdbbericht.

Bei auffälligem Screening empfiehlt sich im Anschluss eine Differentialdiagnostik mit dem Diagnostischen Interview bei Psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; 28). Das Kinder-DIPS erfasst die häufigsten psychischen Störungsbilder dieses Altersbereichs und ermöglicht eine Diagnosestellung nach ICD-10 und DSM-IV. Bei Kindern unter acht Jahren sollte die Fremdbeurteilungsversion mit einer Erziehungsperson durchgeführt werden, um eine vollständige Erfassung der Symptome zu ermöglichen

Weitere Informationen zur allgemeinen Psychopathologie können aus Selbst- und Fremdbberichtsskalen gewonnen werden. Die deutschen Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist (CBCL; 29) erfassen internale (z. B. sozialer Rückzug, Ängstlichkeit, Depressivität) und externale Verhaltensauffälligkeiten (z. B. dissoziales und aggressives Verhalten, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen) und sind als Eltern-, Lehrer- und Jugendlichen-Selbstberichtsform erhältlich, was wiederum einen Vergleich in der Wahrnehmung der Auffälligkeiten erlaubt. So zeigte sich, dass internale Probleme besser durch den Betroffenen selbst berichtet werden, während externale Auffälligkeiten auch durch das Umfeld erfasst werden können (30).

Erfassung weiterer Verhaltensaspekte

Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind in erhöhtem Maße gewichtsbezogener Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt, welche wiederum mit einem reduzierten Selbstwert, einer erhöhten Körperunzufriedenheit und einer verminderten Lebensqualität assoziiert werden (2). Daher ist für eine individuelle Therapieplanung sowie für die Evaluation des Behandlungserfolgs bei adipösen Kindern und Jugendlichen wichtig, das Ausmaß der Beeinträchtigungen in diesen Bereichen zu Beginn und im Verlauf der Behandlung zu erheben. Geeignete standardisierte Verfahren werden in Tabelle 3 zusammengefasst.

Die Häufigkeit und die Belastung durch gewichtsbezogene Stigmatisierung können mit der Perception of Teasing Scale (POTS; 31) erhoben werden. Zur Beurteilung der Körperzufriedenheit bieten sich die Körperbildsilhouetten zum Selbst- und Idealbild von Stunkard et al. (Figure Rating Scale; 32) an, welche sich aufgrund ihrer einfachen Anwendung und Auswertung als nützliches Instrument international bewährt haben. Informationen zu Problemen mit dem eigenen Körperbild können ebenfalls mittels mehrdimensionaler Essstörungsinstrumente (ChEDE/-Q bzw. EDE/-Q; 16, 20-22) gewonnen werden. Zur Erfassung der Lebensqualität haben sich sowohl der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (KINDL; 34) als auch das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; 35) bewährt. Der Selbstwert kann mit der Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS; 36) erfasst werden. Alle Instrumente bilden dabei die Sicht des Kindes bzw. Jugendlichen ab und sind einfach anzuwenden und auszuwerten. Da die Betreuungspersonen das kindliche Essverhalten maßgeblich beeinflussen, sollten relevante elterliche Steuerungsstrategien wie restriktive Ernährungspraktiken ebenfalls erfasst werden. Hierzu eignet sich der international verfügbare Child Feeding Questionnaire (CFQ; 37). Als Modifikation des CFQ stellt das Instrument zur Erfassung der elterlichen Steuerungsstrategien in der Essenssituation (ISS; 38) ein weiteres Verfahren dar, welches im Vergleich zum CFQ belohnendes Verhalten von rein kontrollierenden bzw. einschränkenden Steuerungsstrategien klarer trennt und zusätzlich die Eigenverantwortung des Kindes sowie die elterliche Vorbildfunktion erfasst.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Bisher kann nicht abschließend geklärt werden, ob psychische Auffälligkeiten bei adipösen Kindern und Jugendlichen Auslöser oder Folge der Adipositas sind. Jedoch können psychische Störungen (z. B. Essstörungen, Depression) sowie psychosoziale Folgen der Adipositas (z. B. Körperunzufriedenheit, geringer Selbstwert) den Erfolg einer Gewichtsreduktion beeinflussen und sollten daher in der Diagnostik berücksichtigt werden. Zeigen sich auffällige Werte in Screenings oder bestehen anamnestisch Hinweise auf erhöhte Psychopathologie, empfiehlt sich eine ausführliche psychologische Diagnostik mittels Experteninterview, das von einer geschulten psychologischen Fachkraft durchgeführt werden sollte. Darüber hinaus stehen eine Reihe von evaluierten, deutschsprachigen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen zur Verfügung, die Problembereiche adipöser Kinder und Jugendlicher aufdecken und eine individuelle Therapieplanung sowie Evaluation der

Adipositas therapie ermöglichen. Bei der Vorgabe von Selbstbeurteilungsskalen muss jedoch berücksichtigt werden, dass gerade jüngere Kinder Probleme beim Verstehen komplexer Fragen zeigen. Eine ausführliche Anleitung sowie die Kombination von Selbst- und Fremdbewertung durch Erziehungspersonen sind daher von zentraler Bedeutung, um valide Informationen zu erhalten.

INTERESSENKONFLIKT

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit bestehen.

FÖRDERUNG

Die vorliegende Arbeit wurde öffentlich gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF; FKZ 01EO1001).

LITERATUR

1. World Health Organization [Homepage]. Childhood overweight and obesity [zitiert am 02.02.2015]. Online unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
2. Hartmann AS, Hilbert A. Psychosoziale Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Strategien zu deren Behandlung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2013;56:532-538.
3. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [Homepage]. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2012 [zitiert am 09.02.2015]. Online unter: http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf
4. Kurth BM, Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007;50:736-743.
5. Holub M, Götz M. Ursachen und Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd 2003;151:227-236.
6. Hölling H, Schlack R. Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Erste Ergebnisse aus dem Kindes- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007;50:794-799.
7. Herpertz-Dahlmann B. Verhaltensauffälligkeiten, psychiatrische Komorbidität und Essstörungen. In: Wabitsch M, Hebebrand J, Kies W, Zwiauer K (Hrsg). Adipositas bei Kindern & Jugendlichen: Grundlagen und Klinik. Berlin: Springer 2005;224-233.
8. Eschenbeck H, Kohlmann CW, Dudev S, Schürholz T. Physician-diagnosed obesity in German 6- to 14-years-olds. Prevalence and comorbidity of internalising disorders, externalising disorders and sleep disorders. Obes Facts 2009;2:67-73.
9. Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological co-morbidities. Clin Ther 2013;35:A18-A32.
10. Erhart M, Herpertz-Dahlmann B, Wille N et al. Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2012;21:39-49.
11. Ravens-Sieberer U. Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. In: Wabitsch M, Hebebrand J, Kies W, Zwiauer K (Hrsg.). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik. Berlin: Springer 2005;240-246.
12. Jansen PW, Tharner A, van der Ende J et al. Feeding practices and child weight: is the association bidirectional in preschool children? Am J Clin Nutr 2014;100:1329-1336.

13. Döpfner M, Petermann F. Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2012.
14. World Health Organization [Homepage]. Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2013. Online unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm>
15. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe 2003.
16. Hilbert A, Hartmann AS, Czaja J. Child Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Version des Essstörungsfragebogen für Kinder. *Klin Diagn Eval* 2008;447-463.
17. Hilbert A, Schmidt R, Tetzlaff A. Binge-Eating Störung. In: Lauth GW, Linderkamp F (Hrsg.). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz; im Druck.
18. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB; Olsen C et al. A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *J Abnorm Psychol* 2011;120:108-118.
19. Berger U, Wick K, Hölling H et al. Screening riskanten Essverhaltens bei 12-jährigen Mädchen und Jungen: psychometrischer Vergleich der deutschsprachigen Versionen von SCOFF und EAT-26. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011;61:311-318.
20. Hilbert A, Buerger A, Hartmann AS et al. Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination Adapted for Children. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21:330-339.
21. Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Ohms M. Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungsinterviews. *Diagnostica* 2004;50:98-106.
22. Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Karwautz A et al. Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. *Diagnostica* 2007;53:144-154.
23. Hilbert A, de Zwaan M, Braehler E. How frequent are eating disturbances in the population? Norms of the eating disorder examination-questionnaire. *PLoS ONE* 2012;7:e29125.
24. Decaluwé V, Braet C. Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behav Res Ther* 2004;42:799-811.
25. Franzen S, Florin I. Der Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K) – Ein Fragebogen zur Erfassung gezügelten Essverhaltens. *Kindhe Entwicklung* 1997;6:116-122.

26. Grunert SC. Ein Inventar zur Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica* 1989;35:167-179.
27. Klasen H, Woerner W, Rothenberger A et al. Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2003;7:491-502.
28. Schneider S, Unnewehr S, Margraf J. Kinder-DIPS für DSM-IV-TR: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2. überarb. Aufl. Heidelberg: Springer 2009.
29. Döpfner M, Plücker J, Kinnen C et al. Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Göttingen: Hogrefe 2014.
30. Karver, MS. Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behaviour. *J Abn Child Psych* 2006;34:251-262.
31. Losekam S, Kraeling S, Goetzky B et al. Evaluation of the German Version of the Perception of Teasing Scale (POTS). In Vorbereitung.
32. Stunkard A, Sorenson T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In Kety S, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW (Eds.). *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. New York: Raven Press 1983;115-120.
33. Gardner RM, Brown DL. Body image assessment: a review of figural drawing scales. *Pers Individ Dif* 2010;48:107-111.
34. Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstrichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2007;50:810-818.
35. Matzejat F, Simon B, König U et al. Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003;31:293-303.
36. Schauder T. Die Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS). 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2011.

37. Richter R, Brauhardt A, Hiemisch A et al. Parental feeding practices in the German population – Norms, psychometric properties and factorial structure of the Child Feeding Questionnaire (CFQ). In Vorbereitung.
38. Kröller K, Warschburger P. ISS – ein Instrument zur Erfassung elterlicher Steuerungsstrategien in der Essenssituation. *Diagnostica* 2009;55:135-143.
39. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *Int J Eat Disorder* 1986;5:295–315.

TABELLEN

Tabelle1. Übersicht über Instrumente zur psychologischen Diagnostik von Essstörungssymptomen und essstörungsspezifischer Psychopathologie

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
<i>Screening</i>			
SCOFF (Hölling et al.; 6)	11-17 Jahre	Selbstberichtsfragebogen zur Erfassung der Kernsymptome von AN und BN; fünf Items (Erbrechen, Essanfälle mit Kontrollverlust, Gewichtsabnahme, Überzeugung, trotz bestehenden Untergewichts zu dick zu sein, wahrgenommene Kontrolle des Essens über das Leben); Auswertung: Verdachtsdiagnose bei mindestens zwei bejahten Fragen; Durchführungsdauer: ca. 30 Sekunden	79 % Sensitivität; 74 % Spezifität; befriedigende Reliabilität nach 1 bis 4 Wochen ($r_{tt} = .73$); Kriteriumsvalidität (19)
<i>Strukturierte Interviews</i>			
Eating Disorder Examination für Kinder (ChEDE; Hilbert et al.; 20)	8-13 Jahre	Für Kinder adaptierte Version des Eating Disorder Examination (EDE; Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004); Aufbau, Auswertung und Durchführungsdauer analog EDE (s. u.)	hohe Interrater-Reliabilitäten auf Subskalenebene sowie Gesamtwert ($.70 \leq r_{icc} \leq 1.00$); befriedigende bis gute innere Konsistenz ($.62 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq$.88); mittlere Retest-Reliabilitäten für diagnostische Items nach 7.5 Monaten ($.24 \leq r_t \leq .44$); konvergente und diskriminante Validität; Skalenergebnisse konsistent mit Erwachsenen;

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
			Faktoren teilweise reproduziert
Eating Disorder Examination (EDE; Hilbert & Tuschen-Caffier; 21)	ab 14 Jahren	Strukturiertes Experteninterview; 36 Items (Diagnostische Items und Items zur Beschreibung der Essstörungspsychopathologie); Subskalen: Gezügelt Essen (Restraint Scale), Essensbezogene Sorgen (Eating Concern Scale), Gewichtssorgen (Weight Concern Scale), Figursorgen (Shape Concern Scale); Auswertung: Diagnosestellung für AN, BN und BES nach DSM-5, Subskalenwerte und Gesamtwert; Durchführungsdauer: ca. 45 Minuten	hohe Interrater-Reliabilitäten auf Item- (Cohen's $\kappa \geq .80$, $r_{sp} \geq .90$) und Subskalenebene ($.92 \leq r \leq .99$) sowie Gesamtwert ($r = .99$); hohe innere Konsistenzen der Subskalen ($.73 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .86$) und des Gesamtwerts ($\alpha = .93$); Änderungssensitivität; konvergente Validität; Vergleichswerte für AN, BN und BES
<i>Fragebögen</i>			
Child Eating Disorder Examination-Questionnaire (ChEDE-Q; Hilbert et al.; 16)	8-13 Jahre	Auf dem ChEDE beruhende, für Kinder und Jugendliche adaptierte Version des Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Hilbert et al., 2007); Aufbau analog EDE bzw. EDE-Q (s. u.); Auswertung: Subskalenwerte und Gesamtwert; Durchführungsdauer: ca. 15 Minuten	befriedigende bis sehr gute innere Konsistenzen der Subskalen und des Gesamtwerts ($.68 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .94$); gute Reliabilität nach 7 Monaten ($.57 \leq r_{tt} \leq .69$, Ausnahme Subskala Gezügelt Essen $r_{tt} = .26$); konvergente und diskriminante Validität; Faktoren teilweise reproduziert
Eating Disorder	ab 12	Fragebogenversion des Eating Disorder	gute innere Konsistenzen der Subskalen sowie des

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
Examination- Questionnaire für Jugendliche und Erwachsene (EDE- Q; Hilbert et al.; 22)	Jahren	Examination (EDE; Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004); 28 Items; Aufbau s. EDE; Auswertung: Subskalenwerte und Gesamtwert; Durchführungsdauer: ca. 15 Minuten	Gesamtwertes ($.85 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .97$); gute Reliabilität nach 3 Monaten ($.67 \leq r_{tt} \leq .88$); Änderungssensitivität; konvergente Validität; Faktoren teilweise reproduziert; alters- und geschlechtsspezifische Normwerte (23)
Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K; Franzen & Florin; 25)	7-13 Jahre	Für Kinder adaptierte Version des Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986, 39); 30 Items; Subskalen: Extern bestimmtes Ernährungsverhalten, Gefühlsinduziertes Ernährungsverhalten, Restriktives Ernährungsverhalten; Auswertung: Subskalenwerte; Durchführungsdauer: 10-20 Minuten	gute innere Konsistenzen der Subskalen ($.79 \leq$ Cronbach's $\alpha \leq .94$); gute bis sehr gute Retest- Reliabilität nach 3 Wochen ($.66 \leq r_{tt} \leq .84$); konvergente und faktorielle Validität; Vergleichswerte für 11- bis 12-jährige Kinder
Fragebogen zum Ernährungsverhalten (FEV-II; Grunert; 26)	ab 14 Jahren	Deutsche Übersetzung des Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986); Aufbau, Auswertung und Durchführungsdauer s. DEBQ-K	gute bis sehr gute innere Konsistenzen der Subskalen ($.82 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .92$); konvergente und faktorielle Validität

Anmerkungen. AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; BES = Binge Eating-Störung; Cronbach's α = Innere Konsistenz; Cohen's κ = Beurteilerübereinstimmung; r = Pearson-Korrelationskoeffizient; r_{icc} = Intraklassen-Korrelationskoeffizient; r_{sp} = Spearman-Korrelationskoeffizient; r_{tt} = Test-Retest-Reliabilitätskoeffizient

Tabelle 2. Übersicht über Instrumente zur psychologischen Diagnostik der allgemeinen Psychopathologie

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
<i>Screening</i>			
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Klasen et al.; 27)	4-16 Jahre	25 Items; Subskalen: Emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit, Probleme im Umgang mit Peers, Prosoziales Verhalten; als Eltern-, Lehrer- oder Selbstberichtsform (ab 11 Jahren) verfügbar; Auswertung: Subskalenwerte und Gesamtwert (Auswertungs- und Interpretationsanleitung online verfügbar); Durchführungsdauer: ca. 5 Minuten	befriedigende bis gute innere Konsistenzen der Subskalen und des Gesamtwerts ($.58 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .82$); konvergente und faktorielle Validität; Normwerte
<i>Strukturiertes Interview</i>			
Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider et al.;	6-18 Jahre	Erfassung der häufigsten psychischen Störungsbereiche des Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV: Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens, Ticstörungen, Angststörungen, Störungen der Ausscheidung, Schlafstörungen, Affektive Störungen, Essstörungen; als Eltern- und Selbstberichtsform (ab 8 Jahren) verfügbar; Auswertung:	befriedigende bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten für Störungsoberklassen (Kinderversion: $.48 \leq \text{Cohen's } \kappa \leq .88$; Elternversion: $.85 \leq \text{Cohen's } \kappa \leq .94$); befriedigende bis gute Retest-Reliabilität nach 1 Woche (Kinderversion: $.51 \leq \text{Cohen's } \kappa \leq .89$; Elternversion: $.75 \leq \text{Cohen's } \kappa \leq 1.0$) für Störungsoberklassen; konvergente und diskriminante Validität

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
28)		Diagnosestellung nach DSM-IV und ICD-10; Durchführungsdauer: ca. 60-90 Minuten	
<i>Fragebogen</i>			
Child Behavior Checklist (CBCL; Döpfner et al.; 29)	6-18 Jahre	Erfassung internaler (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit und Depressivität) und externaler (dissoziales und aggressives Verhalten, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, schizoid/zwanghafte Störungen) Probleme; als Eltern- (CBCL/4-18R), Lehrer- (TRF/6-18R) und Jugendlichen-Selbstberichtsform (YSR/11-18R) verfügbar; Auswertung: Problemskalenwerte und übergeordnete Skalenwerte (Gesamtauffälligkeit, Internale Probleme, Externale Probleme); Durchführungsdauer: ca. 15-20 Minuten	gute bis sehr gute innere Konsistenzen der internalen und externalen Skalen zweiter Ordnung sowie der Gesamtauffälligkeit ($.80 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .93$) in allen drei Bögen; gute Retest-Reliabilitäten der übergeordneten Skalenwerte nach 3 bis 4 Wochen ($.67 \leq r_{tt} \leq .89$); konvergente, diskriminante und faktorielle Validität; Normwerte

Anmerkungen. Cronbach's α = Innere Konsistenz; Cohen's κ = Beurteilerübereinstimmung; r_{tt} = Test-Retest-Reliabilitätskoeffizient

Tabelle 3. Übersicht über Instrumente zur psychologischen Diagnostik adipositasrelevanter kindlicher und elterlicher Verhaltensaspekte

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
<i>Stigmatisierung</i>			
Perception of Teasing Scale (POTS; Hilbert et al.; 31)	5-16 Jahre	Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Häufigkeit von und der erlebten Belastung durch gewichtsbezogene Diskriminierung; 6 fünfstufige Items; Auswertung: Gesamtwert; Durchführungsdauer: 5-10 Minuten	sehr gute innere Konsistenz des Gesamtwertes (Cronbach's $\alpha = .95$); gute Reliabilität des Gesamtwertes nach 6 Monaten ($r_{tt} = .80$); konvergente, diskriminante und faktorielle Validität; Vergleichswerte
<i>Körperbild</i>			
Körperbildsilhouetten (Figure Rating Scale; Stunkard, Sorensen & Schulsinger; 32)	ab 8 Jahren	Erfassung der Unzufriedenheit mit der eigenen Figur; Silhouetten mit neunstufiger Skala (Körperbildsilhouetten von sehr dünn bis übergewichtig); Auswertung: Erfassung der Körperzufriedenheit als wahrgenommene Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand; Durchführungsdauer: ca. 5 Minuten	gute Reliabilitätswerte für Ist- ($.81 \leq r_{tt} \leq .92$) und Soll-Zustand ($.71 \leq r_{tt} \leq .82$); konvergente Validität (33)
<i>Lebensqualität</i>			
Fragebogen zur Erfassung der	4-18 Jahre	24 Items; Subskalen der Lebensqualität: Körper, Psyche, Selbstwert, Familie, Freunde und funktionale	hohe Reliabilitäten in der Mehrzahl der Skalen und Stichproben (Cronbach's $\alpha \geq .70$); konvergente und

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (KINDL; Ravens-Sieberer & Bullinger; 34)		Aspekte; verschiedene Versionen für unterschiedliche Altersgruppen in Selbst- und Fremdbeurteilungsform sowie Kurzform (12 Items) und krankheitsspezifische Module (u.a. für Adipositas, Diabetes) verfügbar; Auswertung: Subskalenwerte und Gesamtwert; Durchführungsdauer: 5-15 Minuten	diskriminante Validität; Normwerte für unterschiedliche Alters- und Geschlechtsgruppen
Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; Mattejat et al.; 35)	6-18 Jahre	Erfassung der Lebensqualität bei gesunden sowie psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen; 9 Items; Lebensbereiche: Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen, Freizeitgestaltung; gesundheitsbezogene Bereiche: körperliche und psychische Gesundheit; als Selbstbeurteilungsform (6-11 Jahre: Interview-Bogen, ab 12 Jahren: Fragebogen), Eltern- und Ärzte-/Therapeutenversion verfügbar; Auswertung: Problem- und Lebensqualitätswerte, Gesamtwert; Durchführungsdauer: 5-15 Minuten	befriedigende bis gute innere Konsistenz des Gesamtwertes ($.55 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .76$); gute Retest-Reliabilitäten des Gesamtwertes nach 2 bis 6 Wochen ($.60 \leq r_{tt} \leq .80$); konvergente und diskriminante Validität; Normwerte aus Allgemeinbevölkerung; Vergleichswerte aus kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken

Selbstwert

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS; Schauder; 36)	8-15 Jahre	Selbstberichtsfragebogen zur Erfassung der Art (Qualität) und des Ausmaßes (Quantität) des Selbstwertgefühls; 18 Items; Lebensbereiche: Schule, Freizeit und Familie; Auswertung: Bereichsmittelwerte und Gesamtwert; Durchführungsdauer: 15-30 Minuten	gute innere Konsistenzen ($.82 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .84$) und Retest-Reliabilität nach 4 Wochen ($.78 \leq r_{tt} \leq .88$); konvergente und diskriminante Validität; Kriteriumsvalidität; altersspezifische Prozentrang-Normwerte
<i>Elterliches Fütterungsverhalten</i>			
Child Feeding Questionnaire (CFQ; Hilbert et al.; 37)	2-16 Jahre	Elternfragebogen zur Erfassung elterlichen Fütterungsverhaltens und elterlicher Überzeugungen und Sorgen bzgl. des Essverhaltens des Kindes; 31 Items; Subskalen: Restriktion, Monitoring, Drängen, wahrgenommene Verantwortung, Sorgen über das Gewicht des Kindes, aktuelle und retrospektive Wahrnehmung des Gewichtes des Erwachsenen und des Kindes; Auswertung: Subskalenwerte; Durchführungsdauer: 15-20 Minuten	gute bis sehr gute innere Konsistenzen der Subskalen ($.60 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .91$); Kriteriumsvalidität; konvergente und diskriminante Validität, Faktoren teilweise reproduziert; Normwerte
Instrument zur Erfassung der elterlichen	1-10 Jahre	Elternfragebogen auf Grundlage bereits existierender Instrumente (u. a. CFQ) sowie Fokusinterviews mit Experten und Müttern; 21 Items; sechs Skalen zur	gute bis sehr gute innere Konsistenzen der Subskalen ($.75 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .93$); mittlere Retest-Reliabilitäten ($.41 \leq r_{tt} \leq .78$) nach 2 bis 4 Wochen;

Instrument	Alter	Aufbau	Gütekriterien und Normwerte
Steuerungsstrategien in der Essenssituation (ISS; Kröller & Warschburger; 38)		Erfassung passiver und aktiver elterlicher Steuerungsstrategien: Restriktion, Monitoring, Drängen, Belohnung, Eigenverantwortung, Vorbild; Auswertung: Skalenmittelwerte Durchführungsdauer: 10 Minuten	diskriminante und faktorielle Validität

Anmerkungen. Cronbach's α = Innere Konsistenz; Cohen's κ = Beurteilerübereinstimmung; r_{tt} = Test-Retest-Reliabilitätskoeffizient